

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

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

**"МЕКОНИАЛ ИЛЕУС" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА**  
**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**Тошкент - 2025**



**"МЕКОНИЙЛИ ИЛЕУС"НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**Тошкент – 2025**

## 1. Кириш.

Янги туғилган чақалоқларда мекониал илеуснинг долзарблигини ҳисобга олган ҳолда тиббиёт ходимларига илмий асосланган маълумотлар ва тавсиялар бериш, касалликни ташхислаш, жарроҳлик йўли билан даволашда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва жорий қилиш. Ушбу протокол Америка болалар хирургияси ассотсиатсияси [www.eapsa.org](http://www.eapsa.org), Европа болалар хирургияси ассотсиатсияси <http://www.eupsa.info/>, Россия болалар хирурглари ассотсиатсияси <https://www.radh.ru/> клиник тавсиялари асосида ишлаб чиқилган.

### Касалликларнинг халқаро таснифи – КХТ коди (МКБ) -10:

<b>P75*</b>	Мекониал илеус (E84.1+)
	<a href="http://mkb-10.com">http://mkb-10.com</a>

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

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган муассаса:

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

Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқишга ҳисса қўшган иштирокчилар:

Муолажани ташкил этиш бўйича болалар жарроҳлиги соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

<b>Акилов Х.А.</b>	Ўзбекистон Республикаси болалар хирурглари жамияти раиси. Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш марказининг жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги бўлими мудир. Тиббиёт фанлари доктори, профессор.
<b>Абдусаматов Б.З.</b>	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи. Республика кам инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази директори. Тиббиёт фанлари доктори.
<b>Азамходжаев С.Т.</b>	ТошПТИ - урология, болалар урологияси бўлими мудир. Тиббиёт фанлари доктори.
<b>Рахматуллаев А.А.</b>	Тошкент педиатрия тиббиёт институти факултет болалар хирургияси кафедраси мудир
<b>Ергашев Н.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, профессор ТошПТИ шифохонасининг болалар жарроҳлиги бўлими мудир
<b>Асадуллаев Д.Р.</b>	Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази шошилинич болалар хирургияси бўлими шифокори. Тиббиёт фанлари номзоди.
<b>Шамсийев Ж.А.</b>	Дипломдан кейинги таълим бўлими мудир
<b>Сапайев О.К.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, ТТА Урганч филиали болалар жарроҳлиги, анестезиология ва реаниматология кафедраси доценти
<b>Отамуродов Ф.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, ТТА Термиз филиали директори
<b>Умаров К.М.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори

**Муаллифлар:**

<b>Акилов Х.А.</b>	<b>Ўзбекистон Республикаси болалар хирурглари жамияти раиси. Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш марказининг жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги бўлими мудири. Тиббиёт фанлари доктори, профессор.</b>
<b>Примов Ф.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш маркази жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги кафедраси доценти.
<b>Абдусаматов Б.З.</b>	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи. Республика кам инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази директори. Тиббиёт фанлари доктори.
<b>Салимов Ш.Т.</b>	ТТА 1- Умумий ва болалар жарроҳлиги кафедраси профессори
<b>Азамходжаев С.Т.</b>	ТошПТИ - урология, болалар урологияси бўлими мудири. Тиббиёт фанлари доктори.
<b>Бердийев Э.А.</b>	ТТА 1- Умумий ва болалар жарроҳлиги кафедраси ассистенти
<b>Рахматуллаев А.А.</b>	Тошкент педиатрия тиббиёт институти факултет болалар хирургияси кафедраси мудири
<b>Алийев М.М.</b>	ТошПТИ факултатив болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Ергашев Б.Б.</b>	ТошПТИ шифохонаси болалар жарроҳлиги кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
<b>Ергашев Н.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, профессор ТошПТИ шифохонасининг болалар жарроҳлиги бўлими мудири
<b>Хамрайев А.Ж.</b>	ТошПТИ шифохонаси болалар жарроҳлиги кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
<b>Рахматуллаев А.А.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди. ТошПТИ шифохонаси болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Нарбойев Т.Т.</b>	Тиббиёт фанлари доктори. ТошПТИ шифохонаси факултет болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Оллоберганов О.Т.</b>	Тиббиёт фанлари доктори. ТошПТИ шифохонаси факултет болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Асадуллаев Д.Р.</b>	Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази шошилинич болалар хирургияси бўлими шифокори. Тиббиёт фанлари номзоди.
<b>Урманов Н.Т.</b>	Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази болалар шошилинич жарроҳлиги бўлими мудири
<b>Шамсийев Ж.А.</b>	Дипломдан кейинги таълим бўлими мудири
<b>Атакулов Ж.О.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт университети 1-сон болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Мирзакаримов Б.Х.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Андижон тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудири, профессор.
<b>Сапайев О.К.</b>	тиббиёт фанлари доктори, ТТА Урганч филиали болалар жарроҳлиги, анестезиология ва реаниматология кафедраси доценти
<b>Отамуродов Ф.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, ТТА Термиз филиали директори
<b>Ваҳидов А.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, ТТА "Термиз" филиали болалар жарроҳлиги, урология, анестезиология ва реаниматология кафедраси профессори
<b>Ешкабилов Ш.Д.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази директори ўринбосари

<b>Умаров К.М.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>Сафаров А.З.</b>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>Абдуазизов М.А.</b>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>НАсиров М.М.</b>	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра
<b>Худайберганова А.Б.</b>	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра

**Такризчилар:**

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

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон болалар хирурглари ассотсиатсияси, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, вилоят муассасалари шифокорлари иштирокида ўтказилган ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари - Х.А. Акилов- Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш маркази хирургия ва болалар хирургияси кафедраси мудири Ўзбекистон Республикаси Болалар хирурглари жамияти раиси. Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази илмий кенгашида кўриб чиқилди ва маъқулланди. 2023-йил 30-март, 5-сон баённома.

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

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

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

Баённомада ишлатиладиган қисқартмалар:

<b>ЮИТ</b>	<b>Юқори ичак тутилиши</b>
<b>МИ</b>	Мекониал илеус
<b>МП</b>	Мекониал перитонит
<b>ОИТ</b>	Ошқозон ичак тракти
<b>СЎВ</b>	Сунъий ўпка вентилятсияси
<b>ИД</b>	Интенсив даволаш
<b>ИФТ</b>	Иммонофермент таҳлил
<b>КИМ</b>	Кислота-ишқор мувозанати
<b>МВ</b>	Механик вентилятсия
<b>МРТ</b>	магнитно-ядерная томография
<b>НСГ</b>	Нейросонография
<b>УҚТ</b>	Умумий қон таҳлили
<b>УПТ</b>	Умумий пешоб таҳлили
<b>ОАЙ</b>	Очиқ артериал йўлак
<b>АЙҚХ</b>	Айланиб юрувчи қон ҳажми
<b>ПЗР</b>	полимераза занжир реакцияси
<b>РДС</b>	респиратор дистресс синдром
<b>НЙДМБ</b>	нафас йўлларидаги доимий мусбат босим
<b>СРО</b>	С-реактив оксил
<b>ҲОС</b>	ҳаво оқиши синдроми
<b>ОБИ</b>	оғир бактериал инфекция
<b>ТТ</b>	янги туғилган чақалоқларнинг транзитор тахипноеси
<b>ФГДС</b>	фиброгастроуденоскопия
<b>НОС</b>	нафас олиш тезлиги
<b>ЮТ</b>	юрак уриши тезлиги
<b>ЕхоКГ</b>	эхокардиография
<b>Ер</b>	еритросит
<b>FiO2</b>	бериладиган кислород концентратсияси
<b>Нб</b>	гемоглобин
<b>Нт</b>	гемотокрит
<b>L</b>	лейкотсит

**Ушбу ташхис/касаллик баённомасидан фойдаланувчилар:**

- Болалар жарроҳлари;
- Педиатрлар;
- Гастроентерологлар
- Генетика
- Шифокорлар - катталар жарроҳлари;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари

**Беморлар тоифаси:**

**Диагностика усуллари (диагностик аралашувларнинг) исботланганлик даражаси.**

**Рейтинг шкаласи (РШ)**

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

**Профилактик, терапевтик ва реабилитатсия чораларининг исботланганлик даражаси**

**Баҳолаш шкаласи**

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

**Профилактик, диагностик, даволаш-реабилитатсия тадбирлари (ДРТ) бўйича тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

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

**2. Асосий қисм.**

**2.1. Кириш:**

**Этиологияси:** Ионларнинг трансмембран транспорти учун зарур бўлган хужайра деворининг калсийга боғлиқ бошқарувчи оксилани кодловчи ген мутатсияси натижасида

ошқозон ости безининг патологик эпителий билан қопланган тубуляр тизимдан секретнинг эвакуацияси бузилади. Ичак ва нафас йўллари эпителиал хужайраларининг зарарланиши ҳам кузатилади. [<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1681775>].

Муковитсидоз билан оғриган беморларда меконий албумин миқдорини оширади, углеводлар ва ошқозон ости беги ферментлари миқдорини камайтиради, бу эса унинг ёпишқоқлигини оширади. Ичак секретор аппаратининг зарарланиши қуюқ ёпишқоқ шилимшиқ ишлаб чиқарилишида намоён бўлади, бундан ташқари, меконийдан суюқлик сўрилиши сезиларли даражада кучаяди. Меконий илеус ривожланишининг яна бир механизми ичак моторикасининг бузилиши бўлиб, у меконий пассажининг секинлашиши ва суюқлик сўрилишининг кучайиши билан намоён бўлади. [[https://www.academia.edu/44502808/The\\_Developing\\_Human\\_Clinically\\_Oriented\\_Embryology\\_by\\_Keith\\_L\\_Moore](https://www.academia.edu/44502808/The_Developing_Human_Clinically_Oriented_Embryology_by_Keith_L_Moore)].

Ингичка ичакнинг меконий билан тўлиб кетиши ҳомилада она қорнидаёқ турли асоратларни келтириб чиқариши мумкин - изоляцияланган қовузлоқнинг буралиши ва ичак атрезиясининг шаклланиши, перфоратсия ва мекониал перитонитнинг ривожланиши. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902836/>].

## **2.2. Умумий таъриф:**

Меконий илеус - ичак бўшлиғининг ёпишқоқ қуюқ меконий билан обтуратсияси натижасида юзага келадиган туғма ичак тутилиши. Меконий илеуси 1:10 000 - 16 000 тирик туғилган чақалоқларда учрайди; у туғма ичак тутилишининг барча ҳолатларининг 9-33% ни ташкил қилади. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902836/>]. Кузатишларнинг 95 фоизида меконийли илеус меъда ости безининг кистоз фибрози (муковиссидоз) билан бирга кечади, бироқ у бўлмаганда ҳам ривожланиши мумкин. Чақалоқлик даврида муковиссидоз меконийли илеус билан оғриган беморлар орасида болаларнинг 10-15% азият чекади. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8303613/>]. Ёпишқоқ меконийнинг ошқозон ости безидаги ўзгаришлар билан комбинатсияси биринчи марта 1905-йилда Т. Landsteiner томонидан қайд этилган [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840057/>]. 1936-йилда Г.Фансони биринчи марта "кистоз фиброз"ни сурункали ўпка касаллиги ва ошқозон ости безининг экзокрин етишмовчилиги комбинатсиясини тавсифлаш учун қўллаган. Кейинги йилларда бир қатор тадқиқотлар ўтказилди, уларнинг натижасида касалликнинг аутосом-ретсессив табиати аниқланди, пре- ва постнатал диагностика тамойиллари ишлаб чиқилди. Катта ёшли аҳолининг 2,6-3,6%и 7-хромосомада хариталанган муковиссидоз генининг гетерозиготали ностеллари ҳисобланади. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2273425/>] 75% ҳолларда муковиссидознинг сабаби Делта Ф508 генининг мутатсияси ҳисобланади. Агар бу мутатсия ота-онанинг иккаласида ҳам учрамаса, ҳомилада кистоз фиброз хавфи етарлича паст - 1:4000. Ота-онанинг иккаласи ҳам ташувчи бўлган ҳолларда, ҳомилада кистоз фиброз ривожланиш хавфи 1:20 ни ташкил қилади.

## 2. 3. Клиник таснифи:

Ҳозирги вақтда мекония касаллиги вариантларининг имкониятлари яхши маълум бўлиб, улар [<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1681775>] диаграммасида уч турга ажратилган:



## 3. Методлар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари.

### 3.1. Диагностика мезонлари:

#### Шикоятлари ва анамнез.

Пренатал диагностика МИнинг пренатал диагностикаси фақат ушбу патологияга хос бўлган типик ва характерли белгиларга эга эмас.

----Бироқ, ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан 24-ҳафтасигача ичак бўйлаб ўтказувчанликнинг бузилиши белгилари пайдо бўлиши мумкин - ичак қовузлокларининг кенгайиши, ичак таркибининг гиперехогенлиги, кўп сувлилик.

----Ҳомиланинг муковисцидоз билан касалланган қисмида ўт пуфаги кўринмайди.

Ҳомилани сонографик текшириш билан шуғулланадиган врач-перинатологлар бошқа кўпгина ривожланиш нуқсонларида ҳам шунга ўхшаш манзарани кўрадилар. Масалан, ҳомиладорликнинг худди шу муддатларида ичак қовузлокларининг кенгайиши ичак атрезиясида пайдо бўлади, ичакнинг гиперехогенлиги Даун синдроми ва ситомегаловирус инфекцияси учун хосдир ва ўт пуфагининг визуализацияси йўқлиги билиар атрезия, ўт пуфаги аплазиясининг белгиси бўлиши мумкин. Мана шу симптомларнинг ҳаммасини маълум қисқа муддат ичида соғлом ҳомилада ҳам кўриш мумкин. Шундай қилиб, санаб ўтилган симптомларнинг аниқланиши ривожланиш нуқсонлари шаклланиши хавфи сифатида қаралиши керак, уларни аниқлаш эса ҳомиладор аёлни синчковлик билан кузатишни талаб қилади. Ноқулай оилавий анамнезда ёки сонография маълумотларига кўра, ҳомилада ошқозон-ичак тракти тутилишининг

кучайиши ҳолатида хорионбиопсия ёки амниотсентез ўтказиш ва ҳомила атрофи сувлари ва йўлдош тўқимасини муковиссидоз гени мавжудлигига текшириш, шунингдек, ипак фосфатазаси изоензимларини аниқлаш тавсия этилади. Бу усул ҳомиладорликнинг 18-20-ҳафтасидан бошлаб қўлланилиши мумкин.

Ҳомила қорин бўшлиғида калсификатларнинг тўсатдан пайдо бўлиши, эркин қорин бўшлиғида гиперехоген суюқлик ёки қуюқ таркибли кистанинг пайдо бўлиши МИ асоратлари - бачадон ичи ичак перфоратсияси ва МП пайдо бўлганлигини кўрсатади. МП фетопатия ҳисобланади, шунинг учун ултратовуш текширувида анча кеч ташхисланади ва қуйидаги белгилар билан тавсифланади.

----- Ичак қовузлоқларининг кенгайиши - МП даракчиси - ҳомиладорликнинг 26-30-ҳафтасидан бошлаб кўриш мумкин.

-----Ҳомиладорликнинг 32-ҳафтасидан кейин пайдо бўладиган калсификатлар (меконий эркин қорин бўшлиғига тушгандан 48 соат ўтгач калсификатсияланади), суюқликнинг юқори эхотенос зичлиги билан ассит, гиперехоген суспензия билан кистоз тузилмалар ёки ушбу аломатларнинг комбинатсияси.

#### **Физикал текширув:**

----МИнинг асоратсиз шакли кўпинча бола ҳаётининг 1-2-кунларида тўлиқ КН манзараси билан намоён бўлади - қорин шишган, чўзилган хамирсимон констенсияли ичак қовузлоқлари контурланади, ошқозонда димланган суюқлик аниқланади, меконий чиқмайди. Ичак обструкциясининг энгил даражаси камроқ учрайди, бундай обструкцияни клизмалар ёрдамида бартараф этиш мумкин. Клиник жихатдан у "меконий тикени" синдромига ўхшайди.

----МИнинг асоратланган шаклида, яъни МПда, клиник кўриниш тезроқ ривожланади: юқорида санаб ўтилган КН белгиларидан ташқари, бола ҳаётининг дастлабки соатларидан бошлаб интоксикатсия тез ўсиб боради, шошилиш ёрдам кўрсатилмаса, кўп аъзолар етишмовчилиги юзага келиши мумкин.

#### **Лаборатория текширувлари:**

Энг ишончли маълумотларни муковиссидозга қуйидаги тестларни ўтказишда олиш мумкин.

-----Қон доғлари ("қуруқ доғ" усули) ёки дезоксирибонуклеин кислота (ДНК) намуналарини муковиссидоз генининг асосий мутатсияларига текшириш.

-----Гибсон ва Кукнинг тер тести (тер электролитларини ўрганиш) - пилокарпин билан электрофорез ёрдамида терлашни рағбатлантириш ва кейинчалик тердаги хлоридларни аниқлаш. Тер безлари секретиди натрий хлориднинг концентратсияси нормада 40 ммол/л дан ошмайди. Хлоридлар концентратсияси 60 ммол/л дан юқори бўлганда муковиссидоз ташхиси эҳтимолий, хлоридлар концентратсияси 100 ммол/л дан юқори бўлганда эса ишончли ҳисобланади.

-----Копрологик текширув - оксил, кўп миқдорда нейтрал ёғни аниқлаш муковиссидоз учун мутлақо хос эмас, аммо қўшимча текширувни талаб қилади.

### **Инструментал текширувлар:**

Вертикал ҳолатда бажарилган обзорли рентгенограммада МИнинг асоратланмаган шаклида ичакнинг бир неча горизонтал сатҳлар билан кенгайиши ва ичак қовузлоқларининг нотекис пневматизацияси - қорин бўшлиғининг пастки қисмида ичак қовузлоқларининг газ билан тўлишининг пасайиши аниқланади. МИ билан оғриган болаларнинг бир қисмида қориннинг пастки қисмида ўнг томонда газ пуфакчалари аниқланади - "совун кўпиги ёки хира шиша" симптоми, бу зич ичак массалари ичида жойлашган газ. Юқорида баён этилган қоидалар бўйича бажарилган ирригографияда "микро-колон" симптоми аниқланади.

МИ билан оғриган боланинг умумий рентгенограммаси ва ирригограммасида ушбу касаллик учун патогномоник бўлган яна бир аломатни - ўнг ёнбош соҳаси проекциясида юмалоқ зич сояларнинг мавжудлигини кўриш мумкин. Булар ёнбош ва йўғон ичакнинг торайган қисмини тўлдириб турувчи "тасбеҳ" шаклидаги зич шиллик шарчалар бўлиб, операция вақтида яхши кўринади.

МИнинг асоратланган шакли билан оғриган боланинг рентген текшируви ҳар доим ҳам пайдо бўлган перфорацияни аниқлашга имкон бермайди, чунки бу асоратнинг пневмоперитонеум каби мутлақ белгиси ҳолатларнинг ярмидан кўпида аниқланмайди. Гап шундаки, перфорация, одатда, ўтиш зонасида, яъни максимал даражада кенгайган олиб келувчи ичакнинг шиллик-оқсилли шарчалар кўринишидаги "тасбеҳлар" билан тўлдирилган тор олиб кетувчи бўлимга ўтиш жойида содир бўлади. Қуюқ ёпишқоқ суюқлик туфайли чаноқ ҳар доим ҳам ичакнинг бу қисмига етиб бормайди, лекин қорин бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик пайдо бўлади.

МИнинг ривожланган асоратларида эркин қорин бўшлиғида гиперехоген суюқлик, унинг ён томонларда тўпланиши, шунингдек калсификатларни кўрсатадиган ултратовуш маълумотлари энг кўп маълумот беради. Буларнинг барчаси олиб келувчи ичакнинг ҳаддан ташқари чўзилган деворининг ишемияси ва некрози, ўтиш зонасида ичак қовузлоқларининг изоляцияланган буралиши ва бошқа ҳомила ичи ёки эрта постнатал асоратлар фониде юзага келган перфорациядан далолат беради.

Шундай қилиб, МИга шубҳа туғилганда, ташхисни аниқлаштириш учун барча болаларга қуйидаги нур ташхиси усуллари қўллаш зарур:

----агар беморнинг аҳволи имкон берса, вертикал ҳолатда ёки боланинг аҳволи жуда оғир бўлса ва беморнинг тана ҳолатини ўзгартиришга имкон бермаса, латерал ҳолатда қорин бўшлиғининг умумий рентгенограммаси;

----тўғри проекцияда ирригография (ирригоскопия);

----Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси УТТ.

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

- генетика - туғма ривожланиш нуқсони мавжудлиги,
- кардиолог - юрак-қон томир тизими томонидан ёндош патологияни истисно қилиш,
- невролог - асфиксия мавжудлиги (кўрсатмаларга кўра).

### **3. 2. Дифференциал диагностика:**

Меконийли илеусни туғма ичак тутилишининг бошқа шаклларида, шунингдек, пневмония, сепсис ва инфекция токсикоздаги ичак парезидан фарқлаш керак. Мураккаб ҳолларда диагностик лапароскопия ёки лапаротомия ўтказилади ва ичак тутилиши сабаби аниқланади.

#### **4. Даволаш тактикаси:**

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

Антенатал ултратовуш текшируви нафақат туғма нуқсонни ташхислаш, балки туғруқ муддати ва усулини аниқлаш имконини беради. СП билан оғриган бола перинатал марказда ёки стационарда туғилиши керак, бу шароитда унга юқори ихтисослаштирилган жарроҳлик Неонатал хизмати максимал даражада яқинлаштирилган. Туғруқ муддати пренатал консилиум томонидан белгиланади. Муддатидан олдинги туғруқ нохуш ултратовуш белгилари мавжуд бўлганда кўрсатилади. Қорин ҳажми катталашган ҳомиланинг айланаси ҳомила бошининг айланасидан анча катта бўлган ҳолларда, шунингдек ҳомилани бачадондан ҳайдаш жараёнида улкан сохта кистанинг ёрилиши хавфи бўлган ҳолларда кесарча кесиш йўли билан туғдиришнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисидаги масала қўйилади.

**Неонатолог тактикаси:** бемор ҳолатини барқарорлаштириш, қорин бўшлиғи аъзолари ва кўкрак қафасининг туғилгандан кейинги умумий рентгенографияси.

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

**Дори-дармонсиз даволаш:** Режим - интенсив терапия ва реанимация палатаси, ТПҚКни тузатишдан олдин тўлиқ парентерал озиклантириш, ошқозоннинг доимий декомпрессияси, операциядан кейинги даврда эрта энтерал озиклантириш.

**Дори-дармонлар билан даволаш:** Ўн икки бармоқ ичак тутилиши шошилиш жарроҳлик ёрдамни талаб қилади.

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

**Оғриқ қолдирувчилар:** Операциядан олдин седатив, оғриқ қолдирувчи ёки мушакларни бўшаштирувчи дориларни инфузион юбориш кўрсатилган: - Диазепам ёки мидазолам 0,1 мг/кг/соат - Тримеперидин 0,1-0,2 мг/кг/соат - Фентанил 1-3 мкг/кг/соат (трахея санатсияси каби жиддий ташқи таъсирларга жавобан симпатик ўпка вазоконстрикциясининг олдини олиш учун). - Атракуриума бесилат 0,5мг/кг/соат - Пипекурония бромид 0,025мг/кг/соат Операциядан кейинги оғриқсизлантириш: Вена ичига доимий равишда фентанил 5-10мкг/кг/соат миқдорда атсетаминофен билан биргаликда ректал ёки вена ичига бир марталик дозада 10-15 мг/кг дан кунига 2-3 марта

ёки метамизол натрий 5-10 мг/кг дан 2-3 марта вена ичига юборилади. Аналгетикларнинг дозаси ва юбориш давомийлиги оғриқ синдромининг ифодаланишига қараб индивидуал равишда танланади. Сунъий нафас бериш аппарати билан бола десинхронизатсиясида седатив препаратлар юборилади: - мидазоламили диазепам 0,1 мг/кг/соат гача (доимий инфузия билан).

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

- Янги туғилган чақалоқларнинг кўпчилигига кунига 70-80 мл/кг миқдорда суюқликларни вена ичига юборишни бошлаш керак.
- Янги туғилган чақалоқларда инфузия ва электролитлар ҳажми индивидуал ҳисобланиши керак, дастлабки 5 кунда кунига тана вазнининг 2,4-4% (умумий 15%) йўқотилишига йўл қўйилади • Натрийни қабул қилиш постнатал ҳаётнинг дастлабки бир неча кунда чекланиши ва диурез бошлангандан сўнг суюқлик мувозанати ва электролитлар даражасини диққат билан кузатиш билан бошланиши керак. Агар гипотензия бўлса ёки перфузияси ёмон бўлса, 10-20 мл/кг 0,9% ли натрий хлоридни бир ёки икки марта юбориш керак.

**ЗАРУР ЭЛЕКТРОЛИТЛАР ҲАЖМИНИ ҲИСОБЛАШ** Натрий ва калийни бола ҳаётининг учинчи суткасидан, калсийни ҳаётининг биринчи суткасидан бошлаб бериш мақсадга мувофиқдир.

**НАТРИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Натрийга бўлган эҳтиёж кунига 2 ммол/кг – Гипонатрийемиа < 125 ммол/л – Гипернатрийемиа > 150 ммол/л, хавфли > 155 ммол/л – 1 ммол (мЕкв) натрий 0,58 мл 10% НаСл – 1 ммол (мЕкв) натрий 6,7 мл 0,9% НаСл 1 мл 0,9% (физиологик) натрий хлорид эритмаси 0,15 ммол/л На сақлайди.

**ГИПОНАТРИЙЕМИЯНИ КОРРЕКСИЯЛАШ** (На < 125 ммол/л) 10% НаСл ҳажми (мл) = (135 - На) × мтана × 0,175

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

**КАЛСИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Янги туғилган чақалоқларда Са<sup>++</sup> га бўлган эҳтиёж кунига 1-2 ммол/кг ни ташкил қилади – Гипокалсийемиа < 0,62 -0,75 ммол/л (чала туғилганлар - ионланган Са<sup>++</sup>) – Гиперкалсийемиа > 1,25 ммол/л (ионланган Са<sup>++</sup>) – 1 мл 10% калсий хлорид таркибида 0,9 ммол Са<sup>++</sup> мавжуд – 1 мл 10% калсий глюконат таркибида 0,3 ммол Са<sup>+</sup> мавжуд.

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

## **МИ нинг асоратланмаган шаклини даволаш консерватив ва хирургик бўлиши мумкин**

### **Консерватив даволаш**

Меконий илеусни консерватив даволаш (терапевтик ирригография) фақат қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

----рентгенологик текширувлар асосида туғма ичак тутилишининг бошқа сабаблари истисно қилинган ҳолда:

----ичак буралиши, ичак некрози, перфоратсияси, перитонит, ичак атрезияси асоратли кечиши белгилари бор ёки йўқ бўлган ҳолатларда;

----боланинг келажакда суюқлик йўқотишини ҳисобга олган ҳолда дастлабки инфузион тайёргарлик ўтказилди ("учинчи" бўшлиқда - ичакда секвестратсия) ва суюқликни парентерал юборишни давом эттириш имконияти мавжуд;

---- олдиндан антибактериал препаратлар билан профилактик даволаш бошланган ҳолатда;

----янги туғилган чақалоқнинг аҳволини хирургик кузатиш таъминланган ҳолатда.

Терапевтик ирригографияда контраст модданинг сувли гиперосмоляр эритмаси қўлланилади, у суюқликни ичак бўшлиғига тортади, меконийли массаларни суюлтиради ва юмшатади.

Контраст модда рентгеноскопия назорати остида катетер орқали тўғри ичакка ёнбош ичакнинг кенгайган қисмларига рефлюкс пайдо бўлгунча ва контрастлангунча аста-секин юборилади, шундан сўнг қорин бўшлиғи аъзоларининг умумий рентгенографияси амалга оширилади (ичак тешилиши истисно қилинади).

Кейин бола шифокор назорати остида бўлади, унга томирли нажас ва қусиш билан қўшимча йўқотишларни ҳисобга олган ҳолда сувсизланишнинг олдини олиш бўйича интенсив чора-тадбирлар давом эттирилади, диурез албатта ҳисобга олинади. Инфузион терапия ҳажми кунига 150 мл/кг дан кам эмас.

Муолажа самараси 24-48 соат ичида ярим суюқ меконийнинг мустақил ажралиши кўринишида юзага келади. Ичакларни яхшироқ бўшатиш учун атсетилсистеин эритмаси билан тозаловчи ҳуқналар ҳам қўлланилади.

Назорат рентгенограммалари меконий эвакуатсияси бошланганидан 8 ва 12 соат ўтгач, ичакнинг бўшатилишини тасдиқлаш ва ичак деворининг кеч перфоратсиясини истисно қилиш учун амалга оширилади.

Биринчи муолажадан сўнг самара бўлмаса ёки унинг натижаси етарли бўлмаса, 12-24 соат оралиғида консерватив чораларни қўллашга яна бир неча бор уриниш мумкин.

Ўтказилаётган терапия фониди сақланиб қолган меконий стази, шунингдек, қорин дам бўлишининг кучайиши, бемор аҳволининг ёмонлашуви ёки ичак перфоратсияси ва перитонит белгилари жарроҳлик аралашувини ўтказишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Консерватив даволашнинг самарадорлиги 65-85% ни ташкил этади. Ичак тузалгандан сўнг ва ителсив терапия тугагандан сўнг, ошқозон-ичак трактининг юқори қисмларида секретни суюлтириш учун ошқозон зондига ҳар 6 соатда 5,0 мл дан 10% атсетилсистеин эритмасини юбориш бошланади.

Ичак тутилиши консерватив йўл билан бартараф этилганидан кейин 48 соат ўтгач, болани овқатлантиришни бошлаш мумкин, бунда албатта панкреатик герментонлар бериб туриш керак.

Консерватив даволаш усулининг дахшатли асорати ичак деворининг тешилиши бўлиб, унинг хавфи муолажани такрорлаш билан ортади. Ирригографиядан 12-48 соат ўтгач, ичак қовузлоқларининг сезиларли даражада ўзгариши ёки ичак шиллиқ қаватининг гиперосмоляр контраст модда билан шикастланиши натижасида ичакнинг бурун тешилиши юзага келиши мумкин.

Некротловчи энтероколитнинг кейинчалик ичак некрози ва перфоратсияси билан ривожланиши, эҳтимол, боланинг инфузион тайёргарлиги етарли бўлмаганда, ичак ичи босими ошганда шиллиқ қаватнинг ишемияси ва микротциркуляциянинг бузилиши билан гиповолемик шокнинг ривожланиши билан боғлиқ.

Асоратларнинг олдини олиш тадқиқот ўтказиш услубига риоя қилиш, рентгеноскопия назорати остида эритмани тўғри ичакка секин юбориш ва етарли интенсив терапиядан иборат.

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

Кўрсатмаларга кўра: Гемо-плазма-албуминотрансфузия Бошқа даволаш усуллари - йўқ.

#### **4.3. Жарроҳлик аралашуви:**

Жарроҳлик даволаш бир неча усулларни ўз ичига олади ва МИ нинг асоратланмаган шакллари тузатишда, муковиссидоз интраоперацион топилма бўлганда, шунингдек, консерватив терапия самарасиз бўлганда ва МИ нинг асоратланган шаклларида қўлланилади.

Туғма ичак тугилишининг ушбу турида жарроҳлик аралашувининг мақсади ичак бўшлиғидаги таркибни эвакуатсия қилишдир. Қуйида МИни даволашда қўлланиладиган замонавий операциялар шарҳи келтирилган.

I. Жарроҳлик йўли билан даволаш даври ингичка ичакнинг кенгайган (обтуратсияланган) қисми билан унинг торайган қисми ўртасидаги ўтиш зонасига қўшалок энтеростома қўйишдан бошланди. Ҳозирги кунгача бу усул жарроҳлар томонидан тез-тез қўлланилади. Операция киндик соҳасида ўнг томондаги кўндаланг лапаротомия ёки циркумумбиликал йўл орқали амалга оширилади. Жароҳатга ингичка ичакнинг кенгайган қовузлоғи чиқарилади ва ичак тутқичи томирларига ишлов берилгандан сўнг, ичак ўтиш зонасида кесилади.

II. МИ нинг асоратланмаган шаклини даволаш учун таклиф этилган кейинги усул - Ж. Микулич бўйича қўш илеостома қўйиш.

III. Ичакнинг ўтиш зонасида энтеротомия ўтказиш, ингичка ичак таркибини интраоператив ювиш ва энтеротомик жароҳатни кўндаланг йўналишда тикиш орқали ичак деворининг бутунлигини тиклаш технологияси ҳам ҳозирги вақтда қўлланилмоқда.

IV. Яқинлаштирувчи ва узоклаштирувчи ичак диаметри ўртасида сезиларли фарқ бўлган ҳолларда, 1968-йилда Ф. Реҳбеин томонидан таклиф қилинган "икки катетерли" илеостома яратиш техникаси муваффақиятли қўлланилади.

V. МИда ичак бўйлаб ўтишни тиклаш учун Бишоп-Кооп ёки Т. Сантулли бўйича Т-симон анастомоз, шунингдек, аппендикостома орқали ичакнинг олиб келувчи қисмини дренажлаш ҳам қўлланилади.

Жарроҳлик йўли билан даволаш беморни операцияга пухта тайёрлаш - эсикозни баргараф этиш, гипербилирубинемия даражасини пасайтириш, гомеостазни тиклашдан кейингина мумкин. Анатозийнинг тавсиясига кўра дори воситаларини вена ичига ва мушак ичига юбориш. Ташхис қўйилгандан сўнг, киндик веналарини катетеризатсия қилиш мумкин эмас. Периферик веноз кириш, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, марказий бўлгани маъқул.

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

### **Чала туғилган чақалоқларда меконийли илеусни даволаш**

#### **Консерватив терапия протоколи МИ:**

----Суюқ парафин (вазелин мойи\*) ёки глитсерол билан ҳуқна (глицерин билан) кунига 2-3 марта.

----Йўғон ичакни кунига 2-3 марта натрий хлориднинг изотоник эритмасига атсетилсистеин (100,0 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасига 2 г) ёки Ёгексол (Омнипак) ни 1:1 нисбатда қўшган ҳолда юқори даражада ювиш, бунда биринчи муолажани электрон-оптик ўзгартиргич экранни назорати остида ўтказган маъқул.

----Кундалик ултратовуш назорати, агар керак бўлса, мумкин бўлган асоратларни ташхислаш учун қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳолатини рентгенологик назорат қилиш.

----Ичакни ювишдан кутилган натижа бўлмаган тақдирда, ошқозонга ёгексол (Омнипак\*) (3 мл) юбориш ва 2, 6, 12 дан кейин рентгенограмма қилиш кўрсатилган. Контраст қўйишдан кейин 24, 36 соат

#### **4.4. Кейинги даволаниш босқичлари:**

Терапия тамойиллари туғма ичак тугилишини даволашдаги тамойилларга мос келади.

Уларга қўшимча сифатида ичак секретини суюлтириш учун ошқозон ва илсостомага астистийстеиннинг 10% ли сувли эритмасини юбориш ва шу эритма билан ичак оқмаларининг олиб келувчи ва олиб кетувчи қисмларини ювиш мумкин.

Энтерал нагрузка озуқа элементларининг яхшироқ ўзлаштирилиши учун оқсил гидролизати асосидаги сутли аралашмалар билан ўтказилади. Дастлабки босқичда яхшиси 2 марта суюлтирилган сут аралашмасини киритиш керак.

Ферментлар оширилган дозада (120 мл тўла қийматли сут аралашмасига 2000-4000 ЭД линаза) юборилади.

Бир қанча ҳолларда ичакнинг проксимал оқмасидан ажралма олиб, кейин уни дистал оқмага юбориш йўли билан эпителийнинг ўсишини кучайтириш ва ичакнинг олиб кетувчи бўлимида бактериялар колонизатсиясининг олдини олиш қўлланилади.

Шунингдек, оқимчанинг олиб кетувчи қисмига оқсил гидролизати асосидаги сут аралашмасини киритиш мумкин.

Ичак оқмалари бирламчи операциядан кейин 2-4 ҳафта ўтгач бартароф этилади.

Қорин олд девори ва думба терисини эҳтиёткорлик билан парвариш қилиш керак, чунки катта дозада ферментларни ўз ичига олган ичак шиллиқ қавати шикастловчи таъсирга эга. Терини ҳимоя қилиш учун рух пасталари ва кремлари, битиш учун эпителизатсияни рағбатлантирувчи геллар ва малҳамлар қўлланилади.

Реконвалессенсия даврида тегишли терапияни улаш учун муковиссидознинг қўшимча диагностикаси (терлаш ёки генетик текширув) зарур.

#### 4.5. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- Ичак пассажиани тиклаш,
- жароҳатнинг бирламчи битиши,
- барқарор вазн ортиши.

Даволашда қўлланиладиган препаратлар (таъсир этувчи моддалар) рўйхати:

№	Фармакологик гуруҳи	Халқаро номи	Қўллаш усуллари	Исботланганлик даражаси
1	Операциядан кейинги даврда оғриқни қолдириш учун наркотик аналгетик.	Морфин гидрохлорид, 1%-1 мл	мушак ичига	<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	Операциядан кейинги даврда оғриқни қолдириш учун наркотик аналгетик.	Фентанил 0,005%	вена ичига	<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>
3	Аралаш ҳаракат аналгетиклари - операциядан кейинги даврда.	Трамадол, 100 мг - 2 мл	мушак ичига	<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	2-авлод сефалоспоринлари.	Сефуроксим 750 мг дан вена ичига ва мушак орасига ҳар 8 соатда.	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
5	3-авлод сефалоспоринлари.	Сефтазидим, 100 мг/кг ҳар 8-12 соатда.	вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6	3-авлод сефалоспоринлари.	Сефтриаксон 1 г дан венага ва мушак орасига ҳар 12 соатда.	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiia/perecen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiia/perecen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
7	3-авлод сефалоспоринлари.	Сефотаксим, эритма тайёрлаш учун 1 г	мушак ичига/вена ичига	<a 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-авлод сефалоспоринлари.	Сефоперазон 2-4 г дан ҳар 12 соатда.	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
9	4-авлод сефалоспоринлари.	Сефепим 2 гр.	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

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

				<a href="#">primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
--	--	--	--	--

**Кўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):**

№	Фармакологик гуруҳи	Халқаро номи	Қўллаш усуллари	Исботланганлик даражаси
1	Антисекретор препарат протон помпаси ингибитори ҳисобланади.	Омепразол.	вена ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> B <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
2	Қон тўхтатувчи препарат	Етамизилат, инъексия учун эритма 12,5%-2 мл	Операцияд ан бир соат олдин вена ичига, мушак орасига.	B <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> B <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
4	Тўғри таъсир қилувчи антикоагулянт (тромбларнинг олдини олиш учун)	Гепарин 5000-1000-2000 ХБ/с	250-500 мг	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> B <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	Диуретиклар	Фуросемид, 20-40 мг, инъексиялар учун эритма 1%-2 мл	вена ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> B <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6	Компонентлар масаласи	Кўрсатма бўйича эритроцитлар масса	вена ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> B <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

7	Қон компонентлари	Янги музлатилган плазма йўриқномага мувофиқ.	Вена ичига, тери остига, мушак ичига,	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-Is-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-Is-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
---	-------------------	--	---------------------------------------	--

**Касалхонага ётқизиш.** Касалхонага ётқизишга кўрсатмалар Янги туғилган чақалокни аниқланган ташхисдан сўнг зудлик билан жарроҳлик статсионарига ётқизиш.

### 7. Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

7.1 Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисида маълумотлар - йўқ.

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

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

7.3. Баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини киритиш: Баённома ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки исботлаш даражасига эга бўлган янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;

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

### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - СПб.: Пит-Тал, 1996. — Т. 1. - С. 366-376.
2. Детская хирургия. Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН Ю.Ф. Исакова, проф. А.Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Караваева С.А., Игнатъев Е.М. Об опыте хирургического лечения ме-кониевого перитонита // Научные ведомости Белгородского государственного университета. - 2012. — № 4 (123). — Вып. 17. — С. 42-47.
4. Караваева С.А., Игнатъев Е.М. Мекониевый перитонит у детей с дуоденальной атрезией // Неонатология, хирургия и перинатальная медицина. — 2012. — Но 2. — С. 120-124.
5. Немилова Т.К., Караваева С.А., Игнатъев Е.М. Мекониевый перитонит: современная трактовка, диагностика, тактика, лечение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2012. — № 4. — С. 108-111.
6. Агертй Х.А., Зисерман А.Ж., Шолленбергер С.Л. А сасе оф перфоратион оф тхе илеум ин а неуборн инфант витх оператион анд ресоверй // Ж. Педиатр. - 1943. - Вол. 22. - П. 233-238.
7. Алан Р. Смитх, Ссотт С. Белл, Снезана Божин эт ал. Эуропеан Сйстис Фибросис Сосиетй Стандардс оф Саре: Бест Прастисе гуиделинес // Ж. оф Сйстис Фибросис. - 2014. - Вол. 13. — П. 23-42.
8. Андерсен Д.Х. Систис фибросис оф тхе панереас анд итс релатион то селиас дисеасе: А слинисал анд патхологис студй // Ам Ж Дис Чилд. - 1938. - Вол. 56. - П. 344-399.

9. Бишоп Ҳ.С., Кооп С.Е. Манагемент оф месониум илеус; ресестион, Роух-эн-Й анастомосис анд илеостомий ирригатион витх пансрeатис энзимес // Анн. Сург. - 1957. — Вол. 145. — П. 410-414.
10. Бомбиери С., Слаустрес М., Де Боеск К. эт ал. Ресоммендационс фор тхе классифисатион оф дисеасес ас СФТР релатед дисордерс // Ж. Сйст. Фиброс. - 2011. - Вол. 10. -
11. Бойд А., Сарачи Р., Азмй А.Ф. эт ал. Гастрографин энемаин месониум илеус: тхе персистент аппроач // Педиатр Сург. Инт. - 1988. - Вол. 3. - П. 139-140.
12. Сарлийле Б.Е., Борowitz Д.С., Глиск П.Л. А ревиeв оф патхопхйсиологй анд манагемент оф фетусес анд неонатес витх месониум илеус фор тхе педиатрис сургеон // Ж. оф Педиатрис Сургерй, - 2012. - Вол. 47. — П. 772-781.
13. Слатвортхй Ҳ.W. Жр, Ҳоуард W.Ҳ., Ллойд Ж. Тхе месониум плуг сйndrome // Сургерй. — 1956. — Вол. 39. — П. 131-142.
14. Сопеланд Д.Р., Ст Петер С.Д., Шарп С.W. эт ал. Диминишинг роле оф контраст энема ин симпле месониум илеус // Ж. Педиатр Сург. - 2009. - Вол. 44. - П. 2130- 2132.
15. Диммитт Р.А., Мосс Р.Л. Месониум дисеасес ин инфантс витх верй low биртх weiгхт // Семин Педиатр Сург. - 2000. - Вол. 9. — П. 79-83.
16. Эллис Д.Г., Слатвортхй Ҳ.W. Тхе месониум плуг сйndrome ревиситед // Ж Педиатр Сург. - 1966. - Вол. 1. - П. 54-61.
17. Эмил С., Нгуйен Тх., Силлс Ж., Падилла Г. Месониум Обструстион ин Эхтремелй Low-Биртх-Weiгхт Неонатес: Гуиделинес фор Диагносис анд Манагемент // Жоурнал оф Педиатрис Сургерй. - 2004. — Вол. 39. — П. 731-737.
18. Эссобар М.А., Гросфелд Ж.Л., Бурдиск Ж.Ж. эт ал. Сургисал сонсидератионс ин сйстис фибросис: а 32-ear эвалуатион оф оутсомес // Сургерй. - 2005. — Вол. 138. — П. 560-572.
19. Фарбер С.Ж. Тхе релатион оф пансрeатис ачйлиа то месониум илеус // Ж. Педиатрисс. —1944. — Вол. 24. -П. 387-392.
20. Гортер Р.Р., Карими А., Слеебоом Чр. эт ал. Слинисал анд генетис чарактеристисс оф месониум илеус ин неуборнс витх анд витхоут сйстис фибросис // Ж. Педиатр Гастроентерол. - 2010. - Вол. 50. - П. 569-572.
21. Ҳаиден Н., Жилма Б., Герхолд Б. эт ал. Смалл волуме энемас до нот асселерате месониум эвасуатион ин верй low биртх weiгхт инфантс // Ж. Педиатр Гастроентерол Нутр. - 2007. — Вол. 44. — П. 270-273.
22. Ҳатанака А., Накаҳара С. Манагемент оф эхтремелй low биртх weiгхт неонатес витх bowel обструстион витхин 2 weekс афтер биртх // Сургерй тодай. - 2014. - Вол. 44. - П. 2269-2274.
23. Ҳиагт Р.Б., Wилсон П.Е. Селиас сйndrome: Тхерапй оф месониум илеус: Репорт оф 8 сасес витх ревиeв оф тхе литературе // Сург Гйнесол Обстет. — 1948. - Вол. 87. — П. 317-327.
24. Жавахеер Ж., Кхалил Б., Плуммер Т. эт ал. Примарй ресестион анд анастомосис фор сомплисатед месониум илеус: а сафе проседуре? // Педиатр Сург. Инт. — 2007. — Вол. 23. — П. 1091-1093.
25. Карими А., Гортер Р., Слеехном С. эт ал. Иссуес ин манагемент оф симпле анд сомплех месониум илеус // Ж. оф Педиатрис Сургерй Инт. - 2011. — Вол. 27. -П. 963-968.
26. Киелей Э. Месониум илеус // Ин: Пури П (ед.) Невборн сургерй, 2нд эди-тион. — Лондон: Арнолд, 2003. - П. 465-471.