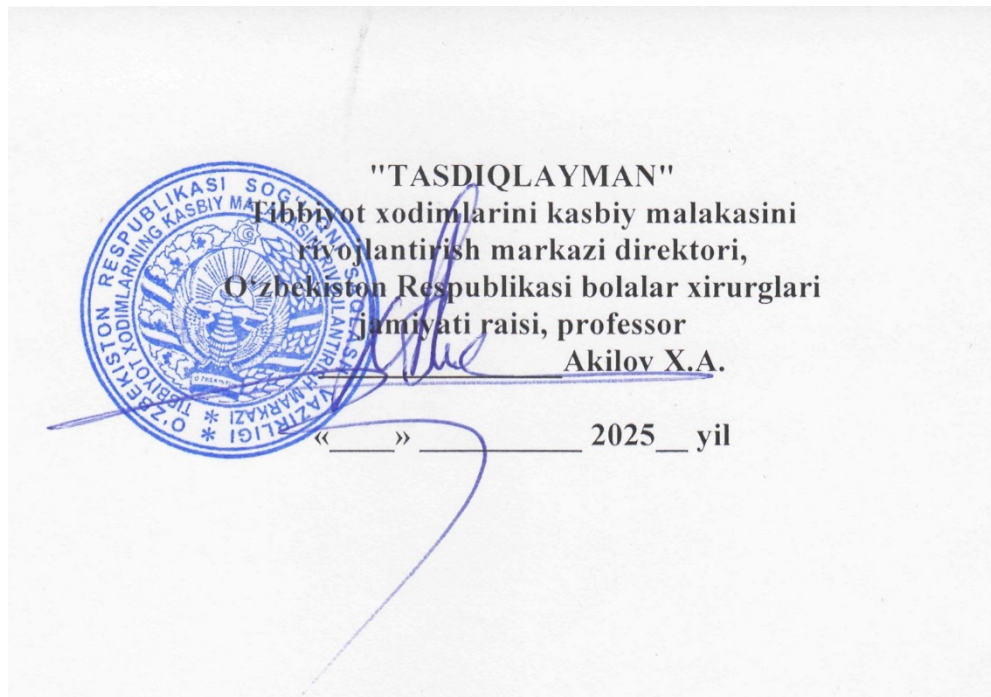


O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**  
**RESPUBLIKA PERINATAL MARKAZI HUZURIDAGI RESPUBLIKA NEONATAL**  
**XIRURGIYA O'QUV-DAVOLASH-METODIK MARKAZI**

**"TUG'MA PAST ICHAK TUTILISHI" BO'YICHA**  
**MILLIY KLINIK PROTOKOL**  
**NOZOLOGIYASI**

**Toshkent - 2025**



**"TUG'MA PAST ICHAK TUTILISHI" BO'YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL  
NOZOLOGIYASI**

**Toshkent - 2025**

**"TUG‘MA PAST ICHAK TUTILISHI" BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL  
TASHXISLASH VA DAVOLASH  
NOZOLOGIYASI**

## 1. Kirish.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda tugʻma pastki ichak tutilishining dolzarbligini inobatga olib, tibbiyot xodimlariga ilmiy asoslangan maʼlumotlar va tavsiyalar berish, kasallikni tashxislash, jarrohlik yoʻli bilan davolashda yagona yondashuv tizimini tashkil etish va joriy etish. Ushbu protokol Amerika bolalar xirurgiyasi assotsiatsiyasi [www.eapsa.org](http://www.eapsa.org), Yevropa bolalar xirurgiyasi assotsiatsiyasi <http://www.eupsa.info/>, Rossiya bolalar xirurglari assotsiatsiyasi <https://www.radh.ru/> klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan.

### Kasalliklarning xalqaro tasnifi - NCD kodi (ICD) -10:

Q 41.1.	Tugʻma och ichakning yoʻqligi, atreziyasi va stenozi
Q 41.2.	Tugʻma yonbosh ichakning yoʻqligi, atreziyasi va stenozi
Q 41.8.	Ingichka ichakning boshqa aniqlangan qismlarining tugʻma yoʻqligi, atreziyasi va stenozi
Q 41.9.	Ingichka ichakning aniqlanmagan qismining tugʻma yoʻqligi, atreziyasi va stenozi
Q 42.8.	Yoʻgʻon ichakning boshqa qismlarining tugʻma yoʻqligi, atreziyasi va stenozi
Q 42.9.	Yoʻgʻon ichakning aniqlanmagan qismining tugʻma yoʻqligi, atreziyasi va stenozi
	<a href="http://mkb-10.com">http://mkb-10.com</a> .

Bayonnoma ishlab chiqilgan va qayta koʻrib chiqilgan sana: Bayonnoma 2023-yilda ishlab chiqilgan. Qayta koʻrib chiqish sanasi 2026-yil;

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish uchun masʼul boʻlgan muassasa:

Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi, Respublika bolalar kam invaziv va endoskopik xirurgiya ilmiy-amaliy markazi, Bolalar milliy tibbiyot markazi.

Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqishga hissa qoʻshgan ishtirokchilar:

Muolajani tashkil etish boʻyicha bolalar jarrohligi sohasidagi ishchi guruh aʼzolari:

<b>X.A. Akilov</b>	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazining jarrohlik va bolalar jarrohligi boʻlimi mudiri. Oʻzbekiston Respublikasi bolalar xirurglari jamiyati raisi.
<b>B.Z. Abdusamatov</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Respublika kam invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi direktori. Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
<b>S.T. Aʼzamxoʻjayev</b> <b>A.A. Rahmatullayev</b>	Doktor ToshPTI - urologiya, bolalar urologiyasi boʻlimi mudiri. Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri
<b>N.Sh. Ergashev</b>	tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI klinikasi bolalar jarrohligi boʻlimi mudiri, professor
<b>Asadullayev D.R.</b>	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar xirurgiyasi boʻlimi shifokori
<b>J.A. Shamsiyev</b> <b>Sapayev O.K.</b>	Bitiruvdan keyingi taʼlim boʻlimi mudiri Tibbiyot fanlari doktori, TTA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasini dotsenti
<b>F.A. Otamurodov</b> <b>Umarov K.M.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TTA Termiz filiali direktori Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik boʻlimi shifokori

**Ro'yxatga oluvchilar:**

<b>X.A. Akilov</b>	<b>Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazining jarrohlik va bolalar jarrohligi bo'limi mudiri. O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI BOLALAR JARROHLARI JAMIYATI raisi.</b>
<b>Primov F.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasida dotsenti.
<b>B.Z. Abdusamatov</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Respublika kam invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi direktori. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
<b>Salimov Sh.T.</b>	TTA Umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasida 1-professori
<b>S.T. A'zamxo'jayev</b>	Doktor ToshPTI - urologiya, bolalar urologiyasi bo'limi mudiri.
<b>E.A. Berdiyev</b>	TTA Umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasida No1 assistenti
<b>A.A. Rahmatullayev</b>	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri
<b>Aliyev M.M.</b>	ToshPTI fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori
<b>B.B. Ergashev</b>	ToshPTI shifoxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori, tibbiyot fanlari doktori
<b>N.Sh. Ergashev</b>	tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI shifoxonasining bolalar jarrohligi bo'limi mudiri, professor
<b>Hamrayev A.J.</b>	ToshPTI shifoxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori, tibbiyot fanlari doktori
<b>A.A. Rahmatullayev</b>	Fan nomzodi. ToshPTI shifoxonasi bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti
<b>T.T. Norboyev</b>	Tosh tibbiyot fanlari doktori, FTI bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.
<b>O.T. Olloberganov</b>	Tosh tibbiyot fanlari doktori, FTI bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.
<b>Asadullayev D.R.</b>	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limi shifokori
<b>O'rmonov N.T.</b>	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi bolalar shoshilinch jarrohligi bo'limi mudiri
<b>J.A. Shamsiyev</b>	Diplomdan keyingi ta'lim bo'limi mudiri
<b>J.O. Atakulov</b>	tibbiyot fanlari doktori, 1-son Samarqand davlat tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori
<b>Mirzakarimov B.X.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Andijon tibbiyot instituti bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri, professor.
<b>Sapayev O.K.</b>	tibbiyot fanlari doktori, TTA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida dotsenti
<b>F.A. Otamurodov</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TTA Termiz filiali direktori
<b>A.Sh. Vohidov</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TTA "TekrmiZ" filiali bolalar jarrohligi, urologiya, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida professori
<b>Eshqobilov Sh.D.</b>	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi direktori o'rinbosari
<b>Umarov K.M.</b>	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
<b>A.Z. Safarov</b>	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
<b>Abduazizov M.A.</b>	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
<b>Nasirov M.M.</b>	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
<b>A.B. Xudayberganova</b>	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori

**Taqrizchilar:**

<b>Yusupov Sh.A.</b>	<b>tibbiyot fanlari doktori, professor, 1-son Samarqand davlat tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri</b>
<b>Soqolov Yu.Yu.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya tibbiyot akademiyasining bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri.

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston bolalar xirurglari assotsiatsiyasi, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat muassasalari shifokorlari ishtirokida o'tkazilgan ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri X.A. Akilov. O'zbekiston Respublikasi Bolalar xirurglari jamiyati raisi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va ma'qullandi. 2023-yil 30-mart, 5-son bayonnoma.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. Boboqulov I.X - Bolalar milliy tibbiyot markazi
2. Abdurahmonov A.A. - Respublika bolalar kam invaziv va endoskopik xirurgiya ilmiy-amaliy markazi

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almaridanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

**Bayonnomada ishlatiladigan qisqartmalar:**

<b>PIT</b>	<b>pastki ichak tutilishi</b>
<b>OI</b>	och ichak
<b>YI</b>	Yonbosh ichak
<b>YYA</b>	yeyuno-yeyunoanastomoz
<b>IIA</b>	Ileo-ileo anastomoz
<b>OIT</b>	oshqozon-ichak trakti
<b>O'SV</b>	o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
<b>IT</b>	intensiv terapiya
<b>IFT</b>	immunoferment tahlil
<b>KIH</b>	kislota-ishqor holati
<b>MSh</b>	mexanik shamollatish
<b>MRT</b>	magnit-yadro tomografiyasi
<b>NSG</b>	neyrosonografiya
<b>UQT</b>	umumiy qon tahlili
<b>UST</b>	umumiy siydik tahlili
<b>OAY</b>	ochiq arterial yo'l
<b>AQH</b>	aylanayotgan qon hajmi
<b>PZR</b>	polimeraza zanjir reaksiyasi
<b>RDS</b>	respirator distress sindromi

<b>NYDMB</b>	nafas yo‘llaridagi doimiy musbat bosim
<b>S-RO</b>	C-reaktiv oqsil
<b>KIS</b>	kalta ichak sindromi
<b>OBI</b>	og‘ir bakterial infeksiya
<b>TChTT</b>	tug‘ilgan chaqaloqlarning tranzitor taxipnoesi
<b>FGDS</b>	fibrogastroduodenoskopiya
<b>NOT</b>	nafas olish tezligi
<b>YUT</b>	yurak urishi tezligi
<b>ExoKG</b>	exokardiografiya
<b>Er</b>	eritrotsitlar
<b>FiO2</b>	berilayotgan kislorod konsentratsiyasi
<b>Hb</b>	gemoglobin
<b>Ht</b>	gematokrit
<b>Ley</b>	leykotsitlar

**Ushbu tashxis/kasallik bayonnomasidan foydalanuvchilar:**

- Bolalar jarrohlari;
- Peditrlar;
- Shifokorlar - kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari
- Tibbiyot talabalari, magistrlar, ordinatorlar va aspirantlar

**Bemorlar toifasi:**

Tug‘ma pastki ichak tutilishi va uning asoratlari.

**Diagnostika usullarining (diagnostik aralashuvlarning) isbotlanganlik darajasi. reyting shkalasi (RSh)**

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1.	Etalon usulidan foydalangan holda nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
2.	Referent usul yoki ba’zi randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni nazorat qiluvchi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari bundan mustasno.
3.	Ketma-ket nazorat qilinmaydigan yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo‘lmagan etalon usulidan foydalangan holda tadqiqotlar yoki tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4.	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5.	Davolash mexanizmining asosi yoki ekspert fikri

**Profilaktik, terapevtik va reabilitatsiya choralarining isbotlanganlik darajasi baholash shkalasi**

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1.	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2.	Metatahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlaridan tashqari, alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
3.	Tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari

4.	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holatlar yoki holatlar seriyalarining tavsiflari, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5.	Davolash ta’sir mexanizmining asosi (klinikagacha bo‘lgan tadqiqotlar) yoki ekspertlar fikri

**Profilaktik, diagnostik, davolash-reabilitatsiya tadbirlari (PDD-RT) bo‘yicha tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi**

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A.	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalar kelishilgan)
da	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilgan samaradorlik (natijalar) mezonlarining ba’zilar muhim, ba’zi tadqiqotlarning uslubiy sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalar kelishilmagan)
S	Zaif tavsiya (sifat dalillari keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas), barcha tadqiqotlarning uslubiy sifati past va qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalar izchil emas)

## 2. Asosiy qism.

### 2.1. Kirish:

**Etiologiya:** Tug‘ma past ichak tutilishi (TPIT) MIY rivojlanish nuqsonlarida, ichak devori innervatsiyasi buzilishlarida, genetik kasalliklarda uchraydi. Homila ichi rivojlanishida odam ichagining endodermal naycha ko‘rinishida shakllanishi, uning embrion hayotining 4-haftasidan boshlab bo‘limlarga ajralishi sodir bo‘ladi. 5-haftada birlamchi og‘izning shakllanishi sodir bo‘ladi va 5-haftada ichak naychasi ko‘p qavatli bo‘lib, ichak bo‘shlig‘i to‘silib qoladi va "zich shnur" bosqichi boshlanadi. Shakllanishning maksimal tezligi bo‘lajak o‘n ikki barmoqli ichak va och ichak darajalarida qayd etiladi, u yerda oshqozon-ichak trakti rivojlanishining aksariyat anomaliyalari aniqlanadi. 6-haftadan boshlab "vakuolizatsiya bosqichi" boshlanadi va 8-haftaga kelib ichak bo‘shlig‘ining tiklanishi tugaydi. Aynan shu bosqichda normal jarayon buzilganda atreziya va stenozlar rivojlanishi mumkin [<https://medelement.com/>].

Parallel ravishda "o‘rta ichak" ning homila ichi normal aylanishi homila rivojlanishining 5-haftasida boshlanadi va 3 davrga bo‘linadi, birinchisi shiddatli o‘sish bilan tavsiflanadi va homila hayotining 10-haftasigacha davom etadi. Ikkinchi davrda "o‘rta ichak" o‘sib ketgan qorin bo‘shlig‘iga qaytadi, bu 10 haftadan boshlanadi va 12 haftagacha davom etadi. Uchinchi davr, tug‘ilgunga qadar, ko‘richak sathining o‘ng yonbosh sohasiga pasayishi va ichak tutqichining fiksatsiyasi bilan tavsiflanadi [<https://medelement.com/>].

TPIT sabablari uch guruhga bo‘linishi mumkin: ichak naychasining shakllanish bosqichidagi buzilishlar: atreziyalar, stenozlar, membranalar; o‘rta ichakning burilish bosqichida ("aylanish"); va ichak devorining siqilishiga olib keladigan tug‘ma o‘smalar [2,16]. Ichak atreziyalari, odatda, yuqorida sanab o‘tilgan mexanizmlardan biri buzilganda, homila rivojlanishining dastlabki 3-4 haftasida shakllanadi. Adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra, 22ql xromosomalarining noto‘g‘ri bo‘linishi ichak atreziyasi rivojlanishining asosiy omili hisoblanadi. Nasldan naslga o‘tishning autosom-retsessiv tipi ikkinchi mexanizm sifatida namoyon bo‘ladi. Bundan tashqari, 9-10% hollarda atreziya bilan mukovissidozning birga kelishi kuzatiladi, shuning uchun yangi tug‘ilgan chaqaloqda OIA va YIA aniqlanganda, mukovissidoz mavjudligi yoki yo‘qligini aniqlash uchun skrining tekshiruvlarini o‘tkazish zarur [<https://medelement.com/>].

Ba'zi manbalarda ichak atreziyasining kelib chiqishida genetik nazariya haqida gapiriladi: tug'ma atreziyaning mikro RNK (ribonuklein kislota) regulyatsiyasining buzilishi bilan o'zaro bog'liqligi. Hozirgi vaqtda ushbu kasallikning etiologiyasida ishemik nazariya ham mavjud [<https://medelement.com/>].

Tug'ma pastki ichak tutilishiga ingichka va yo'g'on ichak tutilishining barcha turlari kiradi. Kasallik o'rtacha 1:1500-2000 tirik tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi.

## 2.2. Umumiy ta'rif:

JSST ma'lumotlariga ko'ra, barcha tug'ma nuqsonlarning to'rtidan bir qismi oshqozon-ichak trakti kasalliklariga to'g'ri keladi, uchrash chastotasi bo'yicha ular uchinchi o'rinda turadi va ushbu patologiyalarning operatsiyadan keyingi erta davridagi asoratlari keng diapazonda 9 dan 77% gacha o'zgarib turadi, bu esa jarrohlik aralashuvlarining funksional samaradorligini pasaytiradi va bemorlarning 13 foizida oshqozon-ichak traktini rekonstruksiya qilish maqsadida takroriy aralashuvlarga murojaat qilishga majbur qiladi [<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>]. Hozirgi vaqtda tug'ma nuqsonlarning og'ir asoratlarini oldini olish uchun patogenetik mexanizmlarni hisobga olgan holda davolash usullarini tanlash, jarrohlik taktikasini takomillashtirish tibbiyotning eng muhim muammolaridan biridir. Dunyoda zamonaviy ilm-fan yutuqlariga qaramay, tug'ma rivojlanish nuqsonlari (TRN) bilan tug'ilish foizi kamaymayapti va 4,5 foizga yetmoqda, shu bilan birga, 25 foizi oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lib, ularning uchdan bir qismi hayotning dastlabki soatlarida shoshilinch jarrohlik aralashuvini talab qiladi, bunda har beshinchi chaqaloq ushbu patologiyalardan vafot etadi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8303613/>]. Shu sababli tug'ruqdan keyingi davrda TPQK diagnostikasiga katta ahamiyat beriladi. Tug'ilgandan keyin ushbu nuqsonlarni o'z vaqtida tashxislash, morfologik va klinik ko'rinishni baholash - bularning barchasi bemorni keyingi olib borish taktikasini belgilaydi va keyinchalik oshqozon-ichak trakti tug'ma nuqsonlari bo'lgan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashga yordam beradi. Hozirgi vaqtda, chaqaloqlik davrida, aynan tug'ma ingichka ichak tutilishi shoshilinch jarrohlik amaliyotini talab qiladigan asosiy sababdir. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840057/>]. Shunday qilib, ingichka ichak atreziyasini jarrohlik yo'li bilan davolash sifatini oshirish va tug'ruqdan oldingi, tug'ruqdan keyingi tashxislashni optimallashtirish va jarrohlik davolashni takomillashtirish orqali yangi tug'ilgan chaqaloqlarda operatsiyadan keyingi asoratlar va o'limni kamaytirish zamonaviy yo'nalishlardan biri bo'lib, katta ilmiy va amaliy ahamiyatga ega. Quyi ichak tutilishini jarrohlik yo'li bilan davolash odatda laparotomiya va so'nggi paytlarda laparoskop yordamida amalga oshirilmoqda.

## 2.3. Klinik tasnifi:

Turli darajadagi atreziyalarga duch kelish mumkin - ingichka ichak (och yoki yonbosh ichak) va yo'g'on ichak (atreziya yo'g'on ichakning har qanday qismida bo'lishi mumkin).

Yangi tug'ilgan chaqaloqda tug'ma pastki ichak tutilishining har qanday varianti mukovissidozga qo'shimcha tekshiruvni talab qiladi. Ingichka ichak atreziyasi bo'lgan bemorlarning taxminan 10,8 foizi mukovissidozdan aziyat chekadi. Buni hisobga olish muhim, chunki operatsiyadan keyingi davr yopishqoq ichak tarkibi bilan bo'shliq obturatsiyasi bilan murakkablashishi mumkin.

Ingichka ichak atreziyasining tasnifi 1976-yilda L. Martin va J. Zerella tomonidan taklif etilgan bo'lib, 1979-yilda J. Grosfeld uni to'ldirgan (<https://nczd.ru/wp-content/uploads/2024/09/kishechnaya-neprophodimost-2024.pdf>) :

**I tip:** bo'shliq ichi membranasi, ichak naychasining uzluksizligi buzilmagan.

**II tur:** ichakning proksimal va distal segmentlari o'rtasida fibroz tortma mavjud.

**IIIa tip:** ichak tutqichining uzilishi bilan ichak segmentlarining to'liq ajralishi.

**IIIb tip:** distal ichak tutqich arteriyasi yo'qligi bilan ichak atreziyasi; ingichka ichakning distal qismi olma po'stiga o'xshab buralgan, ingichka ichakning umumiy uzunligining qisqarishi bilan birga keladi.

**IV tip:** ingichka ichakning ko'p sonli atreziyalari (tashqi ko'rinishi sosiska bog'lamiga o'xshaydi).

### **3. Metodlar, yondashuvlar va diagnostika jarayonlari.**

#### **3.1. Prenatal davrda:**

**Shikoyatlari va anamnezi:** oilada rivojlanish nuqsonlari va xromosoma anomaliyalari bo'lgan bolalar tug'ilganligi.

**Diagnostik mezonlar: Shikoyatlar va anamnez.**

Prenatal diagnostika: PIT ning prenatal diagnostikasi poligidroamnion va kengaygan ichak qovuzlog'i alomatini aniqlashga asoslanadi. Ingichka ichak atreziyasi rivojlanish nuqsonining shakllanishi homila hayotining taxminan 12-14 haftalarida sodir bo'ladi, shuning uchun bu anomaliyani erta aniqlash imkoniyati yo'q. Homilaning antenatal UTT - ingichka va yo'g'on ichak atreziyasi - homiladorlikning 20-24-29-haftasida peristaltika kuchayishi va mekoniyning suzuvchi zarralari bilan turli darajadagi ichak qovuzloqlari (ko'plab kengaygan ichak qovuzloqlari) kengayishini aniqlash mumkin, qovuzloqlar soni tutilish darajasini aks ettiradi.

**Laboratoriya tekshiruvlari:** maxsus testlar yo'q. Ichak tutilishining antenatal diagnostikasida mukovissidozni istisno qilish kerak. Shu maqsadda (iloji bo'lsa) bo'lajak otananing ham, homilaning ham qonida mukovissidoz geni bor-yo'qligi tekshiriladi. Agar ikkala ota-ona ham mukovissidoz geni bo'yicha geterozigotali bo'lsa, unda bemor bolaning tug'ilishi ehtimoli yuqori va bu holda homiladorlikni to'xtatishni tavsiya qilish maqsadga muvofiq; Homilador ayolning qonida alfa-fetoprotein miqdori ko'payishi mumkin.

#### **Mutaxassis maslahati uchun ko'rsatma:**

Konsilium tarkibiga genetik shifokor, ultratovush diagnostikasi shifokori, akusher-ginekolog, neonatal jarroh, ko'rsatmalarga ko'ra - neonatolog va boshqa mutaxassislar (gastroenterolog - qisqa ichak sindromi mavjudligi (ko'rsatmalarga ko'ra) kirishi kerak. Konsilium o'tkazilayotganda homilador ayol va uning oila a'zolari homilaning zararlanish xarakteri, homiladorlikning ehtimol tutilgan oqibatlari, bolaning hayoti va salomatligi uchun prognoz to'g'risida xabardor qilinadi. Ko'rsatma bo'lsa, homiladorlikni to'xtatish bo'yicha tavsiyalar beriladi.

**3.2. Postnatal davrda:** Agar ichak tutilishi antenatal davrda aniqlangan bo'lsa, chaqaloq tug'ilgandan so'ng darhol oshqozon zondini o'rnatish va oshqozonni bo'shatish hamda chaqaloqni ixtisoslashtirilgan shifoxonaga o'tkazish zarur.

**Fizikal tekshiruv:** Klinik ko'rinishi pastki ichak tutilishi belgilariga mos keladi:

- eng erta va doimiy belgi - mekoniyning yo'qligi:
- ichak stenozi va to'liq atreziyasida mekoniy oz-ozdan chiqib ketadi va xo'qna qilinganda faqat bo'yalmagan shilimshiqdan qoliplar olinadi;
- buralishlarda mekoniy va oraliq najas hayotning 4-5-kuniga qadar ajralishi mumkin, keyin najas qon aralash holda kam bo'ladi va nihoyat uning ajralishi to'xtaydi.

- qusish: uning paydo bo'lish vaqtiga, namoyon bo'lish intensivligiga, qusuq massalarida patologik aralashmalar mavjudligiga, qusishning ovqatlanish bilan bog'liqligiga ("fontan" qusish, qusish, regurgitatsiya), ushbu simptomning dinamikasiga e'tibor berish kerak. Qusuq (qaytgan) massalarining xarakteri ichak nayining tutilib qolish darajasiga qarab har xil bo'ladi. Och, yonbosh va yo'g'on ichak darajasida rivojlanadigan ichak tutilishi sindromi bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda axlatgacha bo'lgan ximusli qusish paydo bo'ladi.

- yangi tugʻilgan chaqaloqlarda qorin ogʻrigʻini xatti-harakatlariga qarab baholash mumkin: bola bezovtalanadi, oyoqlarini oʻynatadi. Bezovtalik xurujlari strangulyatsion tutilishga xos boʻlgan toʻlgʻoqsimon ogʻriqlardan dalolat beradi ("oʻrta ichak" buralishi, Ledd sindromi, yonbosh ichak buralishi). Pastki atreziyada ichak qovuzloqlarining haddan tashqari choʻzilishi ham qorin ogʻrigʻiga sabab boʻladi, paypaslaganda ogʻriq kuchayadi, bola ingraydi. hayotining birinchi sutkasi oxirida bolaning ahvoli asta-sekin yomonlasha boradi: u bezovtalanadi, uning yigʻisi ogʻriqli tus oladi. Intoksikatsiya hodisalari - lanjlik, adinamiya, mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi tez kuchayib boradi. Qorin tobora shishib boradi, qorin old devori orqali raqobatlashadigan ichak qovuzloqlarining haddan tashqari choʻzilishi tufayli peristaltik toʻlqinlarni kuzatish mumkin.

- intoksikatsiya va eksikoz ichak qovuzloqlarining haddan tashqari choʻzilishi, ingichka ichak oʻtkazuvchanligining buzilishi, qorin parda qatlamlari tomonidan toksinlarning soʻrilishi hisobiga tez kuchayadi.

#### **Laboratoriya tekshiruvlari:**

Qonning biokimyoviy tahlilida gipoxloremiya xos boʻlib, K va Na ionlarining nisbati oʻzgaradi va miqdori kamayadi. OAKda - eksikoz fonida gematokrit, eritrotsitlar va leykotsitlar miqdorining oshishi kuzatiladi.

**Instrumental tekshiruvlar:** Ichak atreziyasining postnatal diagnostikasini oʻtkazishda quyidagi tekshiruv usullari majburiy hisoblanadi.

1. Qorin boʻshligʻining vertikal holatdagi umumiy rentgenogrammasi. Past ichak tutilishida umumiy rentgenogrammalarda ichak qovuzloqlarining gaz bilan toʻlganligini, kengaygan qovuzloqlarni, baʼzan sathlar mavjudligini aniqlash mumkin.

2. Qorin boʻshligʻi aʼzolarining ultratovush tekshiruvi: kengaygan va yopishgan ichak qovuzloqlari aniqlanadi, anexogen xususiyatga ega boʻlgan erkin suyuqlik aniqlanishi mumkin. Shuningdek, ichak tutqich tomirlarining yoʻnalishini baholash kerak (strangulyatsion ichak tutilishi bilan qiyosiy tashxis).

3. Irrigografiya (lozim deb topilsa): mikrokolon simptomi aniqlanadi. Chaqaloqlik davrida tadqiqot qatʼiy ravishda suvda eriydigan kontrast modda bilan oʻtkaziladi. Yoʻgʻon ichakning yoʻnalishi va joylashishini baholash zarur (ichakning tugallanmagan burilishi bilan birga kelishi mumkin).

Qoʻshimcha diagnostika usullari quyidagilardir: oshqozon-ichak traktining rentgen kontrastli tekshiruvi (yangi tugʻilgan davrda tadqiqot qatʼiy ravishda suvda eriydigan kontrast modda bilan oʻtkaziladi): tadqiqotni oʻtkazishda kontrast moddaning oshqozon-ichak trakti boʻylab oʻtishining buzilishi ichak atreziyasi darajasida aniqlanadi.

#### **Mutaxassislar maslahati uchun koʻrsatma:**

- nevropatolog maslahati - NSGda markaziy asab tizimidagi oʻzgarishlar (gidrotsefaliya, ventrikulomegaliya, gipoksik - bosh miyaning ishemik shikastlanishi) yoki markaziy asab tizimining rivojlanish nuqsonlari birgalikda aniqlanganda;

- kardiolog maslahati - gemodinamik buzilishlar aniqlanganda konservativ terapiya tayinlash;
- urolog maslahati - siydik-tanosil tizimi patologiyalari aniqlanganda patologiyalarni tuzatish muddatlarini belgilash;
- genetik maslahati - xromosoma anomaliyasini aniqlash uchun.
- qisqa ichak sindromi mavjud boʻlganda gastroenterolog maslahati

### **3. 3. Differensial diagnostika va qoʻshimcha tadqiqotlarni asoslash:**

<b>Xarakteristika</b>	<b>Yuqori ichak tutilishi</b>	<b>Ingichka ichak atreziyasi</b>	<b>Ichak tutqichining burilish va fiksatsiya nuqsonlari</b>	<b>Ichak bo'shlig'ining yopishqoq mekoniy bilan obturatsiyasiga olib keladigan nuqsonlar</b>	<b>dinamik ichak tutilishi</b>
<b>Kasallikning boshlanishi</b>	O'tkir, hayotning birinchi kunidan boshlab	O'tkir, hayotning 2-kunidan boshlab	O'tkir, hayotning 3-5-kunidan boshlab	Hayotning 2-kunidan boshlab asta-sekin	Asosiy kasallik fonida (zotiljam, markaziy asab tizimi patologiyasi)
<b>Qusish</b>	Har safar ovqatlantirilg anda ichak aralashmalari siz kuchli qusishga o'tadigan qusish	Oziqlantirish bilan bog'liq bo'lmagan o't va ko'kat aralash ko'p miqdorda	Avval qayt qilish, keyin ovqatlantirilgan dan so'ng safro va ko'katlar aralash qusish	Emizish bilan bog'liq bo'lmagan ko'p miqdorda qusish va ichak aralashmalariga o'tadigan qusish	Avval qayt qilish, keyin ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmagan o't va ko'katlar aralash qusish
<b>Axlati</b>	Och yashil yoki yo'q, to'g'ri ichakda shilliq	yo'q	Asta-sekin kam miqdorda, kichik qismlarda, ehtimol qon aralashmasi bilan	yo'q	Kam, qabziyatga o'tuvchi
<b>Qorindagi simptomlari</b>	Epigastral sohada shish, qusishdan keyin kamayadi, qorinning pastki yarmi ichiga botgan, qorin yumshoq, og'riqsiz	Qorinning bir tekis shishishi, ichak qovuzloqlari konturi, og'riqli palpatsiya	Epigastral soha shishi, qorin sohasida kuchli og'riq	Qorinning dam bo'lishi, ingichka ichakning mekoniy bilan to'lgan qovuzloqlari paypaslanadi.	Qorinning bir tekis dam bo'lishi, paypaslaganda og'riqli.
<b>Xulq-atvor, holat</b>	Tinch holatda, eksikoz 2-kundan boshlab aniqlanadi	Xotirjam, eksikoz va toksikozning kuchayishi, holsizlik	Xurujlar, bezovtalik, progressiv eksikoz va toksikoz, shok	Bezovtalik, ingrash, toksikoz, eksikoz	Eksikoz va toksikozning kuchayishi, holsizlik
<b>Rentgenologik tekshiruv</b>	Ikkita "dabble	Ingichka ichak	Ichakning kam gaz bilan	Qorin bo'shlig'ining	Ingichka va yo'g'on ichak

<b>ma'lumotlari</b>	Babel" gaz pufakchalari va suyuqlik darajasining mavjudligi, qorin bo'shlig'ining pastki qismining qorayishi	qovuzloqlari ning gaz bilan to'lishining oshishi, ko'plab suyuqlik sathlari, qorin bo'shlig'ining pastki yarmining qorayishi, irrigografiya da - yo'g'on ichakning torayishi, yaqqol ifodalangan gaustratsiya	to'lishi. Rentgenkontrast tekshiruv o'tkazilganda tekshiruvlar - duodenostaz, ingichka ichak bo'ylab sekinlashtirilgan passaj.	katta qismida bir nechta chuqurchalar aniqlanadi.	qovuzloqlarining gaz bilan bir tekis to'lishining oshishi
---------------------	--	---	--	---	---

#### 4. Davolash taktikasi:

##### **Antinatal taktika va tug'ruq.**

Yondosh xromosoma anomaliyalarining yuqori xavfini hisobga olgan holda, homilaning antenatal davrida ota-onalarning xabardor roziligi bilan kordotsentez va keyinchalik homila kariotipini o'rganish zarur shart hisoblanadi. Ko'plab rivojlanish nuqsonlari va xromosom-genetik anomaliyalar bilan birga kelgan TIT ota-onaning roziligidan so'ng tibbiy ko'rsatmalarga ko'ra homiladorlikning 21-haftasigacha to'xtatiladi. Ko'p suvli homilada yuqori ichak tutilishida muddatdan oldingi tug'ruqning oldini olish uchun homiladorlikning 22-34 haftalarida davolash amniotsentezi tavsiya etiladi. Ushbu homila patologiyasida kesarcha kesish operatsiyasi orqali tug'dirish ko'rsatilmagan.

**Neonatolog taktikasi:** bemor holatini barqarorlashtirish, qorin bo'shlig'i a'zolari va ko'krak qafasini tug'ilgandan 3 soatdan keyin umumiy rentgenografiyasi.

**Davolash taktikasi.** Ota-onalar yoki vasiyni psixologik qo'llab-quvvatlash, bir vaqtning o'zida ushbu patologiyani tushuntirish va davolash imkoniyatlari va ularning asoratlari.

**Dori-darmonsiz davolash:** Rejim - intensiv terapiya va reanimatsiya xonasi, TRN ni davolashdan oldin to'liq parenteral oziqlantirish, oshqozonning doimiy dekompressiyasi, operatsiyadan keyingi davrda erta enteral oziqlantirish.

**Dori vositalari bilan davolash** Ingichka ichak tutilishi shoshilinch jarrohlik yordamini talab qiladi.

**Antibiotikoterapiya:** "Start" terapiya preparatlari: - 2-3-avlod sefalosporinlari, - aminoglikozidlar, - aminopenitsillinlar, - makrolidlar; "Zaxira" preparatlar: - 3-4-avlod sefalosporinlari, - 2-3-avlod aminoglikozidlari, - karbapenemlar, - rifampitsin. Har bir neonatal

bo'limda erta sepsisni keltirib chiqaradigan qo'zg'atuvchilar spektrini tahlil qilish asosida antibiotiklardan foydalanish bo'yicha o'z protokollari ishlab chiqilishi kerak.

**Og'riq qoldiruvchilar:** Operatsiyadan oldin sedativ, og'riq qoldiruvchi yoki mushaklarni bo'shashtiruvchi dorilarni infuzion yuborish ko'rsatilgan: - Diazepam yoki midazolam 0,1 mg/kg/soat - Trimeperidin 0,1-0,2 mg/kg/soat - Fentanil 1-3 mkg/kg/soat (traxeya sanatsiyasi kabi jiddiy tashqi ta'sirlarga javoban simpatik o'pka vazokonstriksiyasining oldini olish uchun). - Atrakurium besilat 0,5mg/kg/soat - Pipekuroniya bromid 0,025mg/kg/soat Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish: Vena ichiga doimiy ravishda fentanil 5-10mkg/kg/soat dozada atsetaminofen bilan birgalikda rektal yoki vena ichiga bir martalik dozada 10-15 mg/kg dan kuniga 2-3 marta yoki metamizol natriy 5-10 mg/kg dan 2-3 marta vena ichiga. Analgetiklarning dozasi va yuborish davomiyligi og'riq sindromining ifodalanishiga qarab individual ravishda tanlanadi. Sun'iy nafas berish apparati bilan bola desinxronizatsiyasida sedativ preparatlar yuboriladi: - midazolamili diazepam 0,1 mg/kg/soat gacha (doimiy infuziya bilan).

Homiladorlikning 35 haftasigacha bo'lgan chaqaloqlarda qo'llashdan saqlanish lozim - Fenobarbital (10-15 mg/kg/sutka) Infuzion terapiya va parenteral oziqlantirish:

- Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ko'pchiligiga kuniga 70-80 ml/kg dan suyuqliklarni vena ichiga yuborishni boshlash kerak.

- Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda infuziya va elektrolitlar hajmi individual hisoblanishi kerak, dastlabki 5 kunda kuniga tana vaznining 2,4-4% (umumiy 15%) yo'qotilishiga yo'l qo'yiladi • Natriyni qabul qilish postnatal hayotning dastlabki bir necha kunida cheklanishi va diurez boshlangandan so'ng suyuqlik muvozanati va elektrolitlar darajasini diqqat bilan kuzatish bilan boshlanishi kerak. Agar gipotenziya bo'lsa yoki perfuziyasi yomon bo'lsa, 10-20 ml/kg 0,9% li natriy xloridni bir yoki ikki marta yuborish kerak.

**ZARUR ELEKTROLITLAR HAJMINI HISOBLASH** Natriy va kaliyni hayotning uchinchi sutkasidan, kalsiyni hayotning birinchi sutkasidan boshlash maqsadga muvofiqdir.

**NATRIY DOZASINI HISOBLASH** – Natriyga bo'lgan ehtiyoj kuniga 2 mmol/kg ni tashkil etadi – Giponatriyemiya < 125 mmol/l – Gipernatriyemiya > 150 mmol/l, xavfli > 155 mmol/l – 1 mmol (mEkv) natriy 0,58 ml 10% NaCl da mavjud – 1 mmol (mEkv) natriy 6,7 ml 0,9% NaCl da mavjud 1 ml 0,9% (fiziologik) natriy xlorid eritmasi 0,15 mmolNa ni o'z ichiga oladi.

**GIPONATRIYEMIYANI TUZATISH** (Na < 125 mmol/l) 10% NaCl hajmi (ml) = (135 - Nabol) × mtana × 0.175

**KALIY DOZASINI HISOBLASH** – Kaliyga bo'lgan ehtiyoj kuniga 2 -3 mmol/kg ni tashkil etadi – Gipokaliyemiya < 3,5 mmol/l, xavfli < 3,0 mmol/l – Giperkaliyemiya > 6,0 mmol/l (gemoliz bo'lmaganda), xavfli > 6,5 mmol/l (yoki EKGda patologik o'zgarishlar bo'lsa) – 1 mmol (mEkv) kaliy 1 ml 7,5% KCl da mavjud – 1 mmol (mEkv) kaliy 1,8 ml 4% KCl da mavjud V (ml 4% KCl) = K+ ga bo'lgan ehtiyoj (mmol) × mtela × 2.

**KALSIY DOZASINI HISOBLASH** – Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Ca<sup>++</sup> ga bo'lgan ehtiyoj kuniga 1-2 mmol/kg ni tashkil qiladi – Gipokalsiyemiya < 0,62 -0,75 mmol/l (chala tug'ilganlar - ionlangan Ca<sup>++</sup>) – Giperkalsiyemiya > 1,25 mmol/l (ionlangan Ca<sup>++</sup>) – 1 ml 10% kalsiy xlorid 0,9 mmolSa<sup>++</sup> ni o'z ichiga oladi – 1 ml 10% kalsiy glyukonat 0,3 mmolSa<sup>++</sup> ni o'z ichiga oladi.

**MAGNIY DOZASINI HISOBLASH:** – Magniyga bo'lgan ehtiyoj kuniga 0,5 mmol/kg ni tashkil etadi – Gipomagniyemiya < 0,7 mmol/l, xavfli 1,15 mmol/l, xavfli > 1,5 mmol/l – 1 ml 25% magniy sulfat tarkibida 2 mmol magniy mavjud Infuzion terapiya hajmi juda o'zgaruvchan bo'lishi mumkin, ammo ba'zan kuniga 100-150 ml/kg dan oshadi.

Yetarli hajmli yuklama yordamida qon bosimini kerakli darajada ushlab turish. Agar miokard disfunksiyasi (kolloid va kristalloid eritmalar) va inotrop preparatlar – dofamin 5-15 mkg/kg/min, – dobutamin 5-20 mkg/kg/min, – adrenalin 0,05-0,5 mkg/kg/min istisno qilingan bo'lsa, gipotenzivada MQH ni 0,9% li natriy xlorid eritmasi bilan 10-20 ml/kg dan to'ldirish tavsiya etiladi. Gemostatiklar Vitamin K Ditsinon Etamzilol natriy Ko'rsatmalarga ko'ra: Gemo-plazma-albuminotransfuziya Boshqa davolash usullari - yo'q.

**4.3. Jarrohlik aralashuvi:** Bemorni operatsiyaga shoshilinch tayyorlashdan so'ng jarrohlik davolash - eksikozni bartaraf etish, giperbilirubinemiya darajasini pasaytirish, gomeostazni tiklash. Dori vositalarini anatotsiy tavsiyasiga ko'ra vena ichiga va mushak orasiga yuborish. Tashxis qo'yilgandan so'ng, kindik venalarini kateterizatsiya qilish mumkin emas. Agar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, periferik venoz kirish, markaziy bo'lgani ma'qul.

Ingichka ichakning to'mtoq tugaydigan qismlari o'rtasida anastomoz hosil qilish orqali ichak tutilishi sababini aniqlash, ichak nayining butunligini tiklash.

**PITda shoshilinch operatsiyaga ko'rsatmalar** (2 soat ichida):

Perforatsiya, peritonit;

· PIT ning kech tashxisi (tug'ilgandan yoki NKBning dastlabki belgilari paydo bo'lganidan 24 soat o'tgach) - ingichka ichak nekrozi va teshilishining bevosita xavfi.

**Operatsiyani o'tkazish texnikasi:** An'anaviy yoki laparoskop yordamida.

**Ingichka va yo'g'on ichak atreziyasida operatsiya turlari:**

\* Laparotomiya (yaxshisi 1,5-2,0 sm ga sirkulyar kirish):

- uchlar diametri uncha katta bo'lmagan farqlarda - "uchma-uch" (distal uch segmentining qiyshiq kesimi yoki distal ichakning bo'ylama kesimi yoki de Lorimier bo'yicha plikatsion-adaptatsion anastomozlar);

- uchlarining diametri katta farq qilganda, ichak intubatsiyasi bilan "uchma-uch" moslashtirilgan anastomoz qo'yish (ichak intubatsiyasining distal uchidagi segmentni nazogastrointestinal zond yoki ichak intubatsiyasi orqali ponasimon kesish);

- ingichka ichakning olib keluvchi va olib ketuvchi uchlari o'rtasidagi nisbatdagi katta farqlarda "uchma-uch" anastomozini qo'yishga asosiy ko'rsatma.

- yo'g'on ichak atreziyasida (anorektal malformatsiya va Girshprung kasalligisiz) - "uchma-uch" kolono-kolonoanastomoz;

- perforatsiya va tarqalgan peritonit fonida yonbosh ichak atreziyasida ikki o'zakli stomani olib tashlash uchun mutlaq ko'rsatmalar. Bundan tashqari, ingichka ichak atreziyasida enterostomalar qo'llaniladi, chunki ichak devorining homila ichi yallig'lanishi ichaklararo qo'shilish joyini cheklaydi.

Keyinchalik (hayotning 3-4-haftasida), ichak bo'ylab o'tish tiklanganda va fibrin g'ilofi so'rilib ketganda, stoma enterostomani kesish va ichak intubatsiyasi bilan "uchma-uch" anastomoz qo'yish orqali yopiladi.

\*Muqobil usul - laparoskopik operatsiya o'tkazish. Qorin bo'shlig'i tekshirilganda ingichka ichakning atreziyalangan qismi, distal uchi "shnur" ko'rinishida aniqlanadi. Uchning yaqinlashtiruvchi va uzoqlashtiruvchi mosligi aniqlanadi. Ichak tutqichining nuqsoni aniqlanadi. Keyin o'ng tomondagi troakar joyida 2,5 sm gacha bo'lgan minilarotomik kesma amalga oshiriladi va ingichka ichakning atreziyalangan qismi olib tashlanadi. Ingichka ichakning atreziyalangan sohasi rezeksiya qilinadi. Ichaklararo anastomoz qo'yiladi. Ichak tutqichining nuqsoni tikiladi. Keyin ichak qovuzloqlari ehtiyotkorlik bilan qorin bo'shlig'iga tushiriladi. Jarohatga qavatma-qavat choklar qo'yiladi.

Butun me'da-ichak yo'lini tekshirish mutlaqo shart. Operatsiya vaqtida 2 ta zond kiritiladi: dekompressiya uchun oshqozonga va och ichakka. Och ichakka ovqatlantirish operatsiyadan keyingi 3-kundan boshlab mikrooqim bilan 2,0 ml/soat miqdorida boshlanadi. Passaj tiklanishi bilan enteral ovqatlantirish (ko'krak suti yoki sun'iy ovqatlantirish) boshlanadi.

**Operatsiya vaqtidagi va undan keyingi ehtimoliy asoratlari:**

Intraoperatsion qon ketishlar (tomirlar anomaliyasida).

Ichak zondini o'tkazishning texnik muammolari.

Anastamoz yetishmovchiligi.

Nekrozlanuvchi enterokolit.

Kasalxona ichi infeksiyasining qo'shilishi yoki homila ichi infeksiyasining kuchayishi.

Operatsiyadan keyingi ichak anastamoz stenozi bitishmali (erta va kechki) ichak tutilishi.

Operatsiyadan keyingi jarohatning ikkilamchi bitishi.

**4.4. Keyingi davolanish**

Umumiy ahvoli barqarorlashgandan so'ng, ya'ni me'da-ichak yo'li bo'ylab evakuasiyani normal o'tish tiklangandan so'ng, bola onasi bilan birga bo'lish xonasiga o'tkaziladi. Birgalikda bo'lish palatasida enteral ovqatlantirish hajmi asta-sekin fiziologik ehtiyojga yetkaziladi, infuzion (infuziya hajmi ovqatlantirish hajmining oshishiga mutanosib ravishda asta-sekin kamaytiriladi), antibakterial, simptomatik terapiya davom ettiriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda asoratlari bo'lmaganda, jarohat birlamchi bitganda, 12-14 kunlarda choklar olib tashlanadi, laboratoriya ko'rsatkichlari nazorat qilinadi va bola uyga javob berishga tayyorlanadi. D-yashash joyidagi poliklinikadagi jarrohda hisobga olish, 3 oydan so'ng oshqozon-ichak traktini nazorat rentgenologik tekshiruv.

Bolalar gastroenterologining poliklinikada turar joy bo'yicha kuzatuv. Reabilitatsiya yashash joyi bo'yicha ambulatoriya sharoitida har 6 oyda 3 yilgacha o'tkaziladi va KJ bilan elektroforez, qorin old devoriga parafin applikatsiyalari, massaj kabi fiziomuolajalarni o'z ichiga oladi.

**4.5. Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:**

- operatsiyadan keyingi asoratlarning yo'qligi - abdominal sepsis, ichak perforatsiyasi bilan nekrotik enterokolit; anastomoz zonasining torayishi;
- operatsiyadan keyingi jarohatning yallig'lanish belgilari yo'qligi - aponevroz choklarining yetishmovchiligi;
- operatsiyadan keyingi davrda bitishmali ichak tutilishining yo'qligi.
- barqaror vazn ortishi.

Davolashda qo'llaniladigan **preparatlar** (ta'sir etuvchi moddalar) **ro'yxati:**

Yo'q	Farmakoterapevtik guruh	Preparatning SBESi	Qo'llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
1.	Operatsiyadan keyingi davrda og'riqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	Morfin gidroklorid, 1%-1 ml	mushak ichiga	V <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.	Operatsiyadan keyingi davrda og'riqni qoldirish uchun narkotik	Fentanil 0,005%	vena ichiga	V <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/li">https://www.rlsnet.ru/li</a>

	analgetik.			<a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya-perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">brary/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
3.	Aralash harakat analgetiklari - operatsiyadan keyingi davrda.	Tramadol, 100 mg - 2 ml	mushak ichiga	<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>
4.	2-avlod sefalosporinlari.	Sefuroksim 750 mg dan vena ichiga va mushak orasiga har 8 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	<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>
5.	3-avlod sefalosporinlari.	Seftazidim, 100 mg/kg har 8-12 soatda.	vena ichiga,	<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>
6.	3-avlod sefalosporinlari.	Seftriakson 1 g dan venaga va mushak orasiga har 12 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiya-perecen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiya-perecen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
7.	3-avlod sefalosporinlari.	Sefotaksim, eritma tayyorlash uchun 1 g	mushak ichiga/vena ichiga	<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>
8.	3-avlod sefalosporinlari.	Sefoperazon 2-4 g dan har 12 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	<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>

				<a href="#">primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
9.	4-avlod sefalosporinlari.	Sefepim 2 gr.	mushak ichiga/vena ichiga	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>
10.	Aminoglikozidlar	Amikatsin 10-15 mg/kg	mushak ichiga/vena ichiga	V <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>
11.	Ftorxinolonlar	Siprofloksatsin, tabl. 250 mg-500 mg, infuziya uchun eritma 0,2%-100 ml	mushak ichiga/vena ichiga	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>
12.	Nitroimidazollar	Metronidazol 500 mg/100 ml	mushak ichiga/vena ichiga	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>
13.	Zamburug'larga qarshi azol vositasi	Flukonazol 2 mg/ml	ichga, vena ichiga	B <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>
14.	Antiseptik, teriga ishlov berish va drenaj tizimlari uchun.	Povidon-yod 10% li eritma	Sekin vena ichiga, lekin 60 daqiqadan ko'proq.	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>

				<a href="#">terapii-70</a>
15.	Antiseptik	Etanol 70% li eritma	vena ichiga	B <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>

**Qo'shimcha dorilar ro'yxati** (ishlatilish ehtimoli 100% dan kam):

*1- jadval*

Yo 'q	Farmakoterapevtik guruh	Preparatning SBEsi	Qo'llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
1.	Antisekretor preparat proton pompasi ingibitori hisoblanadi.	Omeprazol.	v/v	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>
2.	Qon to'xtatuvchi preparat	Etamizilat, inyeksiya uchun eritma 12,5%-2 ml	Operatsiyadan bir soat oldin vena ichiga, mushak orasiga.	V <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.	To'g'ri ta'sir qiluvchi antikoagulyant (tromblarning oldini olish uchun)	Geparin 5000-1000-2000 XB/s	250-500 mg	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.	Diuretiklar	Furosemid, 20-40 mg, inyeksiya uchun eritma 1%-2 ml	venaga	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a>

				<a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6.	Komponentlar masalasi	Ko'rsatma bo'yicha eritrotsitar massa	Vena tinch	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
7.	Qon tarkibiy qismlari	Yangi muzlatilgan plazma yo'riqnomaga muvofiq.	Vena ichiga, teri ostiga, mushak ichiga,	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

**Shifoxonaga yotqizish.** Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatmalar tug'ilgan chaqaloqni aniqlangan tashxisdan so'ng shoshilinch ravishda jarrohlik shifoxonasiga yotqizish.

### 7. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

7.1 Manfaatlarni to'qnashuvi yo'qligi to'g'risida ma'lumotlar yo'q.

7.2. Ekspertlar (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassislari) axboroti:

Ergashev N. Sh., Toshkent pediatriya tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri

7.3. Bayonnomanini qayta ko'rib chiqish shartlarini kiritish: Bayonnoma ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi;

7.4. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati (hisobot matnida ko'rsatilgan manbalarga havolalar bo'lishi shart):

### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Bethell GS, Long AM, Knight M, Hall NJ; BAPS-CASS. Buyuk Britaniyada tug'ma o'n ikki barmoqli ichak obstruksiyasi: apopulyatsiyaga asoslangan tadqiqot. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2020;105 (2):178-183. doi:10.1136/archdis child-2019-317085
2. Burke M.S., Ragi J.M., Karamanoukian H.L. et al. Nev strategies nonoperative management of meconium ileus. J Pediatr. Surg 2002; 37: 760-4.
3. Dufour-D, De Laet MH, Dassonville M va boshqalar. Migut malrotatsiyasi, sonografik tashxisning ishonchliligi. Pediatr Radiol (9-iyun 2017-yil). 1992. 22:21-3).
4. Jones AM, Isenburg J, Salemi JL va boshqalar. Gastroshizis tarqalishining o'sishi - 14 shtat, 1995-2012-yillar. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016;65:23-26;

5. P. Puri · M. E. Htsllwarth (Eds.). Pediatric Surgery. Springer, 2006; 23.229.
6. Prem Puri: Yangi tug‘ilgan chaqaloq jarrohligi. Second Edition. London, 2003, ARNOLD.
7. Shchapov N, Kulikov D, Ekimovskaya E, Sergeyeva S, Andreyeva E, Ivanitskaya O. Laparoskopik sistenukleatsiya bolalarda oshqozon-ichak trakti duplikatsiyalarini davolashning istiqbolli usulidir // J Pediatr Surg. S0022-3468 (22) 00797-7.doi:10.1016/j.jpedsurg.2022.12.025
8. Simpson AJ Leonidas JC va boshqalar. Migut malrotatsiyasining rentgen tashxisi: yuqori oshqozon-ichak trakti rentgenografiyasining ahamiyati J. Pediatr Surg 1972 7:243)
9. Wax J.R, Hamilton T., Cartin A. Congenital jejunoileal atresia. J. Ultrasound Med., 2006; 25: 337-42.
10. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda tug‘ma ichak tutilishi/ A.S. Panchenko, S.G. Gaymolenko, N.P. Namokonova, L.S. Kirillova // Zabaykalskiy meditsinskiy jurnal. - 2015.
11. Tug‘ma pastki ichak tutilishi. QR Sog‘liqni saqlash vazirligining klinik protokoli. - 2017.
12. Chaqaloqlarda tug‘ma ichak tutilishini tashxislash va davolash. N.Sh. Ergashev, J.B. Sattarov // Zamonaviy tibbiyot: dolzarb masalalar. - 2013.
13. Yerekeshov A.A. Taktika vvedeniya novorojdennix s neotlojnoj vrojdennoj xirurgicheskoy patologiyey. Metodik tavsiyalar. Med. Universitet Astana. Astana, 2010. str. 23-27.
14. Isakov Yu.F., Geraskin A.V.: Neonatalnaya xirurgiya (rukovodstvo dlya vrachey): Moskva, "Dinastiya," str. 480-482, 2011;
15. Prenatal exografiya. Pod redaksiyey M.V. Medvedeva. 1-yu izd. Moskva; "Realnoye vremya" 2005 g. 435-8.
16. Tug‘ma ichak tutilishi bo‘lgan bolalarni jarrohlik yo‘li bilan davolash natijalari. N.M. Liskov // Prakticheskaya meditsina. - 2008.
17. Shapov N.F., Keshishyan Ye.S., Yekimovskaya Ye.V., Melnik T.N., Pixteev D.A. Organizatsiya pomoshi novorojdennym s vrojdennymi porokami razvitiya v Moskovskoy oblasti. // Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. 2023-yil; 68 (1): 123-127. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2023-68-1-123-127>
18. Ergashev B.B, Kamolov Sh.B. Chaqaloqlarda yeyunoileal obstruksiyanı davolashda laparotomiyalar va videoassotsiatsiyalangan operatsiyalar// Bolalar milliy tibbiyot markazi axborotnomasi No3,2022 y. -B.114.