

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

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

**“ТУҒМА ЮҚОРИ ИЧАК ТУТИЛИШИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

**Тошкент – 2025**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш  
вазирлиги хузуридаги "Ибтиёт ходимларининг  
касбий малакасини ривожлантириш маркази  
директори, Ўзбекистон Республикаси болалар  
жарроҳлари жамияти раиси, профессор  
Акилов Х.А.

«        »        2025 йил

**«ТУҒМА ЮҚОРИ ИЧАК ТУТИЛИШИ»НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

**«ТУҒМА ЮҚОРИ ИЧАК ТУТИЛИШИ» ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

**Тошкент – 2025**

## 1. Кириш.

Чакалоқларда туғма ўн икки бармоқли ичак тутилишининг долзарблигини ҳисобга олган ҳолда, тиббиёт ходимларига илмий асосланган маълумотлар ва тавсиялар бериш, касалликни ташхислаш ва жарроҳлик даволашда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва жорий этиш. Ушбу протокол Америка педиатрия жарроҳлари ассоциациясининг клиник тавсиялари асосида ишлаб чиқилган [www.эапса.орг](http://www.эапса.орг), Европа болалар жарроҳлиги ассоциацияси <http://www.эупса.инфо/>, Россия болалар жарроҳлари ассоциацияси <http://www.радх.ру/> олинган.

### Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди:

<b>Q 41.0</b>	Ўн икки бармоқли ичак туғма йўқлиги, атрезияс ва стенози
<b>Q 45.1</b>	Халқасимон ошқозон ости бэзи
	<a href="http://МКБ-10.цом">http://МКБ-10.цом</a>

### Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-11 коди:

<b>DA50.0</b>	Ўн икки бармоқли ичак туғма йўқлиги, атрезияс ва стенози
<b>LB21.0</b>	Халқасимон ошқозон ости бэзи
	<a href="http://МКБ-11.цом">http://МКБ-11.цом</a>

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** Баённома 2025 йил ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил;

### Миллий клиник баённома ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Республика болаларнинг кам инвазив ва эндоскопик жарроҳлиги илмий-амалий маркази (РСПСМИЕКДВ), Болалар миллий тиббиёт маркази.

### Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш бўйича болалар жарроҳлиги йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

<b>Акилов Х.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази хирургия ва болалар хирургияси кафедраси мудири. Ўзбекистон Республикаси Болалар жарроҳлари жамияти раиси.
<b>Абдусаматов Б.З.</b>	Тиббиёт фанлари доктори Республика болаларнинг минимал инвазив ва эндоскопик жарроҳлиги илмий-амалий маркази (РСПСМИЕКДВ) директори. ЎЗБЕКИСТОН Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи.
<b>Аъзамхўжаев С.Т.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ урология, болалар урологияси кафедраси мудири
<b>Рахматуллаев А.А.</b>	Тошкент педиатрия тиббиёт институти факултатив болалар хирургияси кафедраси мудири
<b>Эргашев Н. Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ госпитал болалар хирургияси кафедраси мудири, профессор
<b>Асадуллаев Д.Р.</b>	Пх.Д. – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг болалар шошилич хирургияси бўлими шифокори
<b>Шамсиев Ж.А.</b>	Олий ўқув юртидан кейинги таълим кафедраси мудири
<b>Сапаев О.К.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТМА Урганч филиали болалар хирургияси, анестезиология ва реанимация кафедраси доценти
<b>Отамуродов Ф.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТМА Термиз филиали директори

**Умаров К.М.**

Тиббиёт фанлари номзоди Болалар Миллий Тиббиёт Маркази умумий хирургия бўлим врач ординатор

**Муаллифлар рўйхати:**

<b>Акилов Х.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази хирургия ва болалар хирургияси кафедраси мудир. ЎЗБЕКИСТОН Республикаси Болалар жарроҳлари жамияти раиси.
<b>Примов Ф.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази хирургия ва болалар хирургияси кафедраси доценти .
<b>Абдусаматов Б.З.</b>	Тиббиёт фанлари доктори Республика болаларнинг минимал инвазив ва эндоскопик жарроҳлиги илмий-амалий маркази (РСПСМИЕКДВ) директори. ЎЗБЕКИСТОН Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи.
<b>Салимов Ш.Т.</b>	ТМА Умумий ва болалар хирургияси кафедраси 1-сонли профессори
<b>Аъзамхўжаев С.Т.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ урология, болалар урологияси кафедраси мудир
<b>Бэрдиев Э.А.</b>	ТМА умумий ва болалар хирургияси кафедраси 1-сонли ассистент
<b>Рахматуллаев А.А.</b>	Тошкент педиатрия тиббиёт институти факултатив болалар хирургияси кафедраси мудир
<b>Алиев М.М.</b>	ТошПТИ факултатив болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Эргашэв Б.Б.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ госпитал болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Эргашэв Н.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ госпитал болалар хирургияси кафедраси мудир, профессор
<b>Хамраев А.Ж.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ госпитал болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Рахматуллаев А.А.</b>	Пх.Д. ТошПТИ госпитал болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Нарбоэв Т.Т.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ факултатив болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Оллобэрганов О.Т.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТошПТИ факултатив болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Асадуллаев Д.Р.</b>	Пх.Д. – Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг болалар шошилинич хирургияси бўлими шифокори
<b>Урманов Н.Т.</b>	Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг болалар шошилинич хирургияси бўлими бошлиғи
<b>Шамсиев Ж.А.</b>	Олий ўқув юртидан кейинги таълим кафедраси мудир
<b>Атакулов Ж.О.</b>	Тиббиёт фанлари доктори Самарқанд давлат тиббиёт университети болалар хирургияси кафедраси 1-сон профессори
<b>Мирзакаримов Б.Х.</b>	Тиббиёт фанлари доктори Андижон тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудир, профессор.
<b>Сапаев О.К.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТМА Урганч филиали болалар хирургияси, анестезиология ва реанимация кафедраси доценти

<b>Отамуродов Ф.А.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТМА Термиз филиали директори
<b>Воҳидов А.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори ТМА Термиз филиали болалар хирургияси, урология, анестезиология ва реанимация кафедраси профессори
<b>Умаров К.М.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди Болалар Миллий Тиббиёт Маркази умумий хирургия бўлим врач ординатор
<b>Сафаров А.З.</b>	Болалар Миллий Тиббиёт Маркази умумий хирургия бўлим врач ординатор
<b>Абдуазизов М.А.</b>	Болалар Миллий Тиббиёт Маркази умумий хирургия бўлим врач ординатор
<b>Насиров М.М.</b>	Болалар Миллий Тиббиёт Маркази умумий хирургия бўлим врач ординатор
<b>Худайбэрганова А.Б.</b>	Болалар Миллий Тиббиёт Маркази умумий хирургия бўлим врач ординатор

### Такризчилар:

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

Клиник баённома олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон болалар жарроҳлари ассоциацияси, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, вилоят муассасалари шифокорлари иштирокидаги якуний Ишчи гуруҳ йиғилишида норасмий келишувга эришилган ҳолда муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

**Ишчи гуруҳ раҳбари**– Акилов Х.А. Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази хирургия ва болалар хирургияси кафедраси мудир. Ўзбекистон Республикаси Болалар жарроҳлари жамияти раиси тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди. 28 май 2025 йил, 51-сонли баённома.

### Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

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

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**Мундарижа:**

<b>1.</b>		<b>Страница</b> 4
<b>2.</b>		Страница 28
<b>3.</b>		Страница 40

**Баённома протоколда фойдаланилган қисқартмалар:**

:

<b>ЮИТ</b>	<b>Юқори ичак тугилиши</b>
<b>ЎБИ</b>	Ўн икки бармоқли ичак
<b>ДА</b>	Дуодэнал атрезия
<b>ДДА</b>	дуодэно-дуодэноанастомоз
<b>ОИТ</b>	Ошқозон-ичак тракти
<b>ЎСНБ</b>	Ўпкага суний нафас бэриш
<b>ИТ</b>	интенсивная терапия
<b>ИФА</b>	иммунофермент анализи
<b>ИКХ</b>	Ишқор-кислотали холат
<b>МВ</b>	Механик вентиляция
<b>МРТ</b>	магнит-резонанс томография
<b>НСГ</b>	нейросонография

<b>УҚА</b>	Умумий қон анализи
<b>УСА</b>	Умумий сийдик анализи
<b>АЁ</b>	Артериал йўлнинг очиқлиги
<b>ҚУЦ</b>	Қоннинг умумий циркуляцияси
<b>РДС</b>	Респиратор дистресс синдром
<b>СРАР</b>	Нафас йўлида мусбат босимни ушлаш
<b>СРО</b>	С-реактив оқсил
<b>ОБИ</b>	оғир бактериал инфекция
<b>ФГДС</b>	фиброгастроудэноскопия
<b>НЧ</b>	Нафас частотаси
<b>ЮУЧ</b>	Юрак уруш частотаси
<b>ЭхоКГ</b>	эхокардиография
<b>Эр</b>	эритроцитлар
<b>Хб</b>	гемоглобин
<b>Хт</b>	гемотокрит
<b>Л</b>	лейкоцитлар

**Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:**

- Болалар жарроҳлари;
- Педиатрлар;
- Шифокорлар - катталар жарроҳлари;
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
- Тиббиёт талабалари, магистрлар, резидентлар ва аспирантлар

**Бэморлар тоифаси:**

Уғма юқори ичак тутилиши ва унинг асоратлари

**Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ДД)**

<b>ДД</b>	<b>Далилларнинг ишонччилик даражаси</b>
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назорат ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала**

ДД	Далилларнинг ишончилилик даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсиялар (РТТ) нинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи**

РТТ	Тавсияларнинг ишончилилик даражаси
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

*2. Асосий қисм.*

**Профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала**

ДД	Далилларнинг ишончилилик даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

## Профилактика, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсиялар (РТТ) нинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

РТТ	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

### 2. Асосий қисм.

#### 2.1. Кириш:

**Этиология:** Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезияси - эрта ҳомила ичи даврида ичак трубкасининг ривожланишининг бузилиши натижасидир. Умуман олганда, панкреатикодуодэнал қисм ошқозон-ичак, сафро ва ошқозон ости бэзи тизимларининг шаклланишини бэлгилайдиган энг катта эмбриологик фаолият соҳасидир. ЎБИ пайдо бўлишининг энг мумкин бўлган назарияси ўн икки бармоқли ичак ҳомила ривожланишининг 5 ва 10 хафталари орасида "қаттиқ" боскичдан ўтади, сўнгра вакуолизация тугагандан сўнг, ичак найчасининг реканализация бўлган дэган фикрга асосланади. содир бўлади [хттпс://www.сцирп.орг/референцэ/референцэспаперс?референцэид=1681775].

Ушбу ҳомила ичи жараёнларнинг бузилиши туғма ўн икки бармоқли ичак тутилишига олиб келади. Ўн икки бармоқли ичак нуқсонининг пайдо бўлиш механизми шунга ўхшаш кўринади. Ўн икки бармоқли ичак дистал олдинги ва проксимал ўрта ичакдан ҳомиладорликнинг 4-хафтаси бошида ривожлана бошлайди. Интраутерин ҳаётнинг 5 ва 6 хафталари оралиғида эпителия хужайраларининг интенсив кўпайиши натижасида ўн икки бармоқли ичакнинг лүмени вақтинча йўқ қилинади. Эпителия хужайраларининг вакуолизацияси ёки дэгенерацияси ҳомиладорликнинг 11-хафтасида содир бўлади ва ўн икки бармоқли ичак бўшлиғининг қайта реканализациясига олиб келади.[хттпс://www.ацадэмиа.эду/44502808/Тхе\_Дэвелопинг\_Хуман\_Цлиницаллй\_Ориэн\_тед\_Эмбрёлогй\_бй\_Кеитх\_Л\_Мооре].

Эмбрионда ўн икки бармоқли ичак инсулт назарияси, шунингдэк, бу ҳодисани тушунтириш учун унчалик қулай бўлмаса-да, ЎБИ нинг ички турларининг пайдо бўлиши учун тахминий гипотеза сифатида қаралади. Ҳалқасимон ошқозон ости бэзи мустақил равишда ўн икки бармоқли ичак блокировкасини келтириб чиқара олмайди, дэб ишонилади, лекин фақат баъзи ҳолларда атрезия ёки ичак лүменининг стенози билан бирга келади. Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезияси бўлган бэморларда ушбу аномалиянинг аниқланиши фақат обструкциянинг сабаби ортиқча бэз тўқималари томонидан лүменининг

ташқи сиқилишида эмас, балки ўн икки бармоқли ичакнинг шаклланишининг бузилиши эканлигини кўрсатади [хттпс://www.нцби.нлм.ниҳ.гов/пмц/артицлес/ПМЦ3902836].

Бу фикр овқат ҳазм қилиш найчасининг эмбрион ривожланишини ўрганиш натижасида олинган маълумотлар билан яхши тасдиқланган. Интраутерин ҳаётнинг 4 ва 8 ҳафталари оралиғида ҳомиланинг қорин ва орқа glandулар примордиялари бирлашиб, ошқозон ости бэзини ҳосил қилади. Ошқозон ости бэзи ҳалқасимон аномалияда қорин бўшлиғида жойлашган бэзининг бир қисми орқа томонга ўтмайди, балки ўн икки бармоқли ичакка маҳкамланади, бу эса ҳалқасимон меъда ости бэзининг ҳосил бўлишига олиб келади ва ошқозон ости бэзининг тушаётган қисми атрофида чўзувчи структура ҳосил қилади. ўн икки бармоқли ичак. Шуни ҳисобга олиш керакки, Ж.Жона ва Р.Бэлиннинг фикрига кўра, ҳалқали ошқозон ости бэзи ва ўн икки бармоқли ичак атрезияси бўлган бэморларда кўпинча дистал ўт йўллариининг аномалиялари мавжуд бўлиб, улар бэз ҳалқаси устида ҳам, пастда ҳам пайдо бўлиши мумкин [хттпс://пубмед.нцби.нлм.ниҳ.гов/959972]. Бошқа муаллифлар проксимал йўллариининг биргаликдаги малформациялари - ўт йўллариининг атрезияси, ўт пуфагининг агенези, умумий ўт йўллариининг кисталари ҳақида хабар беришади. [хттпс://пубмед.нцби.нлм.ниҳ.гов/17508216].

Туғма ўн икки бармоқли ичак тутилиши ташқи ва ички сабабларга кўра юзага келиши мумкин. Обструкциянинг ички турлари одатда ичак бўшлиғининг классик атрезияси, стеноз, интралуминал мембрана ёки шамол аномалияси сифатида намоён бўлади - ўн икки бармоқли ичакнинг дистал сегментининг лўменине об-ҳаво пардаси шаклида пролапсланган чўзилган мембрана. Ўн икки бармоқли ичакнинг ташқи обструкцияси ошқозон ости бэзи ҳалқаси, малротация ёки преудоднал портал венаси туфайли бўлиши мумкин. Ўн икки бармоқли ичакнинг обструкцияси пре-гипостампуляр шаклларда пайдо бўлиши мумкин. Иккинчиси жуда тез-тез кузатилади ва чақалоқларнинг 85 фоизида аниқланади. Тўлиқ обструкция бўлса, катталашган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг проксимал қисми аниқланади. Ошқозоннинг пилорик қисми одатда гипертрофияланган. Ўн икки бармоқли ичак тутилишини келтириб чиқарадиган мембрана ўн икки бармоқли ичакнинг дистал сегментига тушиб, уни сезиларли даражада кенгайтириб, ичак тутилишини топишда муаммо туғдирганда, обструкция жойидан дисталда жойлашган ичак қулаб тушган ҳолатда бўлади, бу атрезиянинг ноёб шакллари бундан мустасно. тўсиқнинг ҳақиқий жойи [хттпс://пубмед.нцби.нлм.ниҳ.гов/5675919].

## **2.2. Умумий таърифи:**

Туғма ўн икки бармоқли ичак тутилиши барча ичак атрезияларининг 50% ни ташкил қилади ва янги туғилган чақалоқларда жуда кенг тарқалган жарроҳлик муаммоси. Аномалия 7-10 минг туғилиш учун камида 1 та ҳолатга тўғри келади [хттпс://www.нцби.нлм.ниҳ.гов/пмц/артицлес/ПМЦ3902836/]. Ушбу касалликнинг ирсий шакллари ҳақида жуда кам хабарлар мавжуд. Шу билан бирга, ўн икки бармоқли ичак атрезияси билан бирга келадиган малформацияларнинг юқори частотаси маълум, бу уни бошқа туғма ичак тутилиши турларидан ажратиб туради. [хттпс://пубмед.нцби.нлм.ниҳ.гов/8303613/]. Энг изчил, ўн икки бармоқли ичак тутилиши барча ҳолатларнинг тахминан 30%, Довн синдроми қайд этилади, ва кейин, аномалиялар аниқлаш камади, дэб, малротатион, туғма юрак нуқсонлари, қизилўнгач атрезиси, буйрак патологияси ва анал атрези. Билан боғлиқ малформациялар одатда операциядан кейинги

курснинг прогнозини аниқлайди. Ўн икки бармоқли ичак ва қизилўнгач атрезияси бўлган бэморларда юқори ўлим кўрсаткичлари қайд этилган [[хттпс://пубмед.нцби.нлм.них.гов/25840057/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840057/)]. Юрак нуқсонлари, кўпинча тўлиқ атриовентрикуляр септал нуқсон, ўн икки бармоқли ичак атрезияси билан боғлиқ энг кенг тарқалган аномалиялар бўлиб, баъзида операциядан кейинги ўлимга олиб келади. Н. Спигланд ва С. Язбэк [[хттпс://пубмед.нцби.нлм.них.гов/2273425/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2273425/)] иши ДА ва ўт йўллари аномалиялари, жумладан, ўт йўллари атрезиясининг комбинациясининг юқори (12%) тез-тезлигини кўрсатади. Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезиясини жарроҳлик даволаш одатда лапаротомия ва яқинда лапароскопия ёрдамида амалга оширилади.

### **2. 3. Клиник классификация:**

Конженитал ўн икки бармоқли ичак тутилиши анъанавий равишда С.В.га Грей ва Ж.Э. Скандалакис кўра 3 типга таснифланади. [[хттпс://www.сцирп.орг/референцэ/референцэспаперс?референцэид=1681775](https://www.сцирп.орг/референцэ/референцэспаперс?референцэид=1681775)]:

– II тип (энг кенг тарқалган) одатда мушак дэворининг нормал тузилишига эга бўлган, олиб келувчи ва олиб кетувчи сегментлари учун умумий бўлган мембрана билан ифодаланади;

– III тип ўн икки бармоқли ичакнинг кўр сегментлари ўртасида мушак мембраналарининг ажралиши билан қисқа толали шнурнинг мавжудлиги билан тавсифланади.;

– IIII тип (камроқ) ўн икки бармоқли ичак сегментларининг тўлиқ ажралишини кўрсатади. Ўн икки бармоқли ичак тутилишининг ушбу анатомик вариантыда кўпинча кўплаб атрезиялар кузатилади, бу эса гидротест ёрдамида дистал ингичка ичакни интраоператив текширишни талаб қилади.

## ***3. Усуллар, ёндашувлар ва таххислаш жараёнлари.***

### **3.1.Ташхислаш мезонлари:**

#### **Шикоят ва анамнез.**

Пренатал диагностика: ЙИТнинг пренатал диагностикаси ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг кенгайганлигига мос келадиган полихидроамнион ва кўш қовуқ симптомини аниқлашга асосланади. Ўн икки бармоқли ичакнинг ривожланиш нуқсонининг шаклланиши интраутерин ҳаётнинг тахминан 12-14 хафталигида содир бўлади, шунинг учун бу аномалияни эрта аниқлаш имконияти йўқ.

Физикал текширув: энг эрта ва энг доимий аломат қусишдир. Агар ўн икки бармоқли ичак катта сўрғич устида тикилиб қолса, қусиш туғилгандан сўнг тез орада пайдо бўлади, қусиш миқдори кўп бўлади ва унда сафро аралашмаси йўқ. Баъзан, юқори ичак тутилиши бўлган болалар одатда меконий ўтади. Агар обструкция ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичидан юқорида жойлашган бўлса, унда меконюмнинг миқдори ва ранги нормалдир, унинг ўтиши 3-4 кунгача кечикиш билан кузатилади. Тана вазнининг

прогрессив йўқолиши билан тавсифланади. Иккинчи кундан бошлаб сувсизланиш ходисалари аниқ ифодаланган. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг кенгайиши туфайли қорин юқори бўлимларда катталашган. Биринчи кунларда сиз перисталтиканинг тўлқинларини кўришингиз мумкин. Кучли қусишдан кейин эпигастрал соҳадада шишиш камаяди. Пастки қориннинг бироз орқага тортилиши мавжуд.

#### **Лаборатория текширувлари:**

Биокимёвий қон тахлилида- гипохлоремия характерлидир, нисбат ўзгаради ва К ва На ионларининг сони камаяди. УҚАда эсикоз фониди гематокрит, эритроцитлар ва лейкоцитлар таркибининг ортиши кузатилади.

#### **Инструментал текширувлари:**

Қорин бўшлиғининг текис рентгенографияси антеропостериор ва латерал проэкцияларда бола тик ҳолатидадир - ўн икки бармоқли ичакнинг атрезиясида суюқликнинг горизонтал даражасига эга бўлган иккита газ пуфакчалари кўринади, бу ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг кенгайтирилганлигига мос келади. Қорин бўшлиғининг пастки қисмларида газ бутунлай йўқ. Агар рентген тасвири ноаниқ бўлса, рентген контрастини текшириш керак. ЙИТга шубҳа қилинган болаларда рентген текширувини ўтказишдан олдин сиз ошқозонни текширмаслигингиз ёки хўқна қилмаслигингиз керак, чунки бу рентген тасвирининг маълумотлар таркибини камайтириши мумкин! Аммо, агар ошқозон текширилса, рентгенографиядан олдин проба орқали ошқозонга ҳаво киритилиши ва 15-20 дақиқа давомида ёпилиши ва текширув рентгенографияси ўтказилиши керак. ФГДС баъзи ҳолларда обструкциянинг сабабини ва даражасини аниқлашга имкон бэради

#### **Мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар:**

- генетика - туғма нуқсоннинг мавжудлиги;
- кардиолог - юрак-қон томир тизимидан бирга келадиган патологияни истисно қилиш;
- невролог - асфиксия мавжудлиги (кўрсаткичларга кўра).

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

Атрезия 12-ти перстной кишки часто приходится дифференцировать от врожденной диафрагмальной грижи, родовой травмы головного мозга. Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезиясини кўпинча туғма диафрагма чурраси, туғма мия шикастланишидан фарқлаш керак.

<b>Юқори ичак тутилиши</b>	<b>Пилороспазм</b>	<b>Туғма диафрагма чурраси</b>	<b>Туғма бош ва орқа мия шикастланиши</b>
Оддий рентгенограммада ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакка мос келадиган иккита катта газ пуфаклари кўринади. Пастки қисмларда газлар аниқланмайди.	Ичаклар бўйлаб газнинг тарқалиши одатда бир хил бўлади, " иккита катта газ пуфаги" аломати йўқ.	Ичаклар бўйлаб газнинг тарқалиши одатда бир хил бўлади ва плевра бўшлиғида жойлашган бўлиб, " иккита катта газ пуфаги " аломати йўқ.	Ичаклар бўйлаб газнинг тарқалиши одатда бир хил бўлади, " иккита катта газ пуфаги " аломати йўқ.

#### **4. Даволаш тактикаси:**

##### **Антинатал тактика ва туғриқ.**

Биргаликда хромосома аномалияларининг пайдо бўлиш хавфини ҳисобга олган ҳолда, ҳомиланинг антинатал даврида зарурий шарт - ота-оналарнинг розилиги билан кордосентез ва ҳомила карётипини кейинги текшириш. Кўп малформациялар ва хромосомали генетик нуқсонларнинг комбинациясида ЙИТ, ота-онанинг розилигидан сўнг, ҳомиладорликнинг 21-ҳафтасидан олдин тиббий сабабларга кўра тўхтатилади. Полигидрамниозли ҳомилада юқори ичак тутилиши бўлса, ҳомиладорликнинг 22-34 ҳафталигида эрта туғилишнинг олдини олиш учун терапевтик амниёсентез тавсия этилади. Ушбу ҳомилалик патологияда Кесерево йўли билан туғдириш кўрсатилмайди.

**Неонатологнинг тактикаси:** бэморнинг аҳволини стабиллаштириш, туғилгандан 3 соат ўтгач, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафасининг оддий рентгенографияси.

**Даволаш тактикаси.** Ота-оналар ёки васийларга ушбу патологияни ва мавжуд даволаш усулларини, уларнинг асоратларини бир вақтнинг ўзида тушунтириш билан психологик ёрдам курсатиш.

**Дори-дармонсиз даволаш:** Режим - интенсив терапия ва реанимация бўлими, туғма нуқсонлар тuzатилгунга қадар умумий парентерал озиклантириш, доимий ошқозон дэкомпрессияси, операциядан кейинги даврда эрта энтерал озиклантириш.

**Дори-дармонлар билан даволаш:** ўн икки бармоқли ичак тутилиши шошилишч операцияни талаб қилмайди.

**Антибиотикотерапия:** "Старт" терапия препаратлари: - 2-3-авлод сефалоспоринлар, - аминогликозидлар, - аминопенициллинлар, - макролидлар; "Захира" препаратлари: - 3-4-авлод сефалоспоринлари, - 2-3-авлод аминогликозидлари, - карбапенемлар, - рифампицин. Ҳар бир неонатал бўлим эрта сепсисни келтириб чиқарадиган патогенлар спектрини таҳлил қилиш асосида антибиотикларни қўллаш бўйича ўз протоколларини ишлаб чиқиши керак.

**Оғриқсизлантириш:** Жарроҳликдан олдин седативлар, аналгетиклар ёки миорелаксация кўрсатилади: - диазепам ёки мидазолам 0,1 мг/кг/соат - тримеперидин 0,1-0,2 мг/кг/соат - фентанил 1-3 мкг/кг/соат (симпатик ўпка вазоконстрикциясини олдини олиш учун) трахеяни тозалаш каби жиддий ташқи таъсирларга жавобан). - Атракуриум бэсилат 0,5 мг/кг/соат - Пипекурониум бромид 0,025 мг/кг/соат Операциядан кейинги оғриқни йўқотиш: фентанилни 5-10 мкг/кг/соат вена ичига ректал ёки вена ичига бир марталик дозада ацетаминофен билан биргаликда юбориш. мг/кг кунига 2 -3 марта ёки метамизол натрий 5-10 мг/кг 2-3 марта томир ичига. Аналгетикларнинг дозаси ва қабул қилиш муддати оғриқ синдромининг оғирлигига қараб индивидуал равишда танланади. Болани вентилятор билан дэсинхронизация қилганда, седативлар қўлланилади: - Мидазолам ёки диазепам 0,1 мг / кг / соатгача (доимий инфузион билан).

Следует избэгать применения у новорождэнних до 35 недэль гестации - Фенобарбитал (10-15 мг/кг/сутки) Инфузионная терапия и парентеральное кормление:

- Гестацион ёшнинг 35 ҳафтасидан кичик бўлган чақалоқларга фенобарбитал (кунига 10-15 мг/кг) инфузион терапия ва парентерал озиклантиришдан сақланиш керак:
- Чақалоқларнинг кўпчилигига кунига 70-80 мл/кг дан инфузия (суюқлик) томир ичига юборишни бошлаш керак.

- Чақалокларда инфузион ва электролитлар миқдори биринчи 5 кун ичида кунига 2,4-4% (умумий 15%) вазн йўқотиш имконини бэрувчи индивидуал тарзда бэлгиланиши керак.
- Натрий баланси ва электролитлар даражасини диққат билан кузатиш лозим, диурезнинг бошланиши билан қуйилади. Агар гипотензия ёки ёмон перфузия бўлса, 10-20 мл / кг 0,9% натрий хлорид бир ёки икки марта юборилиши керак.

**ЭЛЕКТРОЛИТЛАРНИНГ КЕРАК ҲАЖМИНИ ҲИСОБЛАШ** Натрий ва калийни ҳаётнинг учинчи кунидан, калцийни ҳаётнинг биринчи кунидан бошлаб юборишни бошлаш тавсия этилади.

**Натрий дозасини ҳисоблаш** - натрийга бўлган эҳтиёж 2 ммол/кг/кун - Гипонатремия < 125 ммол/Л - Гипернатремия > 150 ммол/Л, хавфли > 155 ммол/Л - 1 ммол (мек) натрий 0,58 НаЦІ дан иборат. ммол (мек) натрий 6,7 мл 0,9% НаЦл 1 мл 0,9% (физиологик) натрий хлорид эритмасида 0,15 ммол НаЦл мавжуд.

**ГИПОНАТРЕМИЯНИ ҚОРРЕКСИЯСИ** (На < 125 ммол/л) Ҳажми 10% НаЦл (мл) = (135 - Напатиэнт) × мбодй × 0,175 **КАЛІЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** - Калийга бўлган эҳтиёж 2-3 ммол/кг/кун < ммол / гипо -5. л, хавфли < 3,0 ммол/л – Гиперкалемия >6,0 ммол/л (гемоллиз бўлмаганда), хавфли > 6,5 ммол/л (ёки ЭКГда патологик ўзгаришлар бўлса) – 1 ммол (мек) таркибида калий мавжуд. 1 мл 7,5% КЦл - 1 ммол (мек) калий 1,8 мл 4% КЦл В (мл 4% КЦл) таркибида мавжуд = К+ (ммол) × мбодй × 2 га эҳтиёж

**КАЛЦИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** - Янги туғилган чақалокларда Са<sup>++</sup> га бўлган эҳтиёж кунига 1-2 ммол/кг ни ташкил қилади - Гипокалсемия < 0,62 -0,75 ммол/л (эрта - ионланган Са<sup>++</sup>) - Гиперкалсемия > 1,25 ммол/л (ионланган Са<sup>++</sup>) - 10% калций хлорид таркибида 0,9 ммолСа<sup>++</sup> - 1 мл 10% калций глюконатда 0,3 ммолСа<sup>++</sup> мавжуд.

**МАГНИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ:** - Магнийга бўлган эҳтиёж 0,5 ммол/кг/кун - Гипомагнезemia < 0,7 ммол/л, хавфли 1,15 ммол/л, хавфли > 1,5 ммол/л - 1 мл 25% магний сульфатида 2 ммол магний мавжуд. инфузион терапия ҳажми жуда ўзгарувчан бўлиши мумкин, лекин баъзида кунига 100-150 мл / кг дан ошади.

Қон босимининг керакли даражасини этарли ҳажмли юк билан сақланг. Гипотензия ҳолатида қон ҳажмини тўлдиришни 10-20 мл / кг натрий хлориднинг 0,9% эритмаси билан, агар миёкард дисфункцияси (коллоид ва кристаллоид эритмалар) ва инотроп дорилар чиқариб ташланса - допамин 5-15 билан тўлдириш тавсия этилади. мкг/кг/мин, - добутамин 5- 20 мкг/кг/мин, – адреналин 0,05-0,5 мкг/кг/мин. Гемостатиклар Вит К Дицинон этамсилат натрий Кўрсаткичларга кўра: Гемо-плазма-албумин қуйиш. Бошқа даволаш турлари - йўқ.

**4.3. Хирургик даво:** Жарроҳлик даволаш фақат бэморни операцияга эҳтиёткорлик билан тайёрлашдан сўнг мумкин - эксикозни бартараф этиш, гипербилирубинемия даражасини пасайтириш, гомеостазни тиклаш. Дори воситаларининг анатомияси бўйича тавсия этилган дориларни томир ичига ва мушак ичига юбориш. Ташхис аниқлангандан сўнг, киндик томирларини катетеризация қилиш контрэндикидир. Периферик веноз кириш, агар контрэндикациялар бўлмаса, марказга афзаллик бэрилади. Ингичка ичакнинг кўр-кўрона тугайдиган бўлимлари ўртасида анастомоз яратиш орқали ичак тугилишининг сабабини аниқлаш, ичак найчасининг яхлитлигини тиклаш.

**ЙИТ Шошилиш операсияга кўрсатмалар (қабул қилинганидан кейин бир неча соат ичида):**

- юқори ичак тутилишининг қизилўнғач атрезияси билан (пастки трахео-қизилўнғач оқмаси билан) комбинацияси - турғун ошқозон таркибини трахеобронхиал дарахтга рефлюкси хавфи юқори;
- юқори ичак тутилишининг қизилўнғач атрезияси билан (трахеозофагиал оқмасиз) комбинацияси - ошқозон ёрилиши ёки ўн икки бармоқли ичак тешилишининг дарҳол таҳдиди.

Даволаш усулини танлаш аномалия турига қараб бэлгиланади. Кўпинча, тўсиқ ўн икки бармоқли ичакнинг вертикал соҳасидан пастки горизонтал соҳасига ўтиш жойида аниқланади. Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезияси ва ҳалқасимон ошқозон ости бэзи учун танланган операция дуодэнодуодэноанастомоздир (ДДА).

**Операция техникаси:** Анъанавий ДДА. Лапароскопик ДДА. Агар ўн икки бармоқли ичакнинг атрезияланган дистал ва проксимал учлари аниқланса, проксимал соҳа дэворида кўндаланг, узунлиги тахминан 1 см бўлган, дистал соҳасида эса бўйламасига кесилади, бу кейинчалик операциядан кейинги даврда ичакда анастомоз стенози ривожланиш хавфини камайтиради. ДДА "учи ёнга" турига кўра, бир қатор чоклар ёки икки қаторли атравматик иплар билан, тугунли ёки узлуксиз чоклар ёрдамида, тугунлари ичкарига қараган ҳолда бажарилади. Агар ДДА ҳосил қилишнинг иложи бўлмаса, ўн икки бармоқли ичак ва оқ ичак ўртасида анастомоз ҳосил қилинади. Агар ўн икки бармоқли ичак мембранаси аниқланса, дуодэнотомия мембранани олиб ташлаш операсияси амалга оширилади.

Муқобил усул - лапароскопик ДДА. Бутун ошқозон-ичак трактининг ревизияси мутлақо мажбурийдир. Операция пайтида 2 та зонд киритилади: дэкомпрессия учун ошқозонга ва оч ичакга. Жарроҳликдан кейинги 3-кунни 2,0 мл/соат тезликда оч ичакдан овқатланиш бошланади. Ўтиш жойи тикланганда, энтерал озикланиш (эмизиш ёки сунъий озиклантириш) бошланади. Мумкин бўлган интероперасион ва операциядан кейинги асоратлар: интероперасион қон кетиш (қон томир аномалиялари билан), ичакга зонд киритиш билан боғлиқ техник муаммолар, анастомоз этишмовчилиги, некротик энтероколит, ҳомила ичи инфекцияси ёки шифохона ичи инфекциянинг кучайиши, операциядан кейинги ичак анастомозининг стенози, ичак (спайка) битишма касаллиги, операциядан жароҳатнинг иккиламчи битиши.

#### **4.4. Кейинги даволаш**

Умумий ҳолатни барқарорлаштириш ва ошқозон-ичак тракти орқали нормал ўтувчанликни тиклашдан сўнг, бола онаси билан бирга бўлимга ўтказилади. Умумий бўлимда энтерал озиклантириш ҳажми аста-секин физиологик эҳтиёжларга мослаштирилади ва инфузион терапия давом эттирилади (инфузия ҳажми озиклантириш ҳажмининг ошишига мутаносиб равишда аста-секин камаяди), антибактериал ва симптоматик терапия.

Операциядан кейинги даврда асоратлар бўлмаса, яра бирламчи ният билан даволанади, 12-14-кунни тикувлар олиб ташланади, лаборатория кўрсаткичлари назорат қилинади ва бола уйга бўшатиш учун тайёрланади. Д-яшаш жойидаги клиникада жарроҳ билан рўйхатдан ўтиш, 3 ойдан кейин ошқозон-ичак трактининг рентгенологик текширувини назорат қилиш.

м/ф учун поликлиникада болалар гастроэнтерологининг кузатуви. Реабилитация ҳар 6 ойдан 3 йилгача яшаш жойида амбулатория шароитида амалга оширилади ва

физиотерапия - КЖ билан электрофорез, қорин олд дэворига парафин қўллаш, массажни ўз ичига олади.

**4.5. Баённомада келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

- ичаклар ўтувчанлигини тикланиши,
- операсио жароҳатни бирламчи битиши,
- вазинга стабил қўшиши.

**Дори воситаси рўхати:** (фаол моддалар) даволашда қўлланилади:

№	Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
1	Операциядан кейинги даврда оғриқсизлантириш учун наркотиканальгетиклар	Фентанил 0,005%	Вена ичига	B <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
2	2-авлод цефалоспоринлари.	Цефутоксим 750 мг дан ҳар 8 соатда.	в/и м/о	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
5	3-авлод цефалоспоринлари.	Цефтазидим, 100 мг/кг ҳар 8-12 соатда.	в/и	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6	3-авлод цефалоспоринлари.	Цефтриаксон 1 г, ҳар 12 соатда.	в/и м/о	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiya/perecens-primenaemyx-v-">https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiya/perecens-primenaemyx-v-</a>

				<a href="#">khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
<b>7</b>	3-авлод цефалоспоринлари.	Цефотаксим 1 г, ҳар 12 соатда.	в/и м/о	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
<b>8</b>	3-авлод цефалоспоринлари.	Цефоперазон 2–4 г ҳар 12 соатда.	в/и м/о	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
<b>9</b>	4-авлодцефалоспоринлари.	Цефепим 2 гр.	в/и м/о	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
<b>10</b>	Аминогликозид	Амикацин 10–15 мг/кг	в/и	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
<b>11</b>	Фторхинолонлар	Ципрофлоксацин, инфузичучунэритма 0,2%-100 мл	в/и	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

12	Нитроимидазол	Метронидазол 500 мг/100 мл	в/и	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
13	Замбуруғларга қарши	Флуконазол 2 мг/мл	в/и	Б <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
14	Антисептик, жароҳатгаасептикишловберишчун.	Повидон-йод 10% раствор	жароҳатгаасептикишловберишчун	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
15	Антисептик	Этанол 70% раствор	жароҳатгаасептикишловберишчун	Б <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

**Қўшимчадорилар рўйхати (100% дан кам фойдаланиш эҳтимоли билан): 2-таблица**

№	Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
1	Протон насос ингибитори	Омепразол.	в/в	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

				<a href="https://lex.uz/docs/6590074">intensivnoi-terapii-70</a>
2	Қон тўхтатувчи препаратлар	Этамизилат, раствор для инъекций 12,5%-2 мл	в/и.	<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>
4	Антикоагулянт (тромб профилактикаси)	Гепарин 5000-1000-2000 МЕ/ч	в/и	<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	Диуретиклар	Фуросемид, 20-40 мг, раствор для инъекций 1%-2 мл	в/и	<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	Компонентларҳақид асавол	Эритроцитар масса	в/и	<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>
7	Қон компонентлари	Кўрсатмаларга мувофиқ янги музлатилган плазма	в/и,	<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>

**Госпитализация.** Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: Бэлгиланган ташхисдан кейин чақалоқни жарроҳлик шифохонасига шошилиш ётқизиш.

## **7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:**

7.1 Манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.

7.2. Экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари)нинг маълумотлари: Тошкент педиатрия тиббиёт олийгоҳи болалар жарроҳлиги кафедраси мудири Рахматуллаев А.А. (хорижий давлатлар мутахассислари)

7.3. Баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини киритиш: Баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;

7.4. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбаларга ҳаволалар керак):

### **Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:**

1. Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Черемнов В.С., Очиров Ч.Б., Звонков Д.А., Ковальков К.А., Полоян С.С., Чубко Д.М., Капуллер В.М., Виноградов К.А. Мультицентровое исследование лапароскопического и открытого лечения дуоденальной атрезии. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021;5:5–13. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20210515>
2. Мокрушина О.Г., Разумовский А.Ю., Шумихин В.С., Левитская М.В., Нагорная Ю.В., Смирнова С.В., Халафов Р.В., Петрова Л.В., Кошко О.В., Эмирбекова С.К. Сравнительная оценка эндохирургического и открытого вмешательства у новорожденных с дуоденальной непроходимостью // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2022. Т. 12, № 1. С. 9–18. DOI:<https://doi.org/10.17816/psaic1002>
3. Щапов Н.Ф., Кешишян Е.С., Екимовская Е.В., Мельник Т.Н., Пыхтеев Д.А. Организация помощи новорожденным с врожденными пороками развития в Московской области. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2023; 68 (1): 123-127. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2023-68-1-123-127>
4. Вах NM, Ure BM, van der Zee DC, van Tuijl I. Laparoscopic duodeno-duodenostomy for duodenal atresia. Surg Endosc. 2001;15 (2):217. doi:10.1007/BF03036283
5. Bethell GS, Long AM, Knight M, Hall NJ; BAPS-CASS. Congenital duodenal obstruction in the UK: a population-based study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2020;105(2):178-183. doi:10.1136/archdis child-2019-317085
6. Hill S, Koontz CS, Langness SM, Wulkan ML. Laparoscopic versus open repair of congenital duodenal obstruction in infants. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2011;21(10):961-963. doi:10.1089/lap.2011.0069
7. Ivanitskaya O, Odegova N, Shchapov N, Tsayuk Y. Band neutrophil sign: A strong first-trimester ultrasound marker of combined duodenal and esophageal atresia. // Prenat Diagn. 2020;10.1002/pd.5848. doi:10.1002/pd.5848
8. Kay S, Yoder S, Rothenberg S. Laparoscopic duodenoduodenostomy in the neonate. // J Pediatr Surg. 2009; 44 (5): 906-908. doi:10.1016/j.jpedsurg.2009.01.025

9. Shchapov N, Kulikov D, Ekimovskaya E, Sergeyeva S, Andreyeva E, Ivanitskaya O. Laparoscopic cystenucleation is a promising technique for treatment of gastrointestinal tract duplications in children // J Pediatr Surg. 2022;S0022-3468(22)00797-7.doi:10.1016/j.jpedsurg.2022.12.025
10. Van der Zee DC. Laparoscopic repair of duodenal atresia: revisited. // World J Surg. 2011;35(8):1781-1784. doi:10.1007/s00268-011-1147-y