

**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 NEONATAL XIRURGIYA RESPUBLIKA
O'QUV-DAVOLASH-METODIK MARKAZI**

NEONATAL XIRURGIYA BO'LIMI

**«KINDIK CHURRASINING TO'LIQ VA NOTO'LIQ OQMASI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

Toshkent – 2025



"TASDIQLAYMAN"

Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish
markazi direktori, O'zbekiston Respublikasi
Bolalar jarrohlari jamiyati raisi, professor
X.A. Akilov

2025-yil " " "

«URAXUS ANOMALIYASI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

**«KINDIK ChURRASINING TO‘LIQ VA NOTO‘LIQ OQMASI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent - 2025

1. Kirish

Kindik oqmasi – bu siydik yoki sariqlik yo‘lining yopilmasligi bo‘lib, bunda bolada qovuq yoki ichak bilan kindik halqasi o‘rtasida patologik aloqa yuzaga keladi. Tug‘ma anomaliyaning aniq sabablari aniqlanmagan. Kasallik kindik yarasining namlanishi va yallig‘lanishi, siydik yoki ingichka ichak tarkibining ajralishi bilan namoyon bo‘ladi. Oqmalarni tashxislash uchun zondlash, kontrastli rentgenografiya va qorin bo‘shlig‘ining UTTsi, laboratoriya tekshiruvlari majmuasi qo‘llaniladi. Kasallikning ko‘p hollari go‘daklik davrida jarrohlik yo‘li bilan tuzatishni talab qiladi, to‘liqsiz oqmalarda esa dastlabki konservativ davolash mumkin.

To‘liq kindik oqmasi – sariqlik yo‘li yoki siydik kanali bola tug‘ilganda butun uzunligi bo‘ylab ochiq qolganda yuzaga keladi.

Noto‘liq kindik oqmasi – embrional yo‘llardan faqat periferik qismi obliteratsiyalanmagan holda qolganda yuzaga keladi.

Ichak tarkibi, siydikning doimiy oqishi kindik atrofidagi terining ta’sirlanishi va maseratsiyasiga olib keladi, qorin old devori terisining keskin ta’sirlanishiga va bolaning umumiy holatini buzilishiga olib keladi. Shifokordan bolalarda ushbu patologiyani aniq tashxislash va to‘g‘ri davolash taktikasini belgilash talab etiladi.

Ushbu protokol Amerika bolalar jarrohligi assotsiatsiyasi (www.eapsa.org), Yevropa bolalar jarrohligi assotsiatsiyasi (<http://www.eupsa.info/>), Rossiya bolalar jarrohlari assotsiatsiyasi (<https://www.radh.ru/>) klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan.

Kasalliklarning xalqaro tasnifi – NKK (MKB)-10 kodi:

Q 43,8	TO‘LIQ VA NOTO‘LIQ KINDIK OQMASI
	http://mkb-10.com

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:

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.

Abdusamatov B.Z.	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.
Azamxodjaev S.T.	ToshPTI doktori – urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasini mudiri.
Raxmatullaev A.A.	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri
Ergashev N.Sh.	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi bo‘limi mudiri, professor
Asadullaev D.R.	Fan nomzodi. - Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar jarrohligi bo‘limi shifokori
Shamsiev J.A.	Diplomdan keyingi ta’lim bo‘limi mudiri
Sapaev O.K.	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasini dotsenti
Otamurodov F.A.	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Termiz filiali direktori
Umarov K.M.	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo‘limi shifokori

Mualliflar ro‘yxati:

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.
Primov F.Sh.	Tibbiyot fanlari doktori, tibbiyot kadrlari malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasini dotsenti.
Abdusamatov B.Z.	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.
Salimov Sh.T.	TMA umumiy va bolalar jarrohligi 1-kafedrasini professori
Azamxodjaev S.T.	ToshPTI doktori – urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasini mudiri.
Berdiev E.A.	TMA umumiy va bolalar jarrohligi 1-kafedrasini assistenti
Raxmatullaev A.A.	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri

Aliev M.M.	ToshPTI fakultativ bolalar jarrohligi kafedrası professori
Ergashev B.B.	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi kafedrası professori
Ergashev N.Sh.	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi bo‘limi mudiri, professor
Xamraev A.J.	Tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi kafedrası professori
Raxmatullaev A.A.	Fan nomzodi. ToshPTI kasalxonasi bolalar jarrohligi kafedrası dotsenti
Narboev T.T.	Tibbiyot fanlari doktori Tosh – FTI bolalar jarrohligi kafedrası dotsenti.
Oллоberganov O.T.	Tibbiyot fanlari doktori Tosh – FTI bolalar jarrohligi kafedrası dotsenti.
Asadullaev D.R.	Fan nomzodi. - Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar jarrohligi bo‘limi shifokori
Urmanov N.T.	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi bolalar shoshilinch jarrohligi bo‘limi mudiri
Shamsiev J.A.	Diplomdan keyingi ta‘lim bo‘limi mudiri
Atakulov J.O.	Tibbiyot fanlari doktori, Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-bolalar jarrohligi kafedrası professori
Mirzakarimov BX	Tibbiyot fanlari doktori, Andijon tibbiyot instituti bolalar jarrohligi kafedrası mudiri, professor.
Sapaev OK	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası dotsenti
Otamurodov F.A.	Tibbiyot fanlari doktori, TMA Termiz filiali direktori
Vaxidov A.Sh.	Tibbiyot fanlari doktori, TMA «Termiz» filiali bolalar jarrohligi, urologiya, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası professori
Eshkobilov Sh.D.	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi direktori o‘rinbosari
Umarov K.M.	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo‘limi shifokori
Safarov A.Z.	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo‘limi shifokori

Abduazizov M.A.	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
Nasirov M.M.	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
Xudayberganova A.B.	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori

Taqrizchilar:

Yusupov Sh.A.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri
Sokolov Yu.Yu.	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. 2025 yil _____, 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 diaqnoz/nozologiya protokolidan foydalanuvchilar:

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

Bemorlar toifasi:

Kindikning to‘liq va noto‘liq oqmasi va uning asoratlari.

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 rehabilitatsiya choralarining dalil darajasi (DD).

Baholash shkalasi

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlildan foydalanilgan randamizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhi
2	Meta-tahlildan foydalanilgan randamizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhlaridan tashqari alohida randamizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizaynli tadqiqotlarning sistematik sharhlari.
3	Norandamizatsiyalangan 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-rehabilitatsiya 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'zilari 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: Kindik oqmasining etiologik strukturasi bugungi kungacha noma'lum bo'lib qolmoqda. Kasallik homiladorlikning ikkinchi trimestrida teratogen ta'sirlar bilan bog'liq deb taxmin qilinadi. Bunday omillarga quyidagilar kiradi:

- onaning zararli odatlari;
- yomon ekologiya;
- homiladorlik patologiyalari va onada ekstragenital kasalliklarning mavjudligi.

Sariqlik yo'lining yopilmasligi ko'pincha chala tug'ilgan bolalarda uchraydi, boshqa ichki organlarning tug'ma nuqsonlari bilan birga kechadi.

2.2. Umumiy ta'rif: Kindik oqmalari tarqalishi bo'yicha aniq statistik ma'lumotlar yo'q, bu kasallikning to'liqsiz shakllarini aniqlash murakkabligi va aniq diagnostik mezonlarning yo'qligi bilan bog'liq. Kasallanishda jinsiy va irqiy farqlar aniqlanmagan. Amaliy neonatologiyada mutaxassislar bunday rivojlanish anomaliyalariga kamdan-kam duch kelishadi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kindik zararlanishining eng keng tarqalgan varianti omfalit hisoblanadi. Biroq, oqmalar zamonaviy tibbiyotda o'z ahamiyatini yo'qotmagan va operativ korreksiya usullarini takomillashtirishni talab qiladi.

<https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/umbilical-fistula>

2.3. Klinik tasnif:

Bolalar jarrohligida oqmalarni ularning tuzilishi xususiyatlarini hisobga olgan holda ikki guruhga bo'lish katta ahamiyatga ega. Anomaliya turini o'z vaqtida aniqlash barcha anatomik-funksional buzilishlarni bartaraf etish uchun to'g'ri davolash taktikasini tanlashga yordam beradi. Kindik fistulalarining quyidagi variantlari mavjud:

- **Noto'liq oqma.** Uraxus yoki sariqlik yo'lining kichik bir qismi yopilmasligi natijasida hosil bo'ladi, uzunligi 1-2 sm bo'lib, ko'r-ko'rona tugaydi. Tug'ma nuqsonning qulayroq va oson davolanadigan varianti hisoblanadi.

- **To'liq oqma.** Sariqlik yoki siydik yo'lining (uraxus) butun uzunligi bo'ylab obliteratsiya yo'qligida shakllanadi, shuning uchun qorinning ichi bo'sh organlari bilan aloqaga ega bo'lishi shart. Oldingi klinik shaklga qaraganda ancha kam uchraydi.

3. Usullar, yondashuvlar va diagnostik jarayonlar

3.1. Diagnostik mezonlar:

Kindik oqmasiga gumon qilingan chaqaloqlarni dastlabki ko'rik neonatolog shifokor tomonidan o'tkaziladi, zarurat tug'ilganda bolalar jarrohi tekshiruvga jalb qilinadi. Kindik yarasining yallig'lanishi va patologik ajralmalarning aniqlanishi kengaytirilgan instrumental diagnostikaga ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Tug'ma anomaliya tashxisini tasdiqlash uchun quyidagi tekshiruv usullari qo'llaniladi:

- **Oqmani zondlash.** To'liqsiz oqmada tugmasimon zondni kindik teshigi orqali 1-2 sm chuqurlikka o'tkazish mumkin, shundan so'ng u elastik to'siqqa to'xtaydi. Asbobning qorin bo'shlig'iga chuqur kirishi to'liq oqmaning shakllanganini ko'rsatadi. Tashxisni aniqlash maqsadida xavfsiz kontrast modda bilan fistulografiya bajariladi.
- **Qorin bo'shlig'i a'zolarining UTTsi.** Oqma bir necha santimetr uzunlikdagi gipoexogen shnur shaklida vizuallashtiriladi, u kindikdan orqaga, qorin old devori bo'ylab ketadi. Ultratovush tekshiruvida oshqozon-ichak tizimi a'zolarining yondosh anomaliyalarini ham aniqlash mumkin.
- **Qorin bo'shlig'i rentgenografiyasi.** Qo'shimcha diagnostik ma'lumot olish uchun oqma yo'lga yuboriladigan kontrast modda yordamida nur diagnostikasi tayinlanadi. Tekshiruv to'liq oqmaga gumon qilinganda ko'rsatilgan.
- **Laboratoriya tahlillari.** Bolaning umumiy salomatligini baholash uchun gemogramma, o'tkir faza ko'rsatkichlarini aniqlash bilan qonning biokimyoviy tahlili tayinlanadi. Yiringli ajralmalar mavjud bo'lsa, qo'zg'atuvchini va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash uchun ozuqa muhitlarida ekish o'tkaziladi.

Laboratoriya diagnostika usullari

Laboratoriya diagnostika usullaridan klinik qon tahlili va umumiy siydik tahlili tayinlanadi. Zarurat tug'ilganda qo'shimcha tekshiruvlar tayinlanadi.

3. 2. Differensial diagnostika:

To'liqsiz oqmalarning differensial diagnostikasi kataral va yiringli omfalit bilan o'tkaziladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqni tekshirishda kindik sohasining boshqa anomaliyalarini istisno qilish kerak:

- Mekkel divertikuli;
- qovuq divertikuli;
- uraxus kistalari.

4. Davolash taktikasi: Davolash taktikasi oqma turiga bog'liq. Ba'zida fistulalar adekvat konservativ terapiya bilan o'z-o'zidan yopiladi. U quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin:

- oqma sohasining to'g'ri gigienasi;
- antiseptik, antibakterial preparatlar, fermentlar eritmaları bilan yuvish;
- kollagen gelining in'eksiyalari;

- ikkilamchi mikroob florasining qo‘shilishi va faol yallig‘lanish jarayoni belgilari mavjud bo‘lganda antibakterial, yallig‘lanishga qarshi vositalarni tizimli qo‘llash;
- ozuqa moddalarining yo‘qotilishini korreksiya qilish (parhez, ko‘p suyuqlik ichish, tuzli eritmalar, albumin preparatlari infuziyalari) va boshqalar.

Ko‘p hollarda ushbu patologiyani korreksiya qilish uchun operativ aralashuv zarur:

- yo‘lni kesib olish (uni bo‘yoq bilan bo‘yashadi, so‘ng yonma-yon joylashgan zararlangan to‘qimalar bilan birga olib tashlashadi; yallig‘lanish suyuqligining sifatli oqishini ta‘minlaydigan drenaj yaraga kiritiladi, yara tikiladi);
- hosil bo‘lgan nuqsonni almashtirish bilan fistulani kesib olish (agar patologik qismni olib tashlagandan so‘ng to‘qima yetishmovchiligi aniqlansa, yara bemorning tomir poyasidagi yog‘ to‘qimasi, mushak yoki teri-mushak to‘qimalari loskuti bilan yopiladi);
- zararlangan organning rezeksiyasi (qisman kesib olish).

<https://www.smdoctor.ru/disease/svischi/>

Medikamentoz davolash noto‘liq oqmalarda tanlov usuli hisoblanadi. Yallig‘lanishni bartaraf etish va ikkilamchi bakterial asoratlarning oldini olish uchun oqma yo‘lining tashqi teshigi har kuni antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Kindikning ishqalanishi va namlanishini oldini olish uchun yangi tug‘ilgan chaqaloqlar uchun kindik yarasini ochadigan maxsus kesikli taglikchalardan foydalaniladi. Qulay sharoitlarda obliteratsiya bir necha oy davom etadi.

Konservativ davolash reabilitatsiya davrini tezlashtirish uchun operatsiyadan keyingi davrda bolalarga ko‘rsatiladi. Bu maqsadda operatsiyadan keyingi choklarni muntazam ravishda qayta ishlash va kindik sohasining gigiyeni bajariladi. Ota-onalar kindik yarasini toza tutishlari, imkon qadar uni siydik va axlat massalari bilan ifloslantirishdan saqlanishlari kerak. Go‘dakning holatini hisobga olgan holda tabiiy emizish yoki sog‘ilgan sut (sut aralashmasi) qo‘llaniladi.

Antibiotikoterapiya: «Boshlang‘ich» terapiya preparatlari: - sefalosporinlar 2-3-avlod, - aminoglikozidlar, - aminopenitsillinlar, - makrolidlar;

«Zaxira» preparatlari: - sefalosporinlar 3-4-avlod, - aminoglikozidlar 2-3-avlod, - 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‘riqsizlantiruvchilar: Operatsiyagacha 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 (traxeyani sanatsiya qilish kabi jiddiy tashqi ta’sirlarga javoban simpatik o‘pka vazokonstriksiyasini oldini olish uchun).

- Atrakurium besilat 0,5 mg/kg/soat - Pipekuroniy bromid 0,025 mg/kg/soat.

Operatsiyadan keyingi og‘riqsizlantirish: Fentanilning 5-10 mkg/kg/soat doimiy vena ichiga infuziyasi 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 bilan birgalikda.

Analgetiklar dozasi va yuborish davomiyligi og'riq sindromining og'irligiga qarab individual ravishda tanlanadi.

Bolaning IVL apparati bilan desinxronizatsiyasida sedativ preparatlar yuboriladi: - Midazolam yoki diazepam 0,1 mg/kg/soatgacha (doimiy infuziya bilan).

Gestatsiyaning 35 haftasigacha bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qo'llashdan saqlanish kerak - Fenobarbital (10-15 mg/kg/kun).

Infuzion terapiya va parenteral oziqlantirish:

Ko'pchilik yangi tug'ilgan chaqaloqlarga kuniga 70-80 ml/kg suyuqliklarni vena ichiga yuborish boshlanishi kerak.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda infuziya hajmi va elektrolitlar individual hisoblanishi kerak, postnatal hayotning dastlabki 5 kunida kuniga 2,4-4% tana vazni yo'qotilishiga yo'l qo'yiladi (jami 15%). Natriy qabuli postnatal hayotning dastlabki bir necha kunida cheklanishi va diurez boshlangandan so'ng suyuqlik balansi va elektrolitlar darajasini diqqat bilan nazorat qilgan holda boshlanishi kerak.

Agar gipotenziya yoki yomon perfuziya bo'lsa, 10-20 ml/kg 0,9% natriy xlorid bir yoki ikki marta yuborilishi kerak.

KERAKLI ELEKTROLIT HAJMINI HISOBLASH

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

NATRIY DOZASINI HISOBLASH:

- Natriyga ehtiyoj 2 mmol/kg/kunni tashkil etadi
- 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 ni o'z ichiga oladi

GIPONATRIEMIYANI KORREKSIYA QILISH (Na < 125 mmol/l)

10% NaCl hajmi (ml) = (135 – Kasal Na) × tana massasi × 0.175

KALIY DOZASINI HISOBLASH:

- Kaliyga ehtiyoj 2 – 3 mmol/kg/kunni tashkil etadi
- Gipokaliemiya < 3,5 mmol/l, < 3,0 mmol/l xavfli
- Giperkaliemiya > 6,0 mmol/l (gemoliz yo'qligida), > 6,5 mmol/l xavfli (yoki EKGda patologik o'zgarishlar mavjud 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+ ehtiyoji (mmol) × tana massasi × 2

KALSIY DOZASINI HISOBLASH:

- Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda Sa^{++} ehtiyoji 1-2 mmol/kg/kunni tashkil etadi
- Gipokalsiemiya < 0,62 – 0,75 mmol/l (chala tugʻilganlar – ionlashgan Sa^{++})
- Giperkalsiemiya > 1,25 mmol/l (ionlashgan Sa^{++})
- 1 ml 10% kalsiy xlorid 0,9 mmol Sa^{++} ni oʻz ichiga oladi
- 1 ml 10% kalsiy glyukonat 0,3 mmol Sa^{++} ni oʻz ichiga oladi

MAGNIY DOZASINI HISOBLASH:

- Magniyga ehtiyoj 0,5 mmol/kg/kunni tashkil etadi
- Gipomagniemiya < 0,7 mmol/l, 1,15 mmol/l xavfli, > 1,5 mmol/l xavfli
- 1 ml 25% magniy sulfat 2 mmol magniyni oʻz ichiga oladi
- Infuzion terapiya hajmi juda oʻzgaruvchan boʻlishi mumkin, lekin baʼzida 100-150 ml/kg/kundan oshadi.
- Adekvat hajmli yuklama yordamida arterial bosimning kerakli darajasini saqlab turish.
- Gipotenziyada OSK ni toʻldirish miokard disfunktsiyasi istisno qilingan boʻlsa, 0,9% natriy xlorid eritmasi bilan 10-20 ml/kg dan (kolloid va kristalloid eritmalar) va inotrop preparatlar – dofamin 5-15 mkg/kg/min, – dobutamin 5-20 mkg/kg/min, – adrenalini 0,05-0,5 mkg/kg/min bilan tavsiya etiladi.
- Gemostatiklar: K vitamini, Ditsinon, Etamzilat natriy.
- Koʻrsatmalarga koʻra: Gemoplazma-albuminotransfuziya.
- Boshqa davolash turlari – yoʻq.

4.3. Xirurgik aralashuv

Operativ aralashuv uchun mutlaq koʻrsatmalar uraxus yoki sariqlik yoʻlining toʻliq oqmalari, konservativ terapiya muvaffaqiyatsiz boʻlgan toʻliqsiz oqmalardir. Bolalar jarrohlarining vazifasi patologik hosilani toʻliq kesib olish, ingichka ichak yoki qovuq devoridagi nuqsonlarni tikishdir. Jarrohlikning rivojlanishining zamonaviy bosqichida kam invaziv laparoskopik operatsiya usullari keng tarqalmoqda.

<https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/umbilical-fistula>

Prognoz va profilaktika

Kindik oqmasi oʻz vaqtida tashxislanganda va jarrohlik davolanishi oʻtkazilganda anatomik anomaliyani toʻliq bartaraf etish mumkin. Bolada ovqat hazm qilish va siydik chiqarish tizimlarining funksiyalari tiklanadi, keyingi rivojlanish yoshga muvofiq kechadi. Profilaktik choralar homiladorlikni ratsional olib borish, homilaga teratogen taʼsirlarni istisno qilish, muddatidan oldin tugʻruqlarning kompleks profilaktikasini oʻz ichiga oladi.

Davolashda qoʻllaniladigan preparatlar roʻyxati (taʼsir etuvchi moddalar):

№	Farmakoterapevtik guruh	Preparatning XPN (Xalqaro Patentlanmagan Nomi)	Qoʻllash usuli	Dalil darajasi
----------	--------------------------------	---	-----------------------	-----------------------

1	Operatsiyadan keyingi ogʻriqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	Morfin gidroklorid, 1%-1 ml	Mushak ichiga	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenlsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
2	Operatsiyadan keyingi ogʻriqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	Fentanil 0,005%	Vena ichiga	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenlsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
3	Operatsiyadan keyingi davrda aralash harakatli analgetiklar.	Tramadol, 100 mg – 2 ml	Mushak ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenlsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
4	2-avlod sefalosporinlar.	Sefuroksim 750 mg dan vena ichiga va mushak ichiga har 8 soatda.	Mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenlsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70

5	3-avlod sefalosporinlar.	Seftazidim, 100 mg/kg har 8-12 soatda.	Vena ichiga	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenlsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
6	3-avlod sefalosporinlar.	Seftriakson 1 g dan vena ichiga va mushak ichiga har 12 soatda.	Mushak ichiga/vena ichiga	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiiya/perecenlsprimenyaemyx-vkhirurgii-i-intensivnoi-terapii70
7	3-avlod sefalosporinlar.	Sefotaksim, eritma tayyorlash uchun 1 g	Mushak ichiga/vena ichiga	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenlsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
8	3-avlod sefalosporinlar.	Sefoperazon 2–4 g dan har 12 soatda.	Mushak ichiga/vena ichiga	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenlsprimenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70

9	4-avlod sefalosporinlar.	Sefepim 2 gr.	Mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimanyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
10	Aminoglikozidlar	Amikatsin 10–15 mg/kg	Mushak ichiga/vena ichiga	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimanyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
11	Ftorxinolonlar	Siprofloksatsin, tab. 250 mg-500 mg, infuziya uchun eritma 0,2%-100 ml	Mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimanyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70
12	Nitroimidazollar	Metronidazol 500 mg/100 ml	Mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimanyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii70

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

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 https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70
2	Qon to'xtatuvchi preparat	Etamizilat, in'eksiya uchun eritma 12,5%-2 ml	Vena ichiga, mushak ichiga operatsiyadan bir soat oldin.	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70
3	To'g'ri ta'sir qiluvchi antikoagulyant (tromblarning oldini olish uchun)	Geparin 5000-1000- ,2000 XB/soat	250-500 mg	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70

4	Diuretiklar	Furosemid, 20-40 mg, in'eksiya uchun eritma 1%-2 ml	Vena ichiga	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70
5	Komponentlar haqida savol	Eritrotsitar massa ko'rsatmaga muvofiq	Vena ichiga sekin	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70
6	Qon komponentlari	Yangi muzlatilgan plazma ko'rsatmaga muvofiq.	Vena ichiga, teri ostiga, mushak ichiga	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-lsprimenyaemyx-v-xirurgii-iintensivnoiterapii-70

Gospitalizatsiya. Gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar: tashxis qo'yilgandan so'ng yangi tug'ilgan chaqaloqni jarrohlik statsionariga shoshilinch gospitalizatsiya qilish talab etiladi.

7.1 Protokolning tashkiliy jihatlari:

7.2 Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi haqidagi ma'lumotlar – yo'q.

7.3 Ekspertlar ma'lumoti (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassisleri):

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

7.5 **Protokol qayta ko'rib chiqish shartlarining kiritilishi:** Protokol ishlab chiqilgandan so'ng 3 yoki 5 yil o'tgach yoki yangi dalil darajasiga ega usullar paydo bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi.

7.6 **Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati (hisobot matnida ko'rsatilgan manbaalarga havolalar majburiy):**

- Adabiyotlar:** 1. Detskaya xirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo/ pod red. Yu.F. Isakova, A.F. Dronova. – 2009.
2. Zabolevaniya koji i podkojnoj kletchatki v periode novorojdenosti/ Loginova I. A. – 2010.
3. Полный свищ пупка, осложненная флегмонозным омфалитом, у ребенка 8 месяцев/ Bodnar B.M., Mikitinskiy S.M. i dr.// Klinicheskaya anatomiya i operativnaya xirurgiya. – T. 12, N2. – 2013.
4. Early diagnosis and treatment of children weeping navel/ Matyakub, Chuliev, et al.// International scientific review. – №2 (33). – 2017.
5. Razumovskiy A.Yu., Alxasov A.B., Batrakov S.Yu. Detskaya xirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Izd-vo «GEOTAR-Media», 2021 g. – 1280 s.
6. Razin M.P., Suxix N.K., Galkin V.N. Detskaya urologiya-andrologiya. Izd-vo «GEOTARMedia», 2011 g.
7. Gorlanov I.A., Milyavskaya I.R., Leina L.M. Detskaya dermatologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. Izd-vo «GEOTAR-Media», 2022 g.
8. Gisak S.N., Rudnev V.I., Zaskin S.Z., Vasilev V.F., Gurvich L.S., Ptisyn V.A. Наружные кишечные свищи у детей // Saratovskiy nauchno-meditsinskiy jurnal. 2007 g. №2.
9. Axparov N.N., Litosh V.E., Oynarbaeva E.A., Suleymanova Saule Baxtyarovna. Пищеводно-бронхиальный свищ у детей как осложнение инородного тела пищевода // Detskaya xirurgiya. 2012. №6.