

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

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

**"Ҳомила ичи меконийли перитонит" БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ  
НОЗОЛОГИЯСИ**

**Тошкент - 2025**

**"Ҳомила ичи меконийли перитонити" ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**Тошкент - 2025**

**1. Кириш.**

Туғилган чақалоқларда ҳомила ичи меконий перитонитининг долзарблигини инobatга олиб, тиббиёт ходимларига илмий асосланган маълумотлар ва тавсиялар бериш, касалликни ташхислаш, жарроҳлик йўли билан даволашда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва жорий этиш. Ушбу протокол Америка болалар хирургияси ассоциацияси [www.eapsa.org](http://www.eapsa.org), Европа болалар хирургияси ассоциацияси <http://www.eupsa.info/>, Россия болалар хирурглари ассоциацияси <https://www.radh.ru/> клиник тавсиялари асосида ишлаб чиқилган.

### Касалликларнинг халқаро таснифи - НКК коди (МКБ) -10:

Q 78,0	Перинатал даврда ичак перфоратсияси
	<a href="http://mkb-10.com">http://mkb-10.com</a> .

Протокол ишлаб чиқилган ва қайта кўриб чиқилган сана: Протокол 2025 йилда ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2028 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:

**Х.А. Акилов** Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш марказининг жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги бўлими мудир. Ўзбекистон Республикаси болалар хирурглари жамияти раиси.

**Б.З. Абдусаматов** Тиббиёт фанлари доктори, Республика кам инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази директори. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи.

**С.Т. Аъзамхўжаев** Доктор ТошПТИ - урология, болалар урологияси бўлими мудир.

**А.А. Раҳматуллаев** Тошкент педиатрия тиббиёт институти режали болалар хирургияси кафедраси мудир

**Н.Ш. Эргашев** тиббиёт фанлари доктори, ТошПТИ клиникасининг госпитал болалар жарроҳлиги кафедраси мудир, профессор

**Асадуллаев Д.Р.** Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази шошилинич болалар хирургияси бўлими шифокори

**Ж.А. Шамсиев** Битирувдан кейинги таълим бўлими мудир

**Сапаев О.К.** тиббиёт фанлари доктори, ТТА Урганч филиали болалар жарроҳлиги, анестезиология ва реаниматология кафедраси доценти

**Ф.А. Отамуродов** Тиббиёт фанлари доктори, ТТА Термиз филиали директори  
**Умаров К.М.** Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори

Рўйхатга олувчилар:

**Х.А. Акилов** Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт

**ходимларининг малакасини ошириш марказининг  
жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги бўлими мудири.  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ БОЛАЛАР  
ЖАРРОҲЛАРИ ЖАМИЯТИ раиси.**

<b>Примов Ф.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш маркази жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги кафедраси доценти.
<b>Б.З. Абдусаматов</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Республика кам инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази директори. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи.
<b>Салимов Ш.Т.</b>	ТТА Умумий ва болалар жарроҳлиги кафедраси 1-профессори
<b>С.Т. Аъзамхўжаев</b>	Доктор ТошПТИ - урология, болалар урологияси бўлими мудири.
<b>Э.А. Бердиев</b>	ТТА Умумий ва болалар жарроҳлиги кафедраси Но 1 ассистенти
<b>А.А. Раҳматуллаев</b>	Тошкент педиатрия тиббиёт институти режали болалар хирургияси кафедраси мудири
<b>Алиев М.М.</b>	ТошПТИ факультатив болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Б.Б. Эргашев</b>	ТошПТИ шифохонаси болалар жарроҳлиги кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
<b>Н.Ш. Эргашев</b>	тиббиёт фанлари доктори, ТошПТИ шифохонасининг болалар жарроҳлиги бўлими мудири, профессор
<b>Ҳамраев А.Ж.</b>	ТошПТИ шифохонаси болалар жарроҳлиги кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
<b>А.А. Раҳматуллаев</b>	Фан номзоди. ТошПТИ шифохонаси болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Т.Т. Норбоев</b>	Тош тиббиёт фанлари доктори, ФТИ болалар хирургияси кафедраси доценти.
<b>О.Т. Оллоберганов</b>	Тош тиббиёт фанлари доктори, ФТИ болалар хирургияси кафедраси доценти.
<b>Асадуллаев Д.Р.</b>	Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази шошилич болалар хирургияси бўлими шифокори
<b>Ўрмонов Н.Т.</b>	Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази болалар шошилич жарроҳлиги бўлими мудири
<b>Ж.А. Шамсиев</b>	Дипломдан кейинги таълим бўлими мудири
<b>Ж.О. Атакулов</b>	тиббиёт фанлари доктори, 1-сон Самарқанд давлат тиббиёт университети болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Мирзакаримов Б.Х.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Андижон тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудири, профессор.
<b>Сапаев О.К.</b>	тиббиёт фанлари доктори, ТТА Урганч филиали болалар жарроҳлиги, анестезиология ва реаниматология кафедраси доценти
<b>Ф.А. Отамуродов</b>	Тиббиёт фанлари доктори, ТТА Термиз филиали директори
<b>А.Ш. Воҳидов</b>	Тиббиёт фанлари доктори, ТТА "Текрмиз" филиали болалар жарроҳлиги, урология, анестезиология ва реаниматология кафедраси профессори
<b>Эшқобилов 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>А.З. Сафаров</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>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>А.Б. Худайберганова</b>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори

**Такризчилар:**

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

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

Ишчи гуруҳ раҳбари - Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш маркази хирургия ва болалар хирургияси кафедраси мудири Акилов Х.А. 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.Х. - Болалар миллий тиббиёт маркази
2. Абдурахмонов А.А. - Республика болалар кам инвазив ва эндоскопик хирургия илмий-амалий маркази

Ушбу клиник протокол ва стандарт тиббиёт фанлари доктори ўринбосари Ф.Р. Шарипов, тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.К. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори раҳбарлигида ташкилий ва услубий ёрдам кўрсатган ҳолда ишлаб чиқилган. С.А. Убайдуллаева, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Ш.Р.Нуримова, С.К.Усманов ва Г.Т.Жумаева.

**Баённомада ишлатиладиган қисқартмалар:**

<b>БИМП</b>	<b>бачадон ичи меконий перитонити</b>
<b>ОИТ</b>	ошқозон-ичак тракти
<b>ЎСВ</b>	ўпканинг сунъий вентилацияси

<b>ИТ</b>	интенсив терапия
<b>ИФТ</b>	иммунофермент таҳлил
<b>КИХ</b>	кислота-ишқор ҳолати
<b>МШ</b>	механик шамоллатиш
<b>МРТ</b>	магнит-ядро томографияси
<b>НСГ</b>	нейросонография
<b>УҚН</b>	умумий қон таҳлили
<b>УСТ</b>	умумий сийдик таҳлили
<b>ОАЙ</b>	очик артериал йўл
<b>АҚХ</b>	айланаётган қон ҳажми
<b>ПЗР</b>	полимераза занжир реакцияси
<b>РДС</b>	респиратор дистресс синдроми
<b>СРАР</b>	нафас йўлларидаги доимий мусбат босим
<b>СРО</b>	С-реактив оқсил
<b>ҲСЧС</b>	ҳаво сизиб чиқиши синдроми
<b>ОБИ</b>	оғир бактериал инфекция
<b>ТЧТТ</b>	туғилган чақалоқларнинг транзитор тахипноэси
<b>ФГДС</b>	фиброгастродуоденоскопия
<b>НОТ</b>	нафас олиш тезлиги
<b>ЮУТ</b>	юррак уриши тезлиги
<b>ЭхоКГ</b>	эхокардиография
<b>Эр</b>	эритроцитлар
<b>FiO2</b>	берилаётган кислород концентрацияси
<b>Гем</b>	гемоглобин
<b>Гт</b>	гематокрит
<b>Лей.</b>	лейкотситлар

**Ушбу таъхис/касаллик баённомасидан фойдаланувчилар:**

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

**Беморлар тоифаси:**

Ҳомила ичи меконийли перитонити ва унинг асоратлари.

**Диагностика усуллари (диагностик аралашувларнинг) исботланганлик даражаси рейтинг шкаласи (РШ)**

DD	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1.	Эталон усулидан фойдаланган ҳолда назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари.
2.	Референт усули ёки баъзи рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни назорат қилувчи тадқиқотларнинг тизимли

	шарҳлари, мета-таҳлил ёрдамида 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 реабилитация чораларининг исботланганлик даражаси баҳолаш шкаласи**

DD	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-реабилитация тадбирлари (РТТ) бўйича тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

РТТ	Тавсияларнинг 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)
-да	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:**

**Этиология:** Хомила ичи даврида меконийли перитонитнинг ривожланиш механизми ичакнинг тешилиши ва ичак найчасининг ривожланиш нуқсони, ичак қовузлоғининг хомила ичи буралиши, инвагинация, меконийли илеус фонида меконийнинг қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалиши билан боғлиқ. Бир қанча ҳолларда ичак деворининг бир қисми, Меккел дивертикули ва аппендикс тешилиб, уларнинг қон билан таъминланиши издан чиқиши мумкин. <https://medical-diss.com/medicina/mekonievyu-peritonit-diagnostika-i-lecheniye>

Меконий массаларининг қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалиши яллиғланиш, битишмалар ҳосил бўлиши ва асцит ривожланиши кўринишидаги қорин пардасининг жавоб реакцияси билан кечади. Виссерал ва париэтал қорин пардасида фиксацияланган меконий бўлакчалари эркин қорин бўшлиғига тушгандан сўнг 48 соат ўтгач калсификатсияланади. Қорин парданинг яллиғланиши асептик шароитда ўтади, чунки ҳомила меконийси стерил бўлади. <https://radiopaedia.org/articles/meconium-peritonitis>

**2.2. Умумий таърифи: Меконийли перитонит - қорин пардасининг қорин бўшлиғида ичакнинг тешилишига асептик яллиғланиш реакцияси бўлиб, меконийнинг ҳомиланинг эркин қорин бўшлиғига чиқиши.**

Касалликнинг клиник кўриниши биринчи марта 1761 йилда Г.Б.Моргагни томонидан тасвирланган, рентгенологик хусусиятлари 1944 йилда Э.Неухаусер томонидан аниқланган ва пренатал эхографик белгилари 1979 йилда шакллантирилган. Ҳомила ичи меконийли перитонити тирик туғилган чақалоқларда 1:3000-5000 частота билан учрайди. Меконийли илеус 50% гача ҳолларда бачадон ичи перитонити билан кечади. Бир қатор ҳолларда, туғилгандан кейин касалликнинг клиник ва инструментал белгилари йўқлиги билан яллиғланиш жараёнининг ўз-ўзидан регрессияси содир бўлади, шунинг учун антенатал даврда касалликнинг ҳақиқий частотаси сезиларли даражада юқори. <https://thefetus.net/content/meconium-peritonitis-spontaneous-resolution>

### **2.3. Клиник таснифи:**

- Фиброадгезив;
- Умумлаштирилган;
- Кистоз;

- *Фиброадгезив перитонит* маҳаллий характерга эга, яллиғланиш перфорацион тешикка бевосита яқин жойда тўпланади, фибрин қўйиш уни ёпади ва жараённинг қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалишини чеклайди. Кўпинча ҳосил бўлган битишмалар ичак тутилишини келтириб чиқариши мумкин, аммо ревизия пайтида перфоратсияланган тешикни аниқлашнинг иложи бўлмайди. Бу касалликнинг энг кўп учрайдиган ва енгил кечадиган шаклидир.

- *Тарқалган шакли* қорин пардасининг бир нечта анатомик соҳаларининг яллиғланиши, массив битишма жараёнининг ривожланиши, кўплаб калсификатларнинг шаклланиши билан намоён бўлади. Фибропластик жараёнлар яхши ривожланмаганлиги туфайли яллиғланиш жараёнининг чегараси шаклланмайди ва меконий қорин бўшлиғининг барча қисмларини тўлдиради. Бу шакл бачадон ҳаётининг охириги ҳафталарида ичаклари тешилган болаларга хосдир.

- *Кистоз перитонит* ҳомила ичи перитонитининг энг оғир шакли ҳисобланади. У тешилган тешик ёки некрозга учраган ичак қовузлоғи соҳасининг зич фибриноз карашлар ва қўшни ичак қовузлоқлари билан чегараланиб, ҳар хил катталиқдаги сохта кисталар ҳосил бўлиши натижасида пайдо бўлади. Псевдокиста таркиби ва унинг шаклланишида иштирок этувчи ичак қовузлоқлари вақт ўтиши билан қисман лизисга учрайди, натижада киста бўшлиғида меконий ва некрозланган детрит мавжуд. Бунда ичакнинг кўр учлари бевосита псевдокиста қобикларига яқин жойлашади ва унинг бўшлиғига очилади.

### **3. Методлар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари.**

#### **3.1. Диагностика мезонлари:**

##### **Шикоят ва анамнез.**

Пренатал таъхис: УТТ перитонит белгиларини ҳомилдорликнинг 18 ҳафтадан 35 ҳафтагача бўлган турли муддатларида аниқлайди; касалликнинг шаклини белгилайди.

- *Фиброадгезив перитонит* 45% ҳолларда ичак қовузлоқларининг кенгайиши, яқка калсинатлар мавжудлиги кўринишида учрайди.

- *Тарқоқ шакли* бачадон ичи перитонити бўлган ҳомилаларнинг 20% да аниқланади. Унга қорин бўшлиғи ва ёрғоқдаги кўплаб гипер эхоген сузувчи меконий зарралари ва калсинатлар билан асцит ҳосилдир.

- *Кистоз перитонит* кузатувларнинг 35% да учрайди; у яхши ифодаланган гиперехоген контурли турли диаметрдаги осилган эхоген тузилмаларнинг битта ёки бир нечта псевдокисталари мавжудлиги билан тавсифланади.

**Жисмоний текширув:** Касаллик белгилари ҳомила ичи перитонитининг шакли билан боғлиқ. Касалликнинг маҳаллий фиброадгезив ва ҳомила ичи регресси ҳолатида унинг клиник белгилари бўлмаслиги мумкин.

Перитонитнинг асосий клиник белгилари қорин ҳажмининг катталашishi, тўқималарнинг шишиши, қорин олд девори терисининг гиперимияси ёки цианозидир. Қоринни пайпаслаганда оғриқ аниқланиши мумкин.

Кистоз хилида юмшоқ-эластик консистенцияли ҳажмли тузилма кўзга ташланади. Ичак перистальтикаси эшитилмайди, меконий чиқмайди. Бола ҳаётининг дастлабки соатлариданоқ ўт суяқлиги билан қусишни бошлайди. Назогастрал зонд киритилганда димланган ажралма ва ҳаво олинади.

##### **Лаборатория текширувлари:**

Қоннинг клиник таҳлилида туғилишдан фаол жараён билан оғриган беморларда яллиғланиш реакцияси белгилари мавжуд: лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга ёш шакллarga силжиши, тромботситопения, баъзан анемия. Қон газ таркибининг ўзгариши ёндош нафас етишмовчилиги бўлган беморлар учун ҳосилдир. Метоболик ацидоз ва сув-электролитлар мувозанатининг бузилиши интоксикация ва учинчи бўшлиқда суяқликнинг секвестрацияси билан боғлиқ.

**Инструментал текширувлар:** Бола вертикал ҳолатда бўлганда қорин бўшлиғининг олд-орқа проекциядаги умумий рентгенографиясида калсификатлар, эркин суяқлик, ичак қовузлоқларининг нотекис пневматизацияси ва кўплаб суяқлик сатҳларини аниқлаш мумкин.

Қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви гиперехоген қўшимчалар билан асцитни аниқлашга имкон беради. Псевдокисталар - таркибида юқори эхогенлик ва қалин гиперехоген деворлари бўлган ҳажмли ҳосила.

Ирригографияда "микроколон" ингичка ичак даражасида ичак тутилишидан далолат беради.

### 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:

Ҳомила ичи меконийли перитонитини кўпинча юқори ичак тугилиши, туғма диафрагма чурраси, қорин бўшлиғи ҳосил бўлиши билан фарқлашга тўғри келади.

Юқори ичак тугилиши	ҳомила ичи меконий перитонити	Туғма диафрагмал чурра	Қорин бўшлиғининг ҳосиласи
Обзор рентгенограммада иккита катта газ пуфакчалари кўринади, улар ошқозон ва 12 бармоқли ичакка тўғри келади. Пастда жойлашган бўлимларда газлар аниқланмайди.	Ичак бўйлаб газ тақсимланиши одатда нотекис бўлиб, кўплаб суюқлик сатҳлари мавжуд.	Ичак бўйлаб газ тақсимоти одатда бир текис ва плевра бўшлиғида жойлашган,	Ичак бўйлаб газлар одатда бир текис тақсимланади, суюқлик сатҳлари бўлмайди.

### 4. Даволаш тактикаси:

#### Туғруқ.

Ушбу ҳомила патологиясида кесарча кесиш операцияси орқали туғдириш кўрсатилмаган.

**Неонатолог тактикаси:** бемор ҳолатини барқарорлаштириш, туғилгандан кейин қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларининг 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, патологияни тузатишдан олдин тўлиқ парентерал озиклантириш, ошқозоннинг доимий декомпрессияси, операциядан кейинги даврда эрта энтерал озиклантириш.

- **Дори-дармонлар билан даволаш:** фиброадгезив ва ошқозон-ичак тракти обструкцияси, асцит ва қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг кучайишининг клиник ва инструментал белгиларисиз бачадон ичи перитонитининг тарқалган шакллари махсус даволашга муҳтож эмас ва лаборатория кўрсаткичларини кузатиш ва назорат қилишни талаб қилади.
  - ҳаётнинг биринчи соатларидан бошлаб кенг спектрли антибактериал препаратларни юбориш бошланади;
  - назогастрал интубация;
  - энтерал озикланишни истисно қилиш;
  - парентерал озиклантириш элементлари билан инфузион терапия;

Кўп миқдорда асцит суюқлиги йиғилганда лапаротомия ва қорин бўшлиғини дренажлаш керак.

**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.

**Оғрик қолдирувчилар:** Операциядан олдин седатив, оғрик 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 санацияси каби жиддий ташқи таъсирларга жавобан симпатик ўпка вазоконстрикциясининг олдини олиш учун). - Атракуриум бисилат 0,5мг/кг/соат - Пипекурония бромид 0,025мг/кг/соат Операциядан кейинги оғриқсизлантириш: Вена ичига доимий равишда фентанил 5-10мкг/кг/соат дозада 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. Анальгетикларнинг дозаси ва юбориш давомийлиги оғрик синдромининг ифодаланишига қараб индивидуал равишда танланади. Сунъий нафас бериш аппарати билан бола десинхронизациясида седатив препаратлар юборилади: - мидазоламили диазепам 0,1 мг/кг/соат гача (доимий инфузия билан).

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

- Янги туғилган чақалоқларнинг кўпчилигига кунига 70-80 мл/кг дан 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 ҳаётнинг учинчи суткасида, кальцийни ҳаётнинг биринчи суткасида бошлаш мақсадга мувофиқдир.

**НАТРИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Натрийга бўлган эҳтиёж кунига 2 ммол/кг ни ташкил этади – Гипонатриемия < 125 ммол/л – Гипернатриемия > 150 ммол/л, хавфли > 155 ммол/л – 1 ммол (мEqв) натрий 0,58 мл 10% NaCl да мавжуд – 1 ммол (мEqв) натрий 6,7 мл 0,9% NaCl да мавжуд 1 мл 0,9% (физиологик) натрий хлорид эритмаси 0,15 ммол/л ни ўз ичига олади.

**ГИПОНАТРИЕМИЯНИ ТУЗАТИШ** (Na < 125 ммол/л) 10% NaCl ҳажми (мл) = (135 - Набол) × мтана × 0.175

**КАЛИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Калийга бўлган эҳтиёж кунига 2 -3 ммол/кг ни ташкил этади – Гипокалиемия < 3,5 ммол/л, хавфли < 3,0 ммол/л – Гиперкалиемия > 6,0 ммол/л (гемолиз бўлмаганда), хавфли > 6,5 ммол/л (ёки ЭКГда патологик ўзгаришлар

бўлса) – 1 ммол (мЕкв) калий 1 мл 7,5% КI да мавжуд – 1 ммол (мЕкв) калий 1,8 мл 4% КСл да мавжуд В (мл 4% КСл) =  $K^+$  га бўлган эҳтиёж (ммол)  $\times$  мтела $\times$ 2.

**КАЛЬЦИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Янги туғилган чақалоқларда  $Ca^{++}$  га бўлган эҳтиёж кунига 1-2 ммол/кг ни ташкил қилади – Гипокалсиемиа < 0,62 -0,75 ммол/л (чала туғилганлар -ионланган  $Ca^{++}$ ) – Гиперкалсиемиа >1,25 ммол/л (ионланган  $Ca^{++}$ ) – 1 мл 10% кальций хлорид 0,9 ммол  $Ca^{++}$  ни ўз ичига олади – 1 мл 10% кальций глюконат 0,3 ммол  $Ca^{++}$  ни ўз ичига олади.

**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.

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 МКҲ ни 0,9% ли натрий хлорид эритмаси билан 10-20 мл/кг дан тўлдириш тавсия этилади. Гемостатиклар Витамин К Дитсинон Этамзилат натрий Кўрсатма бўйича: Гемо-плазма-албуминотрансфузия. Бошқа даволаш усуллари йўқ.

- **4.3. Жарроҳлик аралашуви:**
- **Амалиёт мақсади:** Қорин бўшлиғини кўздан кечириш, ичак тутилиши соҳасини аниқлаш ва ичак таркибини олиб ташлаш учун ичак оқмасини кўйиш.
- **Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар:** перитонитнинг тарқалган ва кистоз шаклларида ичак тутилиши белгилари.

Дори воситаларини анатодий тавсиясига кўра вена ичига ва мушак орасига юбориш. Ташхис қўйилгандан сўнг, киндик веналарини катетеризатсия қилиш мумкин эмас. Периферик веноз кириш, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, марказий бўлгани маъқул.

**Операцияни ўтказиш техникаси:** Операция лапаротомиядан амалга оширилади. Лапароскопик аралашув кўрсатилмаган. Меконийли перитонитнинг тарқоқ хилида бир талай битишмалар пайдо бўлади. Кўпинча буни аниқлаш учун умумий виссеролиз ўтказишга тўғри келади.

Меконийли перитонитнинг кистоз хили ҳамиша ичак тутилиши билан бирга давом этиб боради. Операциядан олдинги даврда қорин бўшлиғидаги зўриқишни ва диафрагмага босимни камайтириш учун гигант псевдокисталарни дренажлаш мумкин. Операциянинг мақсади қорин бўшлиғини ревизия қилиш, сохта кисталар пардаларини резекция қилиш, уларнинг таркибини қорин бўшлиғидан олиб ташлаш, ичак обструкциясининг сабаби ва даражасини аниқлаш, зарарланган ичак қовузлоқларини тежамкор резекциясини амалга оширишдан иборат. Ҳозирги яллиғланиш жараёни шароитида овқат ҳазм қилиш трактини бирламчи реконструкция қилиш мақсадга мувофиқ эмас, шунинг учун ичак оқмасини кўйиш ва кейинчалик 3-4 ҳафтадан кейин ичак бутунлигини тиклаш керак.

#### **4.4. Кейинги даволаниш**

Умумий аҳволи барқарорлашгандан сўнг, меъда-ичак йўли бўйлаб нормал ўтиш тиклангандан сўнг, бола онаси билан бирга бўлиш хонасига ўтказилади. Биргаликда

бўлиш палатасида энтерал овқатлантириш ҳажми аста-секин физиологик эҳтиёжга етказилади, инфузион (инфузия ҳажми овқатлантириш ҳажмининг ошишига мутаносиб равишда аста-секин камайтирилади), антибактериал, симптоматик терапия давом эттирилади.

Операциядан кейинги даврда асоратлар бўлмаганда, жароҳат бирламчи битганда, 12-14 кунларда чоклар олиб ташланади, лаборатория кўрсаткичлари назорат қилинади ва бола уйга жавоб беришга тайёрланади. Д-яшаш жойидаги поликлиникадаги жарроҳда ҳисобга олиш, 3 ойдан сўнг ошқозон-ичак трактини назорат рентгенологик текшируви.

Болалар гастроэнтерологининг поликлиникада турар жой бўйича кузатуви. Реабилитация яшаш жойи бўйича амбулатория шароитида ҳар 6 ойда 3 йилгача ўтказилади ва КЖ билан электрофорез физиомуолажалари, қорин олд деворига парафин аппликациялари, массажни ўз ичига олади.

#### 4.5. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- ичак пассажиани тиклаш
- жароҳатнинг бирламчи битиши
- барқарор вазн ортиши

Даволашда қўлланиладиган **препаратлар** (таъсир этувчи моддалар) **рўйхати:**

Йўқ	Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг СБЕси	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
1.	Операциядан кейинги даврда оғриқни қолдириш учун наркотик анальгетик.	Морфин гидрохлорид, 1%-1 мл	мушак 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-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
2.	Операциядан кейинги даврда оғриқни қолдириш учун наркотик анальгетик.	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-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
3.	Аралаш ҳаракат анальгетиклари - операциядан кейинги даврда.	Трамадол, 100 мг - 2 мл	мушак ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

				<a href="https://lex.uz/docs/6590074">70</a>
4.	2-авлод цефалоспоринлари.	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/do cs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecensls-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 цефалоспоринлари.	Сефтазидим, 100 мг/кг ҳар 8-12 соатда.	вена ичига,	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/do cs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecensls-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 цефалоспоринлари.	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/do cs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiya/perecensls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet .ru/library/articles/ khirurgiya/perece n-ls- primenyaemyx-v- khirurgii-i- intensivnoi-terapii- 70</a>
7.	3-авлод цефалоспоринлари.	Сефотаксим, эритма тайёрлаш учун 1 г	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/do cs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecensls-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 цефалоспоринлари.	Сефоперазон 2-4 г дан ҳар 12 соатда.	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/do cs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecensls-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 цефалоспоринлари.	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/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-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/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
11.	Фторхинолонлар	Ципрофлоксатсин, 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/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.	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/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
13.	Замбуруғларга қарши азол воситаси	Флуконазол 2 мг/мл	ичга, вена ичига	<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>
14.	Антисептик, терига ишлов бериш ва дренаж тизимлари	Повидон-йод 10% ли эритма	Секин вена ичига, лекин 60 дақиқадан	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/">https://www.rlsnet.ru/library/articles/</a>

	учун.		кўпроқ.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
15.	Антисептик	Этанол 70% ли эритма	вена ичига	Б <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>

**Қўшимча дорилар рўйхати** (ишлатилиш эҳтимоли 100% дан кам):

1- жадвал

Йўқ	Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг СБЕси	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
1.	Антисекретор препарат протон помпаси ингибитори ҳисобланади.	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/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.	Қон тўхтатувчи препарат	Этамизилат, инъекция учун эритма 12,5%-2 мл	Операциядан бир соат олдин вена ичига, мушак орасига.	Б <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>
4.	Тўғри таъсир қилувчи антикоагулянт (тромбларнинг олдини олиш учун)	Гепарин 5000-1000-2000 ХБ/с	250-500 мг	А <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.	Диуретиклар	Фуросемид, 20-40 мг,	венага	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a>

		инъекция учун эритма 1%-2 мл		<a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">cs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6.	Компонентлар масаласи	Кўрсатма бўйича эритроциттар масса	Вена тинч	<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>
7.	Қон таркибий қисмлари	Янги музлатилган плазма йўриқномага мувофиқ.	Вена ичига, тери остига, мушак ичига,	<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>

**Шифохонага ётқизиш.** Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: туғилган чақалокни аниқланган ташхисдан сўнг шошилиш равишида жаррохлик шифохонасига 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 исботланганлик даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;

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

#### **Фойдаланилган адабиётлар:**

- 1) Anderson D. Cystic fibrosis of the pancreas and its relation to celiac disease. Америк. Ж. Дис. Бола. 1938; 56: 344-99.
- 2) Andrassy R., Nirgiotis J. Meconium disease of infancy: meconium ileus, meconium plug syndrome, and meconium peritonitis. Ин: Holder T., Ashcraft K. (эдс.) Болалар жаррохлиги. Филадельфия: В.Б. Сондерс, 1990; С. 331-40.

- 3) Bishop H., koop C. Management of meconium ileus; resection, Roux-en-Y anastomosis and ileostomy irrigation with pancreatic enzymes. Анн. Хирург. 1957 йил; 145:410-4.
- 4) Buchanan Д., Rapoport S. Chemical comparison of norm meconium and meconium from patients with meconium ileus. Педиатрия 1952; 9: 340-10.
- 5) Caniano D.A., Beaver B.L. Meconium ileus: a fifteen-year experience with forty-two neonates. Хирургия 1957; 102: 699-703.
- 6) Donnison А.Б., Shwachman X., Cross R.Э. Бостон болалар касалхонаси тиббиёт марказида кўрилган меконий элиуси бўлган 164 нафар боланинг шархи. Педиатрисс, 1966; 37: 833-50.
- 7) FitzSimmons С.С., Буркжат Г.А., Боровитз. Юқори дозали ошқозон ости беги ферментлари кўшимчалари ва муковиссидозли болаларда фиброзланувчи колонопатия. Н.Э.Ж.М. 1997; С. 336: 1283-9.
- 8) Green M., Clarke J., Shwachman H. studes in cystic fibrosis of the pancreas: protein pattern in meconium ileus. Педиатрия 1958; 21:635.
- 9) Harberg F.J. Swnwkjian E.K., покорный W.Ж. treatment of uncomplicated meconium ileus via T-tube ileostomy. Ж. Педиат. Хирург. 1981 йил; 16: 61-3.
- 10) Irish M.C., Gollin Й., Borowitz D.S. et al. meconium elius; antenatal diagnosis and perinatal care. Fetal and Maternal Medicine Review 1996: 8: 79-83.
- 11) Novlett H.R. Treatment of uncomplicated meconium ileus ву Гастрографин енема: a preliminary report. Ж Педиат. Хирург. 1969; 4: 190-7.
- 12) Operative Pediatric Surgery ed. By Ziegler V.V., Азизхан Р.Г., Weber T.R. USA, McGraw-Ўилл, 2003; - 1339.
- 13) prenatal ехографија. Под.ред. М.В.Медведева, 1-у изд. М.: "Реальное время," 2005; 435-8.
- 14) Pure P., Hollwarth M.E. (эдс.). Pediatric Surgery. Спрингер, Берлин, Ўейделберг, 2006: 998.
- 15) Sadler W.W. Langman'c medical embryology, 8<sup>TX</sup> ed. USA, Lippincott Williams & Wilkins. 200; 504.
- 16) Ziegler M.M. Meconium elius. Сурр. Пробл. Хирург. 1994; 31: 731-77.
- 17) Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Т.1.СПб., 1996; 384.
- 18) Болалар жаррохлиги, <sup>2нд</sup>. Ed. By Burge Д.М., Griffiths Д.М., Steinbrecher X.A., Wheeler R.A. USA, Edward Arnold (Публишер) ЛТд, 2005: 584.
- 19) Керем Б., Ромменс Ж.М., bauchanan H.A. et al. identification of the cystic fibrosis gene; genetic analysis. Science, 1989; 245: 1073-80.
- 20) Ю.Ф. Исаков, Н.Н.Володин, А.В.Гераскин. Неонатал хирургия. Москва. 2011г. Стр-500-514.

