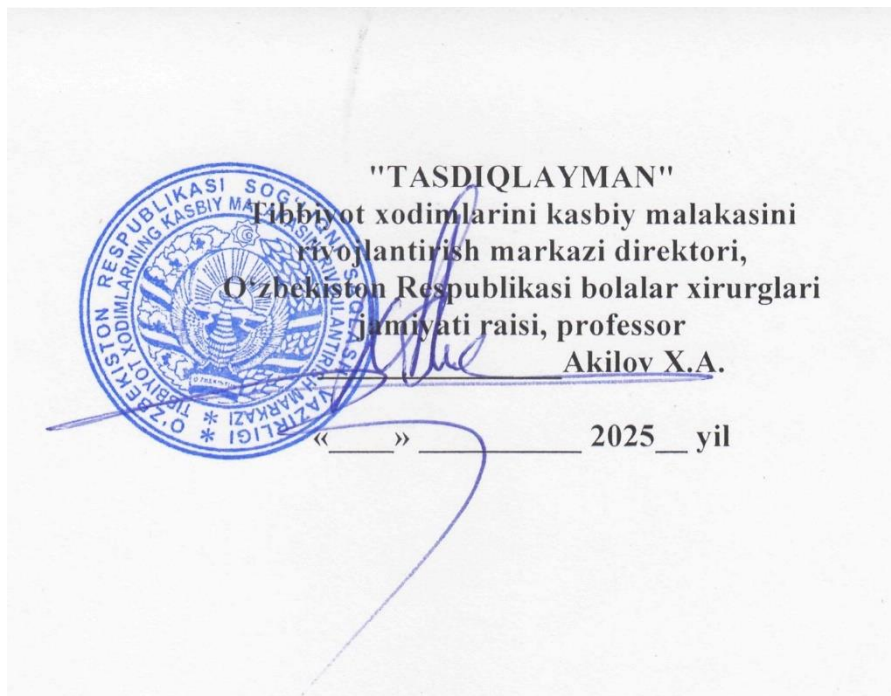


**O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova**

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

**«URAXUS ANOMALIYASI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOL**

**Toshkent – 2025**



**«URAXUS ANOMALIYASI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOL**

**Toshkent – 2025**

**«URAXUS ANOMALIYASI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA DIAGNOSTIKA VA  
DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**Toshkent – 2025**

## Kirish

**Uraxusning bitmaganligi** neonatal davrning klassik urologik patologiyasidir. Ushbu anomaliyani spesifik davolash kelajakda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan infeksiyon asoratlar va degeneratsiyalarning oldini olish uchun jarrohlik yo'li bilan kesib tashlashdan iborat. Shunga qaramay, ushbu ma'lumotlar zamonaviy adabiyotlarda bahsli bo'lib kelmoqda. Ushbu protokol Amerika Pediatrik Jarrohlar Assotsiatsiyasi ([www.eapsa.org](http://www.eapsa.org)), Yevropa Pediatrik Jarrohlar Assotsiatsiyasi (<http://www.eupsa.info/>) va Rossiya Pediatrik Jarrohlar Assotsiatsiyasi (<https://www.radh.ru/>) klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan.

### Kasalliklarning xalqaro tasnifi – XKT-10 kodi:

<b>Q 64.4</b>	Uraxus anomaliyasi
	<a href="http://mkb-10.com">http://mkb-10.com</a>

Protokolning ishlab chiqilgan va qayta ko'rib chiqilgan sanasi: protokol 2025 yilda ishlab chiqilgan. Qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil;

### Milliy klinik protokolning ishlab chiqilishi uchun mas'ul muassasa:

Tibbiyot kadrlari malakasini oshirish markazi, Bolalarda minimal invaziv va endoskopik jarrohlik respublika ilmiy-amaliy markazi (RSPSMIEKDV), Bolalar milliy tibbiyot markazi.

### Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqishga hissa qo'shgan ishtirokchilar:

#### Bolalar jarrohligi sohasidagi ishchi guruh a'zolari:

<b>Akilov X.A.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, professor, tibbiyot kadrlari malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasi mudiri. O'zbekiston Respublikasi bolalar jarrohlari jamiyati raisi.
<b>Abdusamatov B.Z.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, bolalarda minimal invaziv va endoskopik jarrohlik respublika ilmiy-amaliy markazi (RSPSMIEKDV) direktori. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
<b>Azamxodjaev S.T.</b>	ToshPTI doktori – urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasi mudiri.
<b>Raxmatullaev A.A.</b>	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar jarrohligi kafedrasi mudiri
<b>Ergashev N.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi bo'limi mudiri, professor
<b>Asadullaev D.R.</b>	Fan nomzodi. - Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar jarrohligi bo'limi shifokori
<b>Shamsiev J.A.</b>	Diplomdan keyingi ta'lim bo'limi mudiri

<b>Sapaev O.K.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida dotsenti
<b>Otamurodov F.A.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Termiz filiali direktori
<b>Umarov K.M.</b>	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori

**Mualliflar ro'yxati:**

<b>Akilov X.A.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, professor, tibbiyot kadrlari malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasida mudiri. O'ZBEKISTON Respublikasi bolalar jarrohlari jamiyati raisi.
<b>Primov F.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, tibbiyot kadrlari malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasida dotsenti.
<b>Abdusamatov B.Z.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, bolalarda minimal invaziv va endoskopik jarrohlik respublika ilmiy-amaliy markazi (RSPSMIEKDV) direktori. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
<b>Salimov Sh.T.</b>	TMA umumiy va bolalar jarrohligi 1-kafedrasida professori
<b>Azamxodjaev S.T.</b>	ToshPTI doktori – urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasida mudiri.
<b>Berdiev E.A.</b>	TMA umumiy va bolalar jarrohligi 1-kafedrasida assistenti
<b>Raxmatullaev A.A.</b>	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar jarrohligi kafedrasida mudiri
<b>Aliev M.M.</b>	ToshPTI fakultativ bolalar jarrohligi kafedrasida professori
<b>Ergashev B.B.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori
<b>Ergashev N.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi bo'limi mudiri, professor
<b>Xamraev A.J.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori
<b>Raxmatullaev A.A.</b>	Fan nomzodi. ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida dotsenti
<b>Narboev T.T.</b>	Tibbiyot fanlari doktori Tosh – FTI bolalar jarrohligi kafedrasida dotsenti.
<b>Oloberganov O.T.</b>	Tibbiyot fanlari doktori Tosh – FTI bolalar jarrohligi kafedrasida dotsenti.
<b>Asadullaev D.R.</b>	Fan nomzodi. - Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar jarrohligi bo'limi shifokori
<b>Urmanov N.T.</b>	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi bolalar shoshilinch jarrohligi bo'limi mudiri
<b>Shamsiev J.A.</b>	Diplomdan keyingi ta'lim bo'limi mudiri
<b>Atakulov J.O.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-bolalar jarrohligi kafedrasida professori
<b>Mirzakarimov BX</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Andijon tibbiyot instituti bolalar jarrohligi kafedrasida mudiri, professor.
<b>Sapaev OK</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida dotsenti
<b>Otamurodov F.A.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Termiz filiali direktori
<b>Vaxidov A.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TMA «Termiz» filiali bolalar jarrohligi, urologiya, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida professori

<b>Eshkobilov 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>Safarov A.Z.</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>Xudayberganova A.B.</b>	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo‘limi shifokori

### **Taqrizchilar:**

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

Klinik protokol ishchi guruhning professorlar va oliy o‘quv yurtlari o‘qituvchilari, O‘zbekiston bolalar jarrohlari assotsiatsiyasi, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat muassasalari shifokorlari bilan yakuniy yig‘ilishida muhokama qilingan va tasdiqlash uchun tavsiya etilgan. Ishchi guruh rahbari – Akilov X.A., tibbiyot fanlari doktori, professor, tibbiyot kadrlari malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri. O‘zbekiston Respublikasi Bolalar jarrohlari jamiyati raisi tibbiyot kadrlarini kasbiy rivojlantirish markazining ilmiy kengashida ko‘rib chiqilgan va ma‘qullangan. 2023 yil 30 mart, protokol № 5.

Texnik ekspertiza va tahrir:

1. Bobokulov - Bolalar milliy tibbiyot markazi
2. Abduraxmanov A.A. - Bolalar minimal invaziv va endoskopik jarrohligi respublika 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. Almardanov, 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.

### **Protokolda foydalanilgan qisqartmalar:**

OIT	oshqozon-ichak trakti
SO‘V	sun‘iy o‘pka ventilyatsiyasi
IT	intensiv terapiya
IFT	immunoferment tahlili
KIM	kislota-ishqor muvozanati
MV	mexanik ventilyatsiya
MRT	magnit-rezonans tomografiya
NSG	neyrosonografiya
UQT	umumiy qon tahlili
UST	umumiy siydik tahlili
OAY	ochiq arterial yo‘l
AQH	aylanayotgan qon hajmi

PZR	polimeraza zanjir reaksiyasi
RDS	respirator distress sindromi
SRAR	nafas yo‘llarida doimiy ijobiy bosim
SRO	S-reaktiv oqsil
HOS	havo oqishi sindromi
OBI	og‘ir bakterial infeksiya
TO‘T	chaqaloqlarning o‘tkinchi taxipnoesi
FGDS	fibrogastroduodenoskopiya
NOT	nafas olish tezligi
YuUT	yurak urish tezligi
ExoKG	exokardiografiya
Er	eritrotsitlar
FiO2	etkazib beriladigan kislorod konsentratsiyasi
Hb	gemoglobin
Ht	gematokrit
L	leykotsitlar

**Ushbu diagnoz/nozologiya protokolidan foydalanuvchilar:**

- Bolalar jarrohlari;
- Pediatriklar;
- Kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari
- Tibbiyot talabalari, magistrlar, ordinatorlar va aspirantlar

**Patsientlar toifasi: Kindik yoki kindik oldi churralari va uning asoratlari bo‘lgan bemorlar.**

**Tashxis usullarining (tashxis aralashuvlari) dalil darajasi.**

**Reyting shkalasi (DD)**

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Referent usuldan foydalanilgan nazoratli tadqiqotlarning sistematik sharhlari yoki meta-tahlildan foydalanilgan randamizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhlari.
2	Referent usul nazoratidagi tadqiqotlarning sistematik sharhlari yoki meta-tahlildan foydalanilgan randamizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhlaridan tashqari har qanday dizaynli ba’zi randamizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va tadqiqotlar.
3	Referent usuldan foydalanilgan, lekin doimiy nazorat qilinmaydigan yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo‘lmagan tadqiqotlar yoki kohort tadqiqotlarini o‘z ichiga olgan norandamizatsiyalangan qiyosiy tadqiqotlar.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Davolashning ta’sir mexanizmi asosi yoki ekspert fikri

**Profilaktik, terapevtik va reabilitatsiya choralarining dalil darajasi (DD).**

**Baholash shkalasi**

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlildan foydalanilgan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhi
2	Meta-tahlildan foydalanilgan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhlaridan tashqari alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizaynli tadqiqotlarning sistematik sharhlari.
3	Norandomizatsiyalangan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsiflari, «holat-nazorat» tadqiqotlari.
5	Davolashning ta'sir mexanizmi asosi (klinikagacha tadqiqotlar) yoki ekspertlar fikri

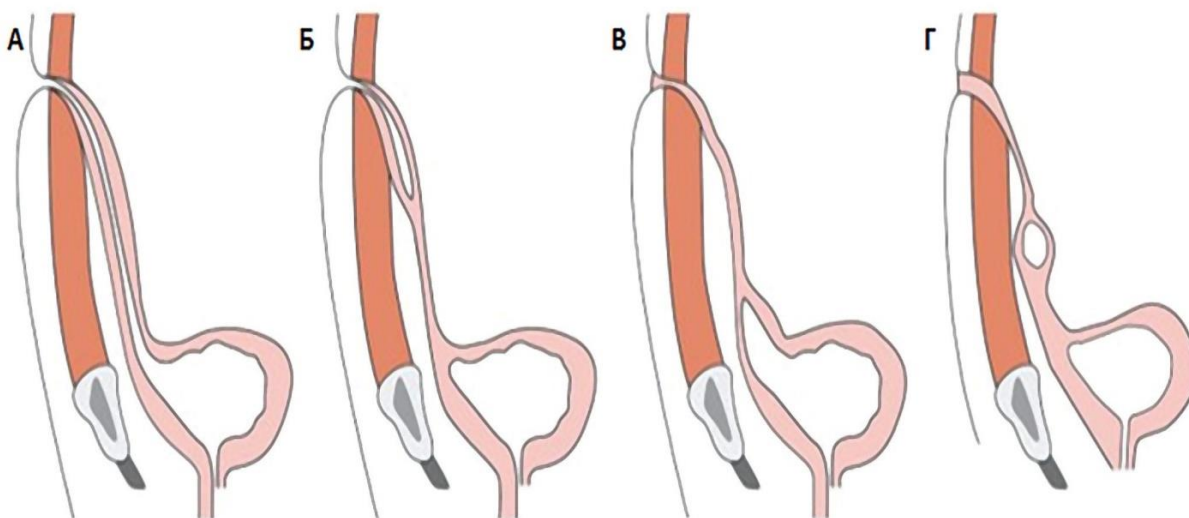
**Profilaktik, diagnostik, davolash-reabilitatsiya tadbirlari bo'yicha tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi (RTT)**

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, qiziqish tug'dirgan natijalar bo'yicha xulosalar mos keladi)
V	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalari)ning ba'zilar muhim, ba'zi tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqish tug'dirgan natijalar bo'yicha xulosalar mos kelmaydi)
S	Kuchsiz tavsiya (sifat dalillari taqdim etilmagan (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas), barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past, va qiziqish tug'dirgan natijalar bo'yicha xulosalar nomuntazam)

## 2. Asosiy qism

### 2.1. Kirish

**Etiologiya:** Bachadon ichki rivojlanish davrida homilaning siydik pufagini kindik orqali amniotik suyuqlik bilan bog'laydigan uraxus odatda bola tug'ilgunga qadar bitib ketadi. Biroq, ba'zi hollarda uning qisman yoki to'liq bitmasligi kuzatiladi. Shundan kelib chiqib, uraxus rivojlanishining quyidagi nuqsonlari tafovut etiladi (rasm 1) [7]:



## **Uraxus anomaliyalari turlari:**

A – qovuq-kindik fistulasi; B – uraxus sinusi; V – qovuq-uraxus divertikuli; G – uraxus kistasi (sxema) [12]

- 1. Ochiq uraxus (qovuq-kindik fistulasi)** – uraxusning to‘liq bitmasligi bo‘lib, bunda kindikdan oldingi qorin devoriga doimiy ravishda siydik ajralishi kuzatiladi;
- 2. Uraxus sinusi (uraxo-kindik fistulasi)** – uraxusning qisman bitmasligi bo‘lib, bunda qovuq qismi bitgan, lekin kindik qismi ochiq qoladi va natijada kindikdan doimiy ajralmalar kuzatiladi;
- 3. Qovuq-uraxus divertikuli** – uraxusning qisman bitmasligi bo‘lib, bunda qovuq qismi bitmagan, kindik qismi esa bitgan;
- 4. Uraxus kistasi** – uraxusning qisman bitmasligi bo‘lib, bunda qovuq va kindik uchlari bitgan, ularning o‘rtasidagi qismda esa ma‘lum bir segment bitmagan holda qoladi.

Ushbu rivojlanish nuqsonlari strukturasida uchrash chastotasi quyidagicha: **ochiq uraxus – 47-50%, uraxus sinusi – 15-18%, uraxus kistasi – 30%, qovuq-uraxus divertikuli – 3-5%**. Uraxus anomaliyalari ko‘pincha kattalarda aniqlanadi (1:5000), bolalik davrida esa ancha kam uchraydi – 1:150 000. Shu bilan birga, ushbu patologiya erkak jinsi vakillari orasida ko‘proq tarqalgan [8-11].

Uraxus anomaliyalarini **diagnostika qilish** uchun turli tekshiruv usullari qo‘llaniladi: **UTT (UZI), fistulografiya, sistografiya, kompyuter tomografiya (KT), magnit-rezonans tomografiya (MRT), sistoskopiya** fistula yo‘liga metilen ko‘kini kiritish va uni siydikda topish bilan.

**Asosiy davolash usuli – operativ** (uraxusni ochiq yoki laparoskopik yo‘l bilan kesib tashlash).

## **2.2. Umumiy ta’rif:**

**Uraxus** – bu odatda faqat **embrional davrda mavjud bo‘ladigan va siydik pufagining uchini kindik bilan bog‘laydigan strukturadir**. Taxminan bachadon ichki rivojlanishining 5-7-oylarida bu siydik yo‘li bitib ketadi va uning o‘rnida o‘rta qovuq boylami hosil bo‘ladi.

---

## **2.3. Klinik tasnif:**

Uraxus rivojlanishidagi nuqsonlar bitmaslik darajasiga qarab 4 turga bo‘linadi:

- **Kindik oqmasi;**
- **Uraxus kistasi;**
- **Qovuq-kindik oqmasi;**
- **Siydik pufagi divertikuli.**

---

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

---

### 3.1. Diagnostika mezonlari:

**Shikoyatlar va anamnez.** Uraxus kistasini tashxislash ob'ektiv tekshiruv natijalariga asoslanadi. Tashxisni tasdiqlash uchun siydik pufagining **ultratovush tekshiruvi (UTT)**, **sistografiya yoki magnit-rezonans tomografiya (MRT)** o'tkazish tavsiya etiladi. Agar yiringlash natijasida fistula yo'li hosil bo'lgan bo'lsa, uni zondlash va fistulografiya (rentgen-kontrastlash) bajariladi. Kompleks tekshiruv doirasida umumiy siydik va qon tahlillari o'tkazish ko'rsatilgan.

### Kasallikni diagnostika qilish

#### Tashxisni urolog qo'yadi.

Kasallik simptomlarsiz kechganda, u boshqa patologiyalarni diagnostika qilish yoki davolash paytida **tasodifan aniqlanadi.**

**Uraxus kistasi diagnostikasi** bemorni ko'rikdan o'tkazish, laborator tahlillar va instrumental tekshiruv usullarini o'z ichiga oladi.

#### Laborator diagnostika usullari

Laborator diagnostika usullaridan **umumiy qon tahlili va umumiy siydik tahlili** buyuriladi. Zarurat tug'ilganda qo'shimcha tekshiruvlar tayinlanadi.

#### Instrumental usullar

Instrumental usullardan quyidagilar bajariladi:

- **Siydik pufagi va qorin old devorining UTTsi (UZI).** Bu hosila mavjudligini tasdiqlash, shuningdek, uning siydik pufagi bilan bog'liqligini aniqlash imkonini beradi. Boshqa patologiyalar bilan qiyosiy diagnostika o'tkazishga yordam beradi.
- **Sistografiya.** Siydik pufagining kontrastli tekshiruvi.
- **Sistoskopiya.**
- **Fistulografiya.** Oqma yo'lining uzunligi, egri-bugriligi, siydik pufagi bilan aloqasini aniqlash uchun tekshirish.
- **Siydik pufagining KT va MRTsi** tashxisni aniqlashtirish va operativ davolash taktikasini belgilash maqsadida o'tkaziladi. MRT xavfli o'smani, KT esa uning bo'shlig'ida toshlar borligini diagnostika qilish imkonini beradi.

Kistasimon hosilaning qorin bo'shlig'iga yorilishida **peritonit** rivojlanadi. Bunday vaziyatda yakuniy tashxis diagnostik laparoskopiya yoki operatsiya vaqtida qo'yiladi.

### 3.2. Differensial diagnostika:

Differensial diagnostika quyidagi kasalliklar bilan o'tkaziladi:

- **Divertikul;**
- **Omfalit;**
- **Ichak oqmasi.**

---

### 4. Davolash taktikasi:

**Uraxus kistasi** zudlik bilan faqat operativ aralashuv yo'li bilan davolanishini talab qiladi. Ammo agar bemorda faqat yallig'lanish jarayoni kuzatilsa, u holda avval ultrabinafsha nurlanish

yordamida yallig‘lanish bartaraf etiladi, keyin esa zararlangan to‘qimalar antiseptik preparatlar bilan ishlov beriladi. (Manba: <https://doct.ru/operatsii/udalenie-kisty-urakhusa.html>)

---

Antibiotikoterapiya:

**"Boshlang‘ich" terapiya preparatlari:**

- 2-3-avlod sefalosporinlari;
- aminoglikozidlar;
- aminopenitsillinlar;
- makrolidlar.

**"Zaxira" preparatlari:**

- 3-4-avlod sefalosporinlari;
- 2-3-avlod aminoglikozidlari;
- karbapenemlar;
- rifampitsin.

Har bir neonatal bo‘limda erta sepsisga olib keluvchi qo‘zg‘atuvchilar spektrini tahlil qilish asosida antibiotiklardan foydalanish bo‘yicha o‘z protokollari ishlab chiqilishi kerak.

---

Og‘riqsizlantirish:

**Operatsiyadan oldin** sedativ, og‘riq qoldiruvchi yoki miorelaksant preparatlarni 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** 0,5 mg/kg/soat;
- **Pipekuroniy bromid** 0,025 mg/kg/soat.

**Operatsiyadan keyingi og‘riqsizlantirish:** Fentanilning vena ichiga doimiy infuziyasi 5-10 mkg/kg/soat, **asetaminofen** rektal yoki vena ichiga bir martalik dozada 10-15 mg/kg dan kuniga 2-3 marta yoki **metamizol natriy** 5-10 mg/kg dan kuniga 2-3 marta vena ichiga yuborish bilan birgalikda qo‘llaniladi. Og‘riq qoldiruvchilarning dozasi va yuborish davomiyligi og‘riq sindromining og‘irligiga qarab individual tanlanadi. Bolaning o‘pkani sun‘iy shamollatish apparati bilan desinxronizatsiyasi yuz berganda sedativ preparatlar yuboriladi: **Midazolam** yoki **diazepam** 0,1 mg/kg/soatgacha (doimiy infuziya bilan).

Homiladorlikning 35 haftasigacha bo‘lgan chaqaloqlarda **Fenobarbital** (10-15 mg/kg/kun) qo‘llashdan saqlanish kerak.

---

## Infuzion terapiya va parenteral oziqlantirish:

- Ko'pgina chaqaloqlarga kuniga 70-80 ml/kg miqdorida vena ichiga suyuqliklar yuborish boshlanishi kerak.
- Chaqaloqlarda infuziya hajmi va elektrolitlar individual hisoblanishi kerak, birinchi 5 kun ichida kuniga 2,4-4% tana vaznini yo'qotishga (umumiy 15%) ruxsat beriladi.
- Natriy qabul qilish postnatal hayotning birinchi bir necha kunida cheklanishi va diurez boshlangandan keyin suyuqlik balansi va elektrolitlar darajasini diqqat bilan monitoring qilish bilan boshlanishi kerak. Agar gipotenziya yoki qon aylanishi yomonlashgan bo'lsa, 10-20 ml/kg 0,9% natriy xlorid bir yoki ikki marta yuborilishi kerak.

## ELEKTROLITLARNING ZARUR HAJMINI HISOBLASH

Natriy va kaliyni hayotning uchinchi kundan erta bo'lmagan muddatda, kalsiyni esa hayotning birinchi kundan boshlash maqsadga muvofiqdir.

### NATRIY DOZASINI HISOBLASH

- Natriyga bo'lgan ehtiyoj **2 mmol/kg/kunni** tashkil qiladi.
- Giponatriemiya < 125 mmol/l.
- Gipernatriemiya > 150 mmol/l, > 155 mmol/l xavfli.
- 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 mmol Na** saqlaydi.

### GIPONATRIEMIYANI TUZATISH (Na < 125 mmol/l)

- 10% NaCl hajmi (ml) = (135 – **kasalning Na**) × **tana og'irligi** × 0.175

### KALIY DOZASINI HISOBLASH

- Kaliyga bo'lgan ehtiyoj **2-3 mmol/kg/kunni** tashkil qiladi.
- Gipokaliemiya < 3,5 mmol/l, < 3,0 mmol/l xavfli.
- Giperkaliemiya > 6,0 mmol/l (gemoliz bo'lmaganda), > 6,5 mmol/l xavfli (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) = kaliyga bo'lgan ehtiyoj (mmol) × **tana og'irligi** × 2.

### KALSIY DOZASINI HISOBLASH

- Chaqaloqlarda Sa<sup>++</sup> ga bo'lgan ehtiyoj **1-2 mmol/kg/kunni** tashkil qiladi.
- Gipokalsiemiya < 0,62-0,75 mmol/l (chaqaloqlar – ionlashgan Sa<sup>++</sup>).
- Giperkalsiemiya > 1,25 mmol/l (ionlashgan Sa<sup>++</sup>).
- 1 ml 10% kalsiy xloridi **0,9 mmol Sa<sup>++</sup>** saqlaydi.
- 1 ml 10% kalsiy glyukonati **0,3 mmol Sa<sup>++</sup>** saqlaydi.

### MAGNIY DOZASINI HISOBLASH:

- Magniyga bo'lgan ehtiyoj **0,5 mmol/kg/kunni** tashkil qiladi.
- Gipomagnemiya < 0,7 mmol/l, xavfli.

- Gipermagnemiya > 1,15 mmol/l, > 1,5 mmol/l xavfli.
- 1 ml 25% magniy sulfati **2 mmol magniy** saqlaydi.

Infuzion terapiya hajmi juda o‘zgaruvchan bo‘lishi mumkin, lekin ba’zida **100-150 ml/kg/kundan** oshishi mumkin.

Zarur arterial bosim darajasini adekvat hajmli yuklama yordamida ushlab turish kerak. Gipotenziyada AQBni to‘ldirish 0,9% natriy xlorid eritmasi bilan 10-20 ml/kg dozada tavsiya etiladi, agar miokard disfunktsiyasi (kolloid va kristalloid eritmalar) va inotrop preparatlar istisno qilingan bo‘lsa:

- **Dofamin** 5-15 mkg/kg/min;
- **Dobutamin** 5-20 mkg/kg/min;
- **Adrenalin** 0,05-0,5 mkg/kg/min.

**Gemostatiklar:** Vitamin K, Ditsinon, Etazilat natriy.

**Ko‘rsatmalarga ko‘ra:** Gemo-plazma-albuminotransfuziya.

Boshqa davolash turlari – yo‘q.

### **4.3. Jarrohlik aralashuvi:**

Uraxus anomaliyalarini jarrohlik yo‘li bilan davolash uraxusni butun uzunligi bo‘ylab, shu jumladan har bir medial kindik boylamini va unga bog‘liq peritonini olib tashlashni talab qiladi. Uraxus anomaliyalarini an’anaviy jarrohlik yo‘li bilan davolash o‘rta infraumbilikal kesimni o‘z ichiga oladi.

Siydik pufaginging segmentar rezeksiyasini bajarish bahslidir.

Dori vositalarini vena ichiga va mushak ichiga dori preparatlari anatotsiyasi tavsiyalariga binoan yuborish. Tashxis qo‘yilgandan so‘ng kindik venalarini kateterlash mumkin emas. Periferik vena tomirlariga kirish, agar qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa, markaziy vena tomirlariga kirish afzalroq.

### **Mumkin bo‘lgan asoratlar**

Uraxus kistasida quyidagi asoratlar yuzaga kelishi mumkin:

- **Infeksiya qo‘shilishi;**
- **Abssess va yallig‘lanish jarayonining rivojlanishi;**
- **Oqma yo‘lining paydo bo‘lishi;**
- **Ichidagi moddalarning qorin bo‘shlig‘iga yorilishi, bu peritonit rivojlanishiga olib keladi;**
- **Kistaning xavfli o‘smaga aylanishi.**

Ushbu asoratlarning oldini olish uchun **o‘z vaqtida davolashni boshlash muhimdir**. Bu holda, operatsiyadan keyin tezlikda tiklanish va uraxus kistasining oqibatlariga haqida qayg‘urmaslik mumkin bo‘ladi. Qo‘shimcha ma’lumotlarni ushbu havolada topishingiz mumkin:

<https://doct.ru/operatsii/udalenie-kisty-urakhusa.html>

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

№	Farmakoterapevtik guruh	Preparatning XPN (Xalqaro Patentlanmagan Nomi)	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
1	Operatsiyadan keyingi og'riqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	Morfın gidroxlord, 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-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
2	Operatsiyadan keyingi og'riqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	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/library/articles/xirurgiya/perecen-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
3	Operatsiyadan keyingi davrda aralash harakatli analgetiklar.	Tramadol, 100 mg – 2 ml	Mushak 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-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
4	2-avlod sefalosporinlar.	Sefuroksim 750 mg dan vena ichiga va mushak ichiga har 8 soatda.	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-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
5	3-avlod sefalosporinlar.	Seftazidim, 100 mg/kg har 8-12 soatda.	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-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-sprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
6	3-avlod sefalosporinlar.	Seftriakson 1 g dan vena ichiga va mushak ichiga har 12 soatda.	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/k">https://www.rlsnet.ru/library/articles/k</a>

				<a href="https://lex.uz/docs/primenyaemyx-vkhirurgii-i-intensivnoi-terapii70">hirurgiiya/perecens-primenyaemyx-vkhirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
7	3-avlod sefalosporinlar.	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/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
8	3-avlod sefalosporinlar.	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/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
9	4-avlod sefalosporinlar.	Sefepim 2 gr.	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/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
10	Aminoglikozidlar	Amikatsin 10–15 mg/kg	Mushak ichiga/vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Vhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
11	Ftorxinolonlar	Siprofloksatsin, tab. 250 mg-500 mg, infuziya uchun eritma 0,2%-100 ml	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/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
12	Nitroimidazollar	Metronidazol 500 mg/100 ml	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/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>

				<a href="https://lex.uz/docs/6590074">intensivnoi-terapii70</a>
13	Azol guruhidagi zamburug'larga qarshi vosita	Flukonazol 2 mg/ml	Og'iz orqali, vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
14	Teri va drenaj tizimlarini qayta ishlash uchun antiseptik.	Povidon-yod 10% eritma	Syokin vena ichiga, lyokin 60 minutdan ko'proq.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>
15	Antiseptik	Etanol 70% eritma	Vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70</a>

**Qo'shimcha preparatlar ro'yxati (qo'llash ehtimoli 100% dan kam):**

*1- tablitsa*

№	Farmakoterapevtik guruh	Preparatning XPN (Xalqaro Patentlanmagan Nomi)	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
1	Antisekretor preparat proton pompa ingibitori hisoblanadi	Omeprazol.	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-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoiterapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoiterapii-70</a>
2	Qon to'xtatuvchi preparat	Etamizilat, in'eksiya uchun eritma 12,5%-2 ml	Vena ichiga, mushak ichiga operatsiyadan bir soat oldin.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Vhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-</a>

				<a href="#">xirurgii-iintensivnoiterapii-70</a>
3	To'g'ri ta'sir qiluvchi antikoagulyant (tromblarning oldini olish uchun)	Geparin 5000-1000-,2000 XB/soat	250-500 mg	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenaemyx-vxirurgii-iintensivnoiterapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenaemyx-vxirurgii-iintensivnoiterapii-70</a>
4	Diuretiklar	Furosemid, 20-40 mg, in'eksiya uchun eritma 1%-2 ml	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-lsprimenaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70</a>
5	Komponentlar haqida savol	Eritrotsitar massa ko'rsatmaga muvofiq	Vena ichiga sekin	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70</a>
6	Qon komponentlari	Yangi muzlatilgan plazma ko'rsatmaga 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/perecen-lsprimenaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70</a>

**Gospitalizatsiya.** Gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar: tashxis qo'yilgandan so'ng chaqaloqni jarrohlik statsionariga gospitalizatsiya qilish talab etiladi.

## 7. Protokolning tashkiliy jihatlari:

**7.1. Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi haqida ma'lumot:** Mavjud emas.

**7.2. Ekspertlar ma'lumoti (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassislari):** Ergashev N. Sh., Toshkent pediatriya tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri.

**7.3. Protokolni qayta ko'rib chiqish shartlarining kiritilishi:** Protokol ishlab chiqilgandan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki isbot darajasi yuqori bo'lgan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi. **7.4. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati (hisobot matnida ko'rsatilgan manbaalarga havolalar majburiy):**

## **Adabiyotlar:**

1. Araki M, Saika T, Araki D et al. Laparoscopic management of complicated urachal remnants in adult. *World J Urol* 2012; 30: 647–50.
2. Ashley R, Inman B, Routh J et al. Urachal anomalies: a longitudinal study of urachal remnants in children and adults. *J Urol* 2007; 178: 1615–8.
3. Berman SM, Tolia BM, Laor E. Urachal remnants in adults. *Urology* 1988; 31: 17–21.
4. Campbell Begg R. The Urachus: its anatomy, histology and development. *J Anat* 1930; 64: 170–83.
5. Castanheira de Oliveira M, Vila F, Versos R et al. Laparoscopic treatment of urachal remnants. *Actas Urol Esp* 2012; 36: 320–4.
6. Castillo OA, Vitagliano G, Olivares R, Sanchez-Salas R. Complete excision of urachal cyst by laparoscopic means: a new approach to an uncommon disorder. *Arch Esp Urol* 2007; 60: 607–11.
7. Cutting CW, Hindley RG. Laparoscopic management of complicated urachal remnants. *BJU int* 2005; 96: 1417–21.
8. Ekwueme KC, Parr NJ. Infected urachal cyst in an adult: a case report and review of the literature. *Cases J* 2009; 2: 6422.
9. Flanagan DA, Mellinger JD. Urachal-sigmoid fistula in an adult male. *Am Surg* 1998; 64: 762–3.
10. Fode M, Pedersen GL, Azawi N. Symptomatic urachal remnants: Case series with results of a robot-assisted laparoscopic approach with primary umbilicoplasty. *Scand J Urol* 2016; 50 (6): 463–7.
11. Gopalan A, Sharp DS, Fine SW et al. Urachal carcinoma: a clinicopathologic analysis of 24 cases with outcome correlation. *Am J Surg Pathol* 2009; 33: 659–68.
12. Huang C, Luo C, Chao H et al. Urachal anomalies in children: experience at one institution. *Chang Gung Med J* 2003; 26: 412–6.
13. Joung HJ, Han DY, Kwon WA. Laparoscopic Management of Complicated Urachal Remnants. *Chonnam Med J* 2013; 49: 43–7.
14. Kim D, Lee J, Park S et al. Initial experience with robotic-assisted laparoscopic partial cystectomy in urachal diseases. *Korean J Urol* 2010; 51: 318–22.
15. Kumar K, Mehenna D. Injury of urachal diverticulum due to laparoscope port: fcase report, literature review and recommendations. *J Med Cases* 2015; 6 (1): 1–5.
16. Little D, Shah S, St Peter S et al. Urachal anomalies in children: the vanishing relevance of the preoperative voiding cystourethrogram. *J Pediatr Surg* 2005; 40:1874–6.
17. Mazzucchelli R, Scarpelli M, Montironi R. Mucinous adenocarcinoma with superficial stromal invasion and villous adenoma of urachal remnants: a case report. *J Clin Pathol* 2003; 56: 465–7.
18. Moore KL. *The developing human: Slinically oriented embryology*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1977; 307–9.
19. Patrzyk M, Glitsch A, Schreiber A et al. Single-incision laparoscopic surgery as an option for the laparoscopic resection of an urachal fistula: first description of the surgical technique. *Surg Endosc* 2010; 24: 2339–42. *Pediatrics. Consilium Medicum* 2018 | NO. 3 83

A.A.Gusev et al. / *Pediatrics (Suppl. Consilium Medicum)*. 2018; 3: 80–84. ris. 6. ob'emnoe obrazovanie, vyavlennoe pri revizii bryushnoy polosti. ris. 7. udalenie tela kisty. ris. 8. etapy operatsii.

20. Pedro PJ, Edgar V, Carlos R, Amilcar S. Urachal abscess clinically mimicking a malignancy. *Clin Exp Pathol* 2012; 4 (1): 154.

21. Rapoport D, Alison R, Goshko V et al. Urachal-Sigmoid Fistula Associated with Diverticular Disease. *Canadian Urol Association J* 2007; 1: 52–4.

22. Trondsen E, Reiertsen O, Rosseland A. Laparoscopic excision of urachal sinus. *Eur J Surg* 1993; 159: 127–8.

23. Whitehead A, Arthur LG, Prasad R. Laparoscopic vs Open Excision of Urachal Remnants in Children. *J Surgery* 2015; 2 (2): 3.

24. Widni EE, Höllwarth ME, Haxhija EQ. The impact of preoperative ultrasound on correct diagnosis of urachal remnants in children. *J Pediatr Surg* 2010; 45: 1433–7.

25. Yalawar RS, Khanapur R, Patil LS et al. Infected urachal sinus presenting as infraumbilical mass: A Case report and review of literature. *IOSR J Dental Med Sci* 2014; 13 (8): 12–5.

26. Yiee JH, Garcia N, Baker LA et al. A diagnostic algorithm for urachal anomalies. *J Pediatr Urol* 2007; 3: 500–4.

27. Koreyba K.A. Oslojnennoe techenie kisty uraxusa. *Kazanskiy med. jurn.* 2007; 88 (3): 277–8. / Koreyba K.A. Oslozhnennoe techenie kisty urahusa. *Kazanskiy med. zhurn.* 2007; 88 (3): 277–8. [in Russian]

28. Куш N.L., Pugachev A.G., Moskalenko V.Z. Xirurgiya porokov pochek i mochevyykh putey u detey. Kiev: Zdorov'ya, 1978. / Kush N.L., Pugachev A.G., Moskalenko V.Z. Hirurgiya porokov pochek i mochevyykh putej u detej. Kiev: Zdorov'ya, 1978. [in Russian]

29. Olshaneskiy A.A., Novoskol'seva I.G., Levina V.P. i dr. Nagnoenie kisty uraxusa. *Xirurgiya Ukraïni.* 2014; 2: 121–4. / Ol'shanetskii A.A., Novoskol'tseva I.G., Levina V.P. i dr. Nagnoenie kisty urakhusa. *Khirurgiia Ukraini.* 2014; 2: 121–4. [in Russian]