

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

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

"Homila ichi mekoniyli peritoniti"

**BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL
NOZOLOGIYASI**

Toshkent - 2025

«TASDIQLAYMAN»



Tibbiyot hodimlarining kasbiy malakasini
rivojlantirish markazi direktori O'zbekiston
Respublikasi Bolalar jarrohlari jamiyati raisi.

professor

Akilorov X.A.

« ____ » 2025 yil

"Homila ichi mekoniyli peritoniti"

**BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL
NOZOLOGIYASI**

Toshkent - 2025

"Homila ichi mekoniyli peritoniti"

**TASHXISLASH VA DAVOLASH
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL
NOZOLOGIYASI**

Toshkent - 2025

Tugʻilgan chaqaloqlarda homila ichi mekoniy peritonitining dolzarbligini inobatga olib, tibbiyot xodimlariga ilmiy asoslangan maʼlumotlar va tavsiyalar berish, kasallikni tashxislash, jarrohlik yoʻli bilan davolashda yagona yondashuv tizimini tashkil etish va joriy etish. Ushbu protokol Amerika bolalar xirurgiyasi assotsiatsiyasi www.eapsa.org, Yevropa bolalar xirurgiyasi assotsiatsiyasi <http://www.eupsa.info/>, Rossiya bolalar xirurglari assotsiatsiyasi <https://www.radh.ru/> klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan.

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

Q 78,0	Perinatal davrda ichak perforatsiyasi
	http://mkb-10.com .

Protokol ishlab chiqilgan va qayta koʻrib chiqilgan sana: Protokol 2025-yilda ishlab chiqilgan. Qayta koʻrib chiqish sanasi 2028-yil;

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish uchun masʼul boʻlgan muassasa:

Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi, Respublika bolalar kam invaziv va endoskopik xirurgiya ilmiy-amaliy markazi, Bolalar milliy tibbiyot markazi.

Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqishga hissa qoʻshgan ishtirokchilar:

Muolajani tashkil etish boʻyicha bolalar jarrohligi sohasidagi ishchi guruh aʼzolari:

- X.A. Akilov** Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazining jarrohlik va bolalar jarrohligi boʻlimi mudiri. Oʻzbekiston Respublikasi bolalar xirurglari jamiyati raisi.
- B.Z. Abdusamatov** Tibbiyot fanlari doktori, Respublika kam invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi direktori. Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
- S.T. Aʼzamxoʻjayev** Doktor ToshPTI - urologiya, bolalar urologiyasi boʻlimi mudiri.
- A.A. Rahmatullayev** Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri
- N.Sh. Ergashev** tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI klinikasining gospital bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri, professor
- Asadullayev D.R.** Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar xirurgiyasi boʻlimi shifokori
- J.A. Shamsiyev** Bitiruvdan keyingi taʼlim boʻlimi mudiri
- Sapayev O.K.** tibbiyot fanlari doktori, TTA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasini dotsenti
- F.A. Otamurodov** Tibbiyot fanlari doktori, TTA Termiz filiali direktori
- Umarov K.M.** Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik boʻlimi shifokori

Roʻyxatga oluvchilar:

X.A. Akilov	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazining jarrohlik va bolalar jarrohligi boʻlimi mudiri. OʻZBEKISTON RESPUBLIKASI BOLALAR JARROHLARI JAMIYATI raisi.
Primov F.Sh.	Tibbiyot fanlari doktori, Tibbiyot xodimlarining malakasini

	oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasida dotsenti.
B.Z. Abdusamatov	Tibbiyot fanlari doktori, Respublika kam invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi direktori. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
Salimov Sh.T.	TTA Umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasida 1-professori
S.T. A'zamxo'jayev	Doktor ToshPTI - urologiya, bolalar urologiyasi bo'limi mudiri.
E.A. Berdiyev	TTA Umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasida No1 assistenti
A.A. Rahmatullayev	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti rejali bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri
Aliyev M.M.	ToshPTI fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori
B.B. Ergashev	ToshPTI shifoxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori, tibbiyot fanlari doktori
N.Sh. Ergashev	tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI shifoxonasining bolalar jarrohligi bo'limi mudiri, professor
Hamrayev A.J.	ToshPTI shifoxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori, tibbiyot fanlari doktori
A.A. Rahmatullayev	Fan nomzodi. ToshPTI shifoxonasi bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti
T.T. Norboyev	Tosh tibbiyot fanlari doktori, FTI bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.
O.T. Olloberganov	Tosh tibbiyot fanlari doktori, FTI bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.
Asadullayev D.R.	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limi shifokori
O'rmonov N.T.	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi bolalar shoshilinch jarrohligi bo'limi mudiri
J.A. Shamsiyev	Diplomdan keyingi ta'lim bo'limi mudiri
J.O. Atakulov	tibbiyot fanlari doktori, 1-son Samarqand davlat tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori
Mirzakarimov B.X.	Tibbiyot fanlari doktori, Andijon tibbiyot instituti bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri, professor.
Sapayev O.K.	tibbiyot fanlari doktori, TTA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida dotsenti
F.A. Otamurodov	Tibbiyot fanlari doktori, TTA Termiz filiali direktori
A.Sh. Vohidov	Tibbiyot fanlari doktori, TTA "Tekrmiiz" filiali bolalar jarrohligi, urologiya, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida professori
Eshqobilov Sh.D.	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi direktori o'rinbosari
Umarov K.M.	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
A.Z. Safarov	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
Abduazizov M.A.	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
Nasirov M.M.	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
A.B. Xudayberganova	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori

Taqrizchilar:

Yusupov Sh.A.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, 1-son Samarqand davlat tibbiyot universiteti bolalar jarrohligi kafedrasida mudiri
Soqolov Yu.Yu.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya tibbiyot akademiyasining bolalar jarrohligi kafedrasida mudiri.

Klinik protokol oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston bolalar xirurglari assotsiatsiyasi, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat muassasalari shifokorlari ishtirokida o'tkazilgan ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri Akilov X.A. O'zbekiston Respublikasi Bolalar xirurglari jamiyati raisi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va ma'qullandi. 2023-yil 30-mart, 5-son bayonnoma.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. Boboqulov I.X - Bolalar milliy tibbiyot markazi
2. Abdurahmonov A.A. - Respublika bolalar kam invaziv va endoskopik xirurgiya ilmiy-amaliy markazi

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Bayonnomada ishlatiladigan qisqartmalar:

BIMP	bachadon ichi mekoniy peritoniti
OIT	oshqozon-ichak trakti
O'SV	o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
IT	intensiv terapiya
IFT	immunoferment tahlil
KIH	kislota-ishqor holati
MSh	mexanik shamollatish
MRT	magnit-yadro tomografiyasi
NSG	neyrosonografiya
UQT	umumiy qon tahlili
UST	umumiy siydik tahlili
OAY	ochiq arterial yo'l
AQH	aylanayotgan qon hajmi
PZR	polimeraza zanjir reaksiyasi
RDS	respirator distress sindromi
SPAP	nafas yo'llaridagi doimiy musbat bosim
SRO	C-reaktiv oqsil
HSCbS	havo sizib chiqishi sindromi
OBI	og'ir bakterial infeksiya
TChTT	tug'ilgan chaqaloqlarning tranzitor taxipnoesi
FGDS	fibrogastroduodenoskopiya
NOT	nafas olish tezligi

YUT	yurak urishi tezligi
ExoKG	exokardiografiya
Er	eritrotsitlar
FiO2	berilayotgan kislorod konsentratsiyasi
Hb	gemoglobin
Ht	gematokrit
Ley	leykotsitlar

Ushbu tashxis/kasallik bayonnomasidan foydalanuvchilar:

- Bolalar jarrohlari;
- Pediatriklar;
- Shifokorlar - kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
- Tibbiyot talabalari, magistrlar, ordinatorlar va aspirantlar

Bemorlar toifasi:

Homila ichi mekon peritoniti va uning asoratlari.

Diagnostika usullarining (diagnostik aralashuvlarning) isbotlanganlik darajasi. reyting shkalasi (RSh)

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1.	Etalon usulidan foydalangan holda nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
2.	Referent usuli yoki ba'zi randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni nazorat qiluvchi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari bundan mustasno.
3.	Ketma-ket nazorat qilinmaydigan yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan etalon usulidan foydalangan holda tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4.	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5.	Davolash mexanizmining asosi yoki ekspert fikri

Profilaktik, terapevtik va reabilitatsiya choralarining isbotlanganlik darajasi baholash shkalasi

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1.	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2.	Metatahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlaridan tashqari, alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
3.	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4.	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatlar yoki holatlar seriyalarining tavsiflari, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5.	Davolash ta'sir mexanizmining asosi (klinikagacha bo'lgan tadqiqotlar) yoki ekspertlar fikri

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

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A.	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, qiziqarli natijalar bo'yicha xulosalar kelishilgan)
-da	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilgan samaradorlik (natijalar) mezonlarining ba'zilar muhim, ba'zi tadqiqotlarning uslubiy sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqarli natijalar bo'yicha xulosalar kelishilmagan)
S	Zaif tavsiya (sifat dalillari keltirilmagan (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas), barcha tadqiqotlarning uslubiy sifati past va qiziqarli natijalar bo'yicha xulosalar izchil emas)

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

Etiologiya: Xomila ichi davrida mekoniyli peritonitning rivojlanish mexanizmi ichakning teshilishi va ichak naychasining rivojlanish nuqsoni, ichak qovuzlog'ining homila ichi buralishi, invaginatsiya, mekoniyli ileus fonida mekoniyning qorin bo'shlig'i bo'ylab tarqalishi bilan bog'liq. Bir qancha hollarda ichak devorining bir qismi, Mekkel divertikuli va appendiks teshilib, ularning qon bilan ta'minlanishi izdan chiqishi mumkin. <https://medical-diss.com/medicina/mekoniavyi-peritonit-diagnostika-i-lecheniye>

Mekoniylar massalarining qorin bo'shlig'i bo'ylab tarqalishi yallig'lanish, bitishmalar hosil bo'lishi va assit rivojlanishi ko'rinishidagi qorin pardasining javob reaksiyasi bilan kechadi. Visseral va parietal qorin pardasida fiksatsiyalangan mekoniy bo'lakchalari erkin qorin bo'shlig'iga tushgandan so'ng 48 soat o'tgach kalsifikatsiyalanadi. Qorin pardaning yallig'lanishi aseptik sharoitda o'tadi, chunki homila mekoniyi steril bo'ladi. <https://radiopaedia.org/articles/meconium-peritonitis>

2.2. Umumiy ta'rifi: Mekoniyl peritonit - qorin pardasining qorin bo'shlig'ida ichakning teshilishiga aseptik yallig'lanish reaksiyasi bo'lib, mekoniyning homilaning erkin qorin bo'shlig'iga chiqishi.

Kasallikning klinik ko'rinishi birinchi marta 1761-yilda G.B.Morgagni tomonidan tasvirlangan, rentgenologik xususiyatlari 1944-yilda E.Neuhauser tomonidan aniqlangan va prenatal exografik belgilari 1979-yilda shakllantirilgan. Homila ichi mekoniyli peritoniti tirik tug'ilgan chaqaloqlarda 1:3000-5000 chastota bilan uchraydi. Mekoniyl ileus 50% gacha hollarda bachadon ichi peritoniti bilan kechadi. Bir qator hollarda, tug'ilgandan keyin kasallikning klinik va instrumental belgilari yo'qligi bilan yallig'lanish jarayonining o'z-o'zidan regressiyasi sodir bo'ladi, shuning uchun antenatal davrda kasallikning haqiqiy chastotasi sezilarli darajada yuqori. <https://thefetus.net/content/meconium-peritonitis-spontaneous-resolution>

2.3. Klinik tasnifi:

- Fibroadgeziv;

- Umumlashtirilgan;
- Kistoz;

- *Fibroadgeziv peritonit* mahalliy xarakterga ega, yallig‘lanish perforatsion teshikka bevosita yaqin joyda to‘planadi, fibrin qo‘yish uni yopadi va jarayonning qorin bo‘shlig‘i bo‘ylab tarqalishini cheklaydi. Ko‘pincha hosil bo‘lgan bitishmalar ichak tutilishini keltirib chiqarishi mumkin, ammo reviziya paytida perforatsiyalangan teshikni aniqlashning iloji bo‘lmaydi. Bu kasallikning eng ko‘p uchraydigan va yengil kechadigan shaklidir.

- *Tarqalgan shakli* qorin pardasining bir nechta anatomik sohasining yallig‘lanishi, massiv bitishma jarayonining rivojlanishi, ko‘plab kalsifikatlarning shakllanishi bilan namoyon bo‘ladi. Fibroplastik jarayonlar yaxshi rivojlanmaganligi tufayli yallig‘lanish jarayonining chegarasi shakllanmaydi va mekoniy qorin bo‘shlig‘ining barcha qismlarini to‘ldiradi. Bu shakl bachadon hayotining oxirgi haftalarida ichaklari teshilgan bolalarga xosdir.

- *Kistoz peritonit* homila ichi peritonitining eng og‘ir shakli hisoblanadi. U teshilgan teshik yoki nekrozga uchragan ichak qovuzlog‘i sohasining zich fibrinoz karashlar va qo‘shni ichak qovuzloqlari bilan chegaralanib, har xil kattalikdagi soxta kistalar hosil bo‘lishi natijasida paydo bo‘ladi. Pseudokista tarkibi va uning shakllanishida ishtirok etuvchi ichak qovuzloqlari vaqt o‘tishi bilan qisman lizisga uchraydi, natijada kista bo‘shlig‘ida mekoniy va nekrozlangan detrit mavjud. Bunda ichakning ko‘r uchlari bevosita pseudokista qobiqlariga yaqin joylashadi va uning bo‘shlig‘iga ochiladi.

3. Metodlar, yondashuvlar va diagnostika jarayonlari.

3.1. Diagnostika mezonlari:

Shikoyat va anamnez.

Prenatal tashxis: UTT da peritonit belgilarini homiladorlikning 18 haftadan 35 haftagacha bo‘lgan turli muddatlarida aniqlaydi; kasallikning shaklini belgilaydi.

- *Fibroadgeziv peritonit* 45% hollarda ichak qovuzloqlarining kengayishi, yakka kalsinatlar mavjudligi ko‘rinishida uchraydi.

- *Tarqoq shakli* bachadon ichi peritoniti bo‘lgan homilalarning 20% da aniqlanadi. Unga qorin bo‘shlig‘i va yorg‘oqdagi ko‘plab giper exogen suzuvchi mekoniy zarralari va kalsinatlar bilan assit xosdir.

- *Kistoz peritonit* kuzatuvlarning 35% da uchraydi; u yaxshi ifodalangan giperexogen konturli turli diametrdagi osilgan exogen tuzilmalarning bitta yoki bir nechta pseudokistalari mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Fizikal tekshiruv: Kasallik belgilari homila ichi peritonitining shakli bilan bog‘liq. Kasallikning mahalliy fibroadgeziv va homila ichi regressi holatida uning klinik belgilari bo‘lmasligi mumkin. Peritonitning asosiy klinik belgilari qorin hajmining kattalashishi, to‘qimalarning shishishi, qorin old devori terisining giperimiyasi yoki sianozidir. Qorinni paypaslaganda og‘riq aniqlanishi mumkin.

Kistoz turida yumshoq-elastik konsistensiyali hajmli xosila ko‘zga tashlanadi. Ichak peristaltikasi eshitilmaydi, mekoniy chiqmaydi. Bola hayotining dastlabki soatlaridanoq o‘t

suyuqligi bilan qusishni boshlaydi. Nazogastral zond kiritilganda dimlangan ajralma va havo olinadi.

Laboratoriya tekshiruvlari:

Qonning klinik tahlilida tug'ilishdan faol jarayon bilan og'rigan bemorlarda yallig'lanish reaksiyasi belgilari mavjud: leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga yosh shakllarga siljishi, trombositopeniya, ba'zan anemiya. Qon gaz tarkibining o'zgarishi yondosh nafas yetishmovchiligi bo'lgan bemorlar uchun xosdir. Metabolik atsidoz va suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishi intoksikatsiya va uchinchi bo'shliqda suyuqlikning sekvestratsiyasi bilan bog'liq.

Instrumental tekshiruvlar: Bola vertikal holatda bo'lganda qorin bo'shlig'ining old-orqa proyeksiyadagi umumiy rentgenografiyasida kalsifikatlar, erkin suyuqlik, ichak qovuzloqlarining notekis pnevmatizatsiyasi va ko'plab suyuqlik sathlarini aniqlash mumkin.

Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi giperexogen qo'shimchalar bilan assitni aniqlashga imkon beradi. Psevдокistalar - tarkibida yuqori exogenlik va qalin giperexogen devorlari bo'lgan hajmli hosila.

Irrigografiyada "mikrokolon" ingichka ichak darajasida ichak tutilishidan dalolat beradi.

Mutaxassis maslahati uchun ko'rsatma:

- genetika - tug'ma rivojlanish nuqsoni mavjudligi,
- kardiolog - yurak-qon tomir tizimi tomonidan yondosh patologiyani istisno qilish,
- nevrolog - asfiksiya mavjudligi (ko'rsatmalarga ko'ra).

3. 2. Differensial diagnostika:

Homila ichi mekoniyli peritonitini ko'pincha yuqori ichak tutilishi, tug'ma diafragma churrasi, qorin bo'shlig'i hosil bo'lishi bilan farqlashga to'g'ri keladi.

Yuqori ichak tutilishi	homila ichi mekoniy peritoniti	Tug'ma diafragmal churra	Qorin bo'shlig'ining xosilasi
Obzor rentgenogrammada ikkita katta gaz pufakchalari ko'rinadi, ular oshqozon va 12 barmoqli ichakka to'g'ri keladi. Pastda joylashgan bo'limlarda gazlar aniqlanmaydi.	Ichak bo'ylab gaz taqsimlanishi odatda notekis bo'lib, ko'plab suyuqlik sathlari mavjud.	Ichak bo'ylab gaz taqsimoti odatda bir tekis va plevra bo'shlig'ida joylashgan,	Ichak bo'ylab gazlar odatda bir tekis taqsimlanadi, suyuqlik sathlari bo'lmaydi.

4. Davolash taktikasi:

Tug'ruq.

Ushbu homila patologiyasida kesarcha kesish operatsiyasi orqali tug'dirish ko'rsatilmagan.

Neonatolog taktikasi: bemor holatini barqarorlashtirish, tug'ilgandan keyin qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi a'zolarining umumiy rentgenografiyasi.

Davolash taktikasi. Ota-onalar yoki vasiyni psixologik qo'llab-quvvatlash, bir vaqtning o'zida ushbu patologiyani tushuntirish va davolash imkoniyatlari va ularning asoratlari. **Dori-darmonsiz davolash:** Rejim - intensiv terapiya va reanimatsiya palatasi, patologiyani tuzatishdan oldin to'liq parenteral oziqlantirish, oshqozonning doimiy dekompressiyasi, operatsiyadan keyingi davrda erta enteral oziqlantirish.

- **Dori-darmonlar bilan davolash:** Fibroadgeziv va oshqozon-ichak trakti obstruksiyasi, assit va qorin bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonining kuchayishining klinik va instrumental belgilarisiz bachadon ichi peritonitining tarqalgan shakllari maxsus davolashga muhtoj emas va laboratoriya ko'rsatkichlarini kuzatish va nazorat qilishni talab qiladi.
 - hayotning birinchi soatlaridan boshlab keng spektrli antibakterial preparatlarni yuborish boshlanadi;
 - nazogastral intubatsiya;
 - enteral oziqlanishni istisno qilish;
 - parenteral oziqlantirish elementlari bilan infuzion terapiya;Ko'p miqdorda assit suyuqligi yig'ilganda laparotsentez va qorin bo'shlig'ini drenajlash kerak.

Antibiotikoterapiya: "Start" terapiya preparatlari: - 2-3-avlod sefalosporinlari, - aminoglikozidlar, - aminopenitsillinlar, - makrolidlar; "Zaxira" preparatlar: - 3-4-avlod sefalosporinlari, - 2-3-avlod aminoglikozidlari, - karbapenemlar, - rifampitsin. Har bir neonatal bo'limda erta sepsisni keltirib chiqaradigan qo'zg'atuvchilar spektrini tahlil qilish asosida antibiotiklardan foydalanish bo'yicha o'z protokollari ishlab chiqilishi kerak.

Og'riq qoldiruvchilar: Operatsiyadan oldin sedativ, og'riq qoldiruvchi yoki mushaklarni bo'shashtiruvchi dorilarni infuzion yuborish ko'rsatilgan: - Diazepam yoki midazolam 0,1 mg/kg/soat - Trimeperidin 0,1-0,2 mg/kg/soat - Fentanil 1-3 mkg/kg/soat (traxeya sanatsiyasi kabi jiddiy tashqi ta'sirlarga javoban simpatik o'pka vazokonstriksiyasining oldini olish uchun). - Atrakurium besilat 0,5mg/kg/soat - Pipekuroniy bromid 0,025mg/kg/soat Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish: Vena ichiga doimiy ravishda fentanil 5-10mkg/kg/soat dozada atsetaminofen bilan birgalikda rektal yoki vena ichiga bir martalik dozada 10-15 mg/kg dan kuniga 2-3 marta yoki metamizol natriy 5-10 mg/kg dan 2-3 marta vena ichiga. Analgetiklarning dozasi va yuborish davomiyligi og'riq sindromining ifodalanishiga qarab individual ravishda tanlanadi. Sun'iy nafas berish apparati bilan bola desinxronizatsiyasida sedativ preparatlar yuboriladi: - midazolamili diazepam 0,1 mg/kg/soat gacha (doimiy infuziya bilan).

Homiladorlikning 35 haftasigacha bo'lgan chaqaloqlarda qo'llashdan saqlanish lozim - Fenobarbital (10-15 mg/kg/sutka) Infuzion terapiya va parenteral oziqlantirish:

- Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ko'pchiligiga kuniga 70-80 ml/kg dan suyuqliklarni vena ichiga yuborishni boshlash kerak.
- Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda infuziya va elektrolitlar hajmi individual hisoblanishi kerak, dastlabki 5 kunda kuniga tana vaznining 2,4-4% (umumiy 15%) yo'qotilishiga yo'l qo'yiladi
- Natriyni qabul qilish postnatal hayotning dastlabki bir necha kunida cheklanishi va diurez boshlangandan so'ng suyuqlik muvozanati va elektrolitlar darajasini diqqat bilan kuzatish bilan boshlanishi kerak. Agar gipotenziya bo'lsa yoki perfuziyasi yomon bo'lsa, 10-20 ml/kg 0,9% li natriy xloridni bir yoki ikki marta yuborish kerak.

ZARUR ELEKTROLITLAR HAJMINI HISOBLASH Natriy va kaliyni hayotning uchinchi sutkasidan, kalsiyni hayotning birinchi sutkasidan boshlash maqsadga muvofiqdir.

NATRIY DOZASINI HISOBLASH – Natriyga bo‘lgan ehtiyoj kuniga 2 mmol/kg ni tashkil etadi – Giponatriyemiya < 125 mmol/l – Gipernatriyemiya > 150 mmol/l, xavfli > 155 mmol/l – 1 mmol (mEkv) natriy 0,58 ml 10% NaCl da mavjud – 1 mmol (mEkv) natriy 6,7 ml 0,9% NaCl da mavjud 1 ml 0,9% (fiziologik) natriy xlorid eritmasi 0,15 mmolNa ni o‘z ichiga oladi.

GIPONATRIYEMIYANI TUZATISH (Na < 125 mmol/l) 10% NaCl hajmi (ml) = (135 - Nabol) × mtana × 0.175

KALIY DOZASINI HISOBLASH – Kaliyga bo‘lgan ehtiyoj kuniga 2 -3 mmol/kg ni tashkil etadi – Gipokaliyemiya < 3,5 mmol/l, xavfli < 3,0 mmol/l – Giperkaliyemiya > 6,0 mmol/l (gemoliz bo‘lmaganda), xavfli > 6,5 mmol/l (yoki EKGda patologik o‘zgarishlar bo‘lsa) – 1 mmol (mEkv) kaliy 1 ml 7,5% KCl da mavjud – 1 mmol (mEkv) kaliy 1,8 ml 4% KCl da mavjud V (ml 4% KCl) = K+ ga bo‘lgan ehtiyoj (mmol) × mtela × 2.

KALSIY DOZASINI HISOBLASH – Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda Ca⁺⁺ ga bo‘lgan ehtiyoj kuniga 1-2 mmol/kg ni tashkil qiladi – Gipokalsiyemiya < 0,62 -0,75 mmol/l (chala tug‘ilganlar - ionlangan Ca⁺⁺) – Giperkalsiyemiya > 1,25 mmol/l (ionlangan Ca⁺⁺) – 1 ml 10% kalsiy xlorid 0,9 mmolSa⁺⁺ ni o‘z ichiga oladi – 1 ml 10% kalsiy glyukonat 0,3 mmolSa⁺⁺ ni o‘z ichiga oladi.

MAGNIY DOZASINI HISOBLASH: – Magniyga bo‘lgan ehtiyoj kuniga 0,5 mmol/kg ni tashkil etadi – Gipomagniyemiya < 0,7 mmol/l, xavfli 1,15 mmol/l, xavfli > 1,5 mmol/l – 1 ml 25% magniy sulfat tarkibida 2 mmol magniy mavjud Infuzion terapiya hajmi juda o‘zgaruvchan bo‘lishi mumkin, ammo ba‘zan kuniga 100-150 ml/kg dan oshadi.

Yetarli hajmli yuklama yordamida qon bosimini kerakli darajada ushlab turish. Agar miokard disfunktsiyasi (kolloid va kristalloid eritmalar) va inotrop preparatlar – dofamin 5-15 mkg/kg/min, – dobutamin 5-20 mkg/kg/min, – adrenalin 0,05-0,5 mkg/kg/min istisno qilingan bo‘lsa, gipotenziyada MQH ni 0,9% li natriy xlorid eritmasi bilan 10-20 ml/kg dan to‘ldirish tavsiya etiladi. Gemostatiklar Vitamin K Ditsinon Etamzilat natriy Ko‘rsatma bo‘yicha: Gemo-plazma-albuminotransfuziya. Boshqa davolash usullari yo‘q.

- **4.3. Jarrohlik aralashuvi:**
- **Amaliyot maqsadi:** Qorin bo‘shlig‘ini ko‘zdan kechirish, ichak tutilishi sohasini aniqlash va ichak tarkibini olib tashlash uchun ichak oqmasini qo‘yish.
- **Jarrohlik amaliyotiga ko‘rsatmalar:** peritonitning tarqalgan va kistoz shakllarida ichak tutilishi belgilari.

Dori vositalarini anatotsiy tavsiyasiga ko‘ra vena ichiga va mushak orasiga yuborish. Tashxis qo‘yilgandan so‘ng, kindik venalarini kateterizatsiya qilish mumkin emas. Periferik venoz kirish, agar qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa, markaziy bo‘lgani ma‘qul.

Operatsiyani o‘tkazish texnikasi: Operatsiya laparotomiyadan amalga oshiriladi. Laparoskopik aralashuv ko‘rsatilmagan. Mekoniyl peritonitning tarqoq xilida bir talay bitishmalar paydo bo‘ladi. Ko‘pincha buni aniqlash uchun umumiy visseroliz o‘tkazishga to‘g‘ri keladi.

Mekoniyl peritonitning kistoz xili hamisha ichak tutilishi bilan birga davom etib boradi. Operatsiyadan oldingi davrda qorin bo‘shlig‘idagi zo‘riqishni va diafragma bosimni kamaytirish uchun gigant psevdokistalarni drenajlash mumkin. Operatsiyaning maqsadi qorin bo‘shlig‘ini reviziya qilish, soxta kistalar pardalarini rezeksiya qilish, ularning tarkibini qorin bo‘shlig‘idan olib tashlash, ichak obstruksiyasining sababi va darajasini aniqlash, zararlangan

ichak qovuzloqlarini tejamkor rezeksiyasini amalga oshirishdan iborat. Hozirgi yallig'lanish jarayoni sharoitida ovqat hazm qilish traktini birlamchi rekonstruksiya qilish maqsadga muvofiq emas, shuning uchun ichak oqmasini qo'yish va keyinchalik 3-4 haftadan keyin ichak butunligini tiklash kerak.

4.4. Keyingi davolanish

Umumiy ahvoli barqarorlashgandan so'ng, me'da-ichak yo'li bo'ylab normal o'tish tiklangandan so'ng, bola onasi bilan birga bo'lish xonasiga o'tkaziladi. Birgalikda bo'lish palatasida enteral ovqatlantirish hajmi asta-sekin fiziologik ehtiyojga yetkaziladi, infuzion (infuziya hajmi ovqatlantirish hajmining oshishiga mutanosib ravishda asta-sekin kamaytiriladi), antibakterial, simptomatik terapiya davom ettiriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda asoratlari bo'lmaganda, jarohat birlamchi bitganda, 12-14 kunlarda choklar olib tashlanadi, laboratoriya ko'rsatkichlari nazorat qilinadi va bola uyga javob berishga tayyorlanadi. D-yashash joyidagi poliklinikadagi jarrohda hisobga olish, 3 oydan so'ng oshqozon-ichak traktini nazorat rentgenologik tekshiruv.

Bolalar gastroenterologining poliklinikada m/j bo'yicha kuzatuv. Reabilitatsiya yashash joyi bo'yicha ambulatoriya sharoitida har 6 oyda 3 yilgacha o'tkaziladi va KJ bilan elektroforez fiziomuolajalari, qorin old devoriga parafin applikatsiyalari, massajni o'z ichiga oladi.

4.5. Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:

- Ichak passajini tiklash,
- jarohatning birlamchi bitishi,
- barqaror vazn ortishi.

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

Yo'q	Farmakoterapevtik guruh	Preparatning SBESI	Qo'llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
1.	Operatsiyadan keyingi davrda og'riqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	Morfin gidrokslorid, 1%-1 ml	mushak ichiga	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
2.	Operatsiyadan keyingi davrda og'riqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	Fentanil 0,005%	vena ichiga	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
3.	Aralash harakat analgetiklari -	Tramadol, 100 mg - 2 ml	mushak ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074

	operatsiyadan keyingi davrda.			https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
4.	2-avlod sefalosporinlari.	Sefuroksim 750 mg dan vena ichiga va mushak orasiga har 8 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
5.	3-avlod sefalosporinlari.	Seftazidim, 100 mg/kg har 8-12 soatda.	vena ichiga,	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
6.	3-avlod sefalosporinlari.	Seftriakson 1 g dan venaga va mushak orasiga har 12 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
7.	3-avlod sefalosporinlari.	Sefotaksim, eritma tayyorlash uchun 1 g	mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
8.	3-avlod sefalosporinlari.	Sefoperazon 2-4 g dan har 12 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/

				xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
9.	4-avlod sefalosporinlari.	Sefepim 2 gr.	mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
10.	Aminoglikozidlar	Amikatsin 10-15 mg/kg	mushak ichiga/vena ichiga	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
11.	Ftorxinolonlar	Siprofloksatsin, tabl. 250 mg-500 mg, infuziya uchun eritma 0,2%-100 ml	mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
12.	Nitroimidazollar	Metronidazol 500 mg/100 ml	mushak ichiga/vena ichiga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
13.	Zamburug‘larga qarshi azol vositasi	Flukonazol 2 mg/ml	ichiga, vena ichiga	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

				70
14.	Antiseptik, teriga ishlov berish va drenaj tizimlari uchun.	Povidon-yod 10% li eritma	Sekin vena ichiga, lekin 60 daqiqadan ko'proq.	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
15.	Antiseptik	Etanol 70% li eritma	vena ichiga	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Qo'shimcha dorilar ro'yxati (ishlatilish ehtimoli 100% dan kam):

1- jadval

Yo 'q	Farmakoterapevtik guruh	Preparatning SBEsi	Qo'llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
1.	Antisekretor preparat proton pompasi ingibitori hisoblanadi.	Omeprazol.	v/i	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
2.	Qon to'xtatuvchi preparat	Etamizilat, inyeksiya uchun eritma 12,5%-2 ml	Operatsiyadan bir soat oldin vena ichiga, mushak orasiga.	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
4.	To'g'ri ta'sir qiluvchi antikoagulyant (tromblarning oldini olish uchun)	Geparin 5000-1000-2000 XB/s	250-500 mg	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

				Is-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
5.	Diuretiklar	Furosemid, 20-40 mg, inyeksiya uchun eritma 1%-2 ml	venaga	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-Is-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
6.	Komponentlar masalasi	Ko'rsatma bo'yicha eritrotsitar massa	Vena ichiga	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-Is-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
7.	Qon tarkibiy qismlari	Yangi muzlatilgan plazma yo'riqnomaga muvofiq.	Vena ichiga, teri ostiga, mushak ichiga,	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-Is-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Shifoxonaga yotqizish. Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatmalar: Yangi tug'ilgan chaqaloqni aniqlangan tashxidan so'ng shoshilinch ravishda jarrohlik shifoxonasiga yotqizish.

7. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

7.1. Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi to'g'risida ma'lumotlar yo'q.

7.2. Ekspertlar (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassisleri) axboroti:

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

7.3. Bayonnomanini qayta ko'rib chiqish shartlarini kiritish: Bayonnoma ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki isbotlanganlik darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi;

7.4. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati (hisobot matnida ko'rsatilgan manbalarga havolalar bo'lishi shart):

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1) Anderson D. Cystic fibrosis of the pancreas and its relation to celiac disease. Amer. J.Dis. Bola. 1938; 56: 344-99.
- 2) Andrassy R., Nirgiotis J. Meconium disease of infancy: meconium ileus, meconium plug syndrome, and meconium peritonitis. In: Holder T., Ashcraft K. (eds.) Bolalar jarrohligi. Filadelfiya: V.B. Sonders, 1990; S. 331-40.
- 3) Ashkraft K.U., Xolder T.M. Detskaya xirurgiya. T.1.SPb., 1996; 384.
- 4) Bishop H., koop C. Management of meconium ileus; resection, Roux-en-Y anastomosis and ileostomy irrigation with pancreatic enzymes. Ann. Xirurg. 1957-yil; 145:410-4.
- 5) Bolalar jarrohligi, 2nd . Ed. By Burge D.M., Griffiths D.M., Steinbrecher H.A., Wheeler R.A. USA, Edward Arnold (Publisher) Ltd, 2005: 584.
- 6) Buchanan D., Rapoport S. Chemical comparison of norm meconium and meconium from patients with meconium ileus. Pediatriya 1952; 9: 340-10.
- 7) Caniano D.A., Beaver B.L. Meconium ileus: a fifteen-year experience with forty-two neonates. Xirurgiya 1957; 102: 699-703.
- 8) Donnison A.B., Shwachman H., Cross R.E. Boston bolalar kasalxonasi tibbiyot markazida ko‘rilgan mekoniy eliusi bo‘lgan 164 nafar bolaning sharhi. Pediatrics, 1966; 37: 833-50.
- 9) FitzSimmons S.C., Burkjat G.A., Borowitz. Yuqori dozali oshqozon osti bezi fermentlari qo‘shimchalari va mukovissidozli bolalarda fibrozlanuvchi kolonopatiya. N.E.J.M. 1997; S. 336: 1283-9.
- 10) Green M., Clarke J., Shwachman H. studes in cystic fibrosis of the pancreas: protein pattern in meconium ileus. Pediatriya 1958; 21:635.
- 11) Harberg F.J. Swnwkjian E.K., pokorny W.J. treatment of uncomplicated meconium ileus via T-tube ileostomy. J. Pediat. Xirurg. 1981-yil; 16: 61-3.
- 12) Irish M.S., Gollin Y., Borowitz D.S. et al. meconium elius; antenatal diagnosis and perinatal care. Fetal and Maternal Medicine Review 1996: 8: 79-83.
- 13) Kerem B., Rommens J.M., bauchanan H.A. et al. identification of the cystic fibrosis gene; genetic analysis. Science, 1989; 245: 1073-80.
- 14) Novlett H.R. Treatment of uncomplicated meconium ileus vy Gastrografin enema: a preliminary report. J Pediat. Xirurg. 1969; 4: 190-7.
- 15) Operative Pediatric Surgery ed. By Ziegler V.V., Azizxan R.G., Weber T.R. USA, McGraw-Hill, 2003; - 1339.
- 16) prenatal exografiya. Pod.red. M.V.Medvedova, 1-u izd. M.: "Realnoye vremya," 2005; 435-8.
- 17) Pure P., Hollwarth M.E. (eds.). Pediatric Surgery. Springer, Berlin, Heidelberg, 2006: 998.
- 18) Sadler W.W. Langman’s medical embryology, 8th ed. USA, Lippincott Williams & Wilkins. 200; 504.
- 19) Yu.F. Isakov, N.N.Volodin, A.V.Geraskin. Neonatal xirurgiya. Moskva. 2011g. Str-500-514.
- 20) Ziegler M.M. Meconium elius. Curr. Probl. Xirurg. 1994; 31: 731-77.