

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

**"MEKONIAL ILEUS" NOZOLOGIYASI BO'YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**Toshkent - 2025**



"TASDIQLAYMAN"

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

2025-yil "

"

**"MEKONIAL ILEUS" NOZOLOGIYASI BO'YICHA**

**MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**Toshkent - 2025**

**"MEKONIYLI ILEUS"NOZOLOGIASINI TASHXISLASH VA DAVOLASH  
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**Toshkent - 2025**

## 1. Kirish.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda mekonial ileusning dolzarbligini hisobga olgan holda tibbiyot xodimlariga ilmiy asoslangan maʼlumotlar va tavsiyalar berish, kasallikni tashxislash, jarrohlik yoʻli bilan davolashda yagona yondashuv tizimini tashkil etish va joriy qilish. Ushbu protokol Amerika bolalar xirurgiyasi assotsiatsiyasi [www.eapsa.org](http://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 – KXT kodi (MKB) -10:

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

Bayonnoma ishlab chiqilgan va qayta koʻrib chiqilgan sana: Bayonnoma 2023-yilda ishlab chiqilgan. Qayta koʻrib chiqish sanasi 2026-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:

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

**Mualliflar:**

<b>Akilov X.A.</b>	<b>O'zbekiston Respublikasi bolalar xirurglari jamiyati raisi. Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazining jarrohlik va bolalar jarrohligi bo'limi mudiri. Tibbiyot fanlari doktori, professor.</b>
<b>Primov F.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi jarrohlik va bolalar jarrohligi kafedrasida dotsenti.
<b>Abdusamatov B.Z.</b>	O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi. Respublika kam invaziv va endoskopik bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markazi direktori. Tibbiyot fanlari doktori.
<b>Salimov SH.T.</b>	TTA 1- Umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasida professori
<b>Azamxodjaev S.T.</b>	ToshPTI - urologiya, bolalar urologiyasi bo'limi mudiri. Tibbiyot fanlari doktori.
<b>Berdiyev E.A.</b>	TTA 1- Umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasida assistenti
<b>Raxmatullayev A.A.</b>	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri
<b>Aliyev M.M.</b>	ToshPTI fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori
<b>Ergashev B.B.</b>	ToshPTI shifoxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori, tibbiyot fanlari doktori
<b>Ergashev N.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, professor ToshPTI shifoxonasining bolalar jarrohligi bo'limi mudiri
<b>Xamrayev A.J.</b>	ToshPTI shifoxonasi bolalar jarrohligi kafedrasida professori, tibbiyot fanlari doktori
<b>Raxmatullayev A.A.</b>	Tibbiyot fanlari nomzodi. ToshPTI shifoxonasi bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti
<b>Narboyev T.T.</b>	Tibbiyot fanlari doktori. ToshPTI shifoxonasi fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti
<b>Olloberganov O.T.</b>	Tibbiyot fanlari doktori. ToshPTI shifoxonasi fakultet bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti
<b>Asadullayev D.R.</b>	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limi shifokori. Tibbiyot fanlari nomzodi.
<b>Urmanov N.T.</b>	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi bolalar shoshilinch jarrohligi bo'limi mudiri
<b>Shamsiyev J.A.</b>	Diplomdan keyingi ta'lim bo'limi mudiri
<b>Atakulov J.O.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori
<b>Mirzakarimov B.X.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, Andijon tibbiyot instituti bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri, professor.
<b>Sapayev O.K.</b>	tibbiyot fanlari doktori, TTA Urganch filiali bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida dotsenti
<b>Otamurodov F.A.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TTA Termiz filiali direktori
<b>Vahidov A.Sh.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, TTA "Termiz" filiali bolalar jarrohligi, urologiya, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasida professori
<b>Eshkabilov Sh.D.</b>	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi direktori o'rinbosari
<b>Umarov K.M.</b>	Tibbiyot fanlari nomzodi, Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
<b>Safarov A.Z.</b>	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori
<b>Abduazizov M.A.</b>	Bolalar milliy tibbiyot markazi umumiy jarrohlik bo'limi shifokori

<b>NAsirov M.M.</b>	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра
<b>Худайберганава А.Б.</b>	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра

**Taqrizchilar:**

<b>Yusupov Sh.A.</b>	<b>tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri</b>
<b>Sokolov Y.Y.</b>	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya tibbiyot akademiyasining bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri.

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari 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 - X.A. Akilov- Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish markazi xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri 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. - 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:

<b>YIT</b>	<b>Yuqori ichak tutilishi</b>
<b>MI</b>	Mekonial ileus
<b>MP</b>	Mekonial peritonit
<b>OIT</b>	Oshqozon ichak trakti
<b>SO'V</b>	Sun'iy o'pka ventilyatsiyasi
<b>ID</b>	Intensiv davolash
<b>IFT</b>	Immonoferment tahlil
<b>KIM</b>	Kislota-ishqor muvozanati
<b>MV</b>	Mexanik ventilyatsiya
<b>MPT</b>	магнитно-ядерная томография
<b>NSG</b>	Neyrosonografiya
<b>UQT</b>	Umumiy qon taxlili
<b>UPT</b>	Umumiy peshob tahlili
<b>OAY</b>	Ochiq arterial yo'lak
<b>AYQH</b>	Aylanib yuruvchi qon hajmi
<b>PZR</b>	polimeraza zanjir reaksiyasi
<b>RDS</b>	respirator distress sindrom
<b>NYDMB</b>	nafas yo'llaridagi doimiy musbat bosim
<b>CRO</b>	C-reaktiv oqsil
<b>HOS</b>	havo oqishi sindromi
<b>OBI</b>	og'ir bakterial infeksiya
<b>TT</b>	yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tranzitor taxipnoesi
<b>FGDS</b>	fibrogastroduodenoskopiya
<b>NOS</b>	nafas olish tezligi
<b>YUT</b>	yurak urishi tezligi
<b>ExoKG</b>	exokardiografiya
<b>Er</b>	eritrosit
<b>FiO2</b>	beriladigan kislorod konsentratsiyasi
<b>Hb</b>	gemoglobin
<b>Ht</b>	gemotokrit
<b>L</b>	leykotsit

**Ushbu tashxis/kasallik bayonnomasidan foydalanuvchilar:**

- Bolalar jarrohlari;
- Pediatriklar;
- Gastroenterologlar
- Genetika
- Shifokorlar - kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog'liqni saqlash tashkilotchilari

**Bemorlar toifasi:**

**Diagnostika usullarining (diagnostik aralashuvlarning) isbotlanganlik darajasi.  
Reyting shkalasi (RSh)**

<b>BSh</b>	<b>Dalillarning ishonchlilik darajasi</b>
------------	---

1	Etalon usulidan foydalangan holda nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
2	Referent usul yoki ba'zi randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni nazorat qiluvchi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, meta-tahlildan foydalangan holda 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**

BSH	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 (DRT) bo'yicha tavsiyalarning  
ishonchlilik darajasini baholash shkalasi**

DRT	Dalillarning 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)
B	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)
C	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:**

**Etiologiyasi:** Ionlarning transmembran transporti uchun zarur bo'lgan hujayra devorining kalsiyga bog'liq boshqaruvchi oqsilini kodlovchi gen mutatsiyasi natijasida oshqozon osti

bezining patologik epiteliy bilan qoplangan tubulyar tizimidan sekretning evakuatsiyasi buziladi. Ichak va nafas yo'llari epitelial hujayralarining zararlanishi ham kuzatiladi. [<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1681775>].

Mukovitsidoz bilan og'rigan bemorlarda mekoniy albumin miqdorini oshiradi, uglevodlar va oshqozon osti bezi fermentlari miqdorini kamaytiradi, bu esa uning yopishqoqligini oshiradi. Ichak sekretor apparatining zararlanishi quyuq yopishqoq shilimshiq ishlab chiqarilishida namoyon bo'ladi, bundan tashqari, mekoniydan suyuqlik so'rilishi sezilarli darajada kuchayadi. Mekoniy ileus rivojlanishining yana bir mexanizmi ichak motorikasining buzilishi bo'lib, u mekoniy passajining sekinlashishi va suyuqlik so'rilishining kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. [[https://www.academia.edu/44502808/The\\_Developing\\_Human\\_Clinically\\_Oriented\\_Embryology\\_by\\_Keith\\_L\\_Moore](https://www.academia.edu/44502808/The_Developing_Human_Clinically_Oriented_Embryology_by_Keith_L_Moore)].

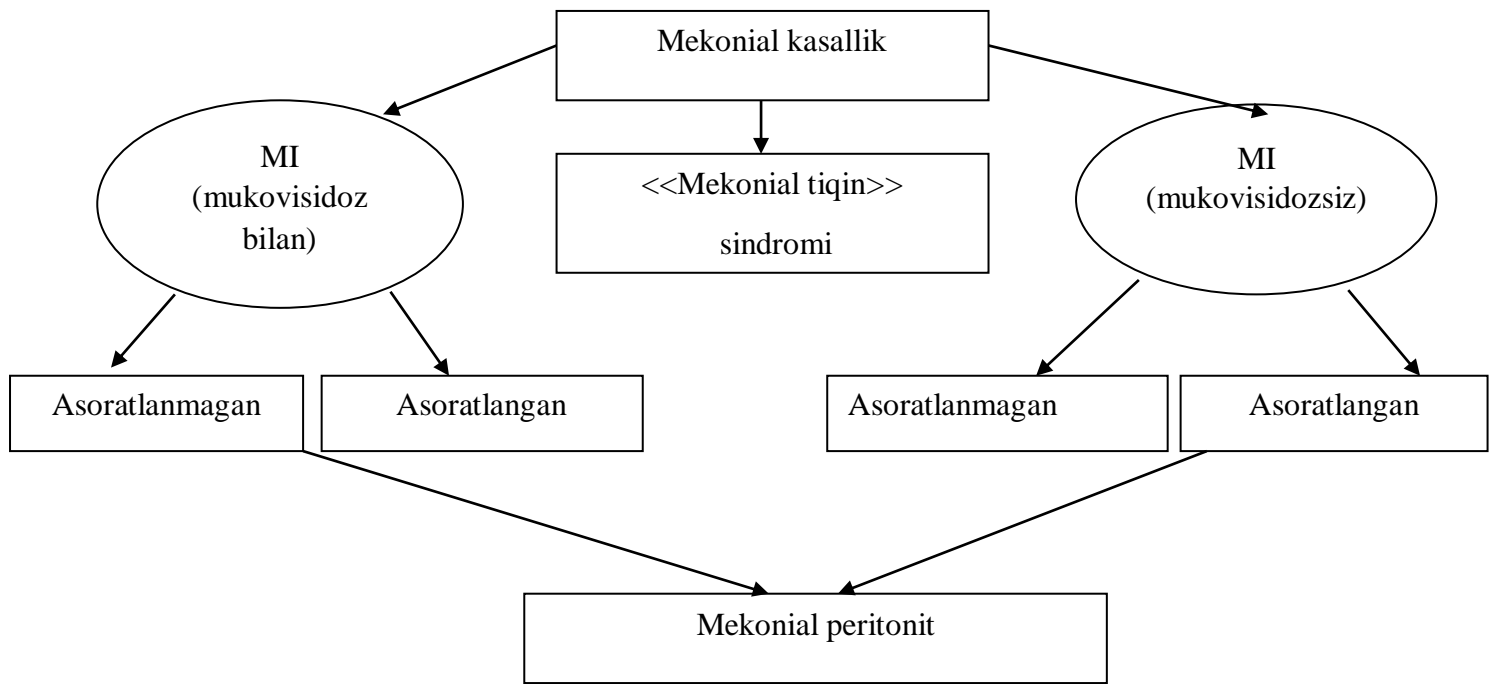
Ingichka ichakning mekoniy bilan to'lib ketishi homilada ona qornidayoq turli asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin - izolyatsiyalangan qovuzloqning buralishi va ichak atreziyasining shakllanishi, perforatsiya va mekonial peritonitning rivojlanishi. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902836/>].

## **2.2. Umumiy ta'rif:**

Mekoniy ileus - ichak bo'shlig'ining yopishqoq quyuq mekoniy bilan obturatsiyasi natijasida yuzaga keladigan tug'ma ichak tutilishi. Mekoniy ileusi 1:10 000 - 16 000 tirik tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi; u tug'ma ichak tutilishining barcha holatlarining 9-33% ni tashkil qiladi. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902836/>]. Kuzatishlarning 95 foizida mekoniyli ileus me'da osti bezining kistoz fibrozi (mukovissidoz) bilan birga kechadi, biroq u bo'lmaganda ham rivojlanishi mumkin. Chaqaloqlik davrida mukovissidoz mekoniyli ileus bilan og'rigan bemorlar orasida bolalarning 10-15% aziyat chekadi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8303613/>]. Yopishqoq mekoniyning oshqozon osti bezidagi o'zgarishlar bilan kombinatsiyasi birinchi marta 1905-yilda T. Landsteiner tomonidan qayd etilgan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840057/>]. 1936-yilda G.Fanconi birinchi marta "kistoz fibroz"ni surunkali o'pka kasalligi va oshqozon osti bezining ekzokrin yetishmovchiligi kombinatsiyasini tavsiflash uchun qo'llagan. Keyingi yillarda bir qator tadqiqotlar o'tkazildi, ularning natijasida kasallikning autosom-retsessiv tabiati aniqlandi, pre- va postnatal diagnostika tamoyillari ishlab chiqildi. Katta yoshli aholining 2,6-3,6%i 7-xromosomada xaritalangan mukovissidoz genining geterozigotali nostellari hisoblanadi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2273425/>] 75% hollarda mukovissidozning sababi Delta F508 genining mutatsiyasi hisoblanadi. Agar bu mutatsiya ota-onaning ikkalasida ham uchramasa, homilada kistoz fibroz xavfi yetarlicha past - 1:4000. Ota-onaning ikkalasi ham tashuvchi bo'lgan hollarda, homilada kistoz fibroz rivojlanish xavfi 1:20 ni tashkil qiladi.

## **2. 3. Klinik tasnifi:**

Hozirgi vaqtda mekoniya kasalligi variantlarining imkoniyatlari yaxshi ma'lum bo'lib, ular [<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1681775>] diagrammasida uch turga ajratilgan:



### 3. Metodlar, yondashuvlar va diagnostika jarayonlari.

#### 3.1. Diagnostika mezonlari:

##### Shikoyatlari va anamnez.

Prenatal diagnostika MIning prenatal diagnostikasi faqat ushbu patologiyaga xos bo‘lgan tipik va xarakterli belgilarga ega emas.

---Biroq, homiladorlikning 20-haftasidan 24-haftasigacha ichak bo‘ylab o‘tkazuvchanlikning buzilishi belgilari paydo bo‘lishi mumkin - ichak qovuzloqlarining kengayishi, ichak tarkibining giperexogenligi, ko‘p suvlilik.

---Homilaning mukovissidoz bilan kasallangan qismida o‘t pufagi ko‘rinmaydi.

Homilani sonografik tekshirish bilan shug‘ullanadigan vrach-perinatologlar boshqa ko‘pgina rivojlanish nuqsonlarida ham shunga o‘xshash manzarani ko‘radilar. Masalan, homiladorlikning xuddi shu muddatlarida ichak qovuzloqlarining kengayishi ichak atreziyasida paydo bo‘ladi, ichakning giperexogenligi Daun sindromi va sitomegalovirus infeksiyasi uchun xosdir va o‘t pufagining vizualizatsiyasi yo‘qligi biliar atreziya, o‘t pufagi aplaziyasining belgisi bo‘lishi mumkin. Mana shu simptomlarning hammasini ma‘lum qisqa muddat ichida sog‘lom homilada ham ko‘rish mumkin. Shunday qilib, sanab o‘tilgan simptomlarning aniqlanishi rivojlanish nuqsonlari shakllanishi xavfi sifatida qaralishi kerak, ularni aniqlash esa homilador ayolni sinchkovlik bilan kuzatishni talab qiladi. Noqulay oilaviy anamnezda yoki sonografiya ma‘lumotlariga ko‘ra, homilada oshqozon-ichak trakti tutilishining kuchayishi holatida xorionbiopsiya yoki amniotsentez o‘tkazish va homila atrofi suvlari va yo‘ldosh to‘qimasini mukovissidoz geni mavjudligiga tekshirish, shuningdek, ipak fosfatazasi izoenzimlarini aniqlash tavsiya etiladi. Bu usul homiladorlikning 18-20-haftasidan boshlab qo‘llanilishi mumkin.

Homila qorin bo‘shlig‘ida kalsifikatlarning to‘satdan paydo bo‘lishi, erkin qorin bo‘shlig‘ida giperexogen suyuqlik yoki quyuq tarkibli kistaning paydo bo‘lishi MI asoratlari - bachadon ichi

ichak perforatsiyasi va MP paydo bo'lganligini ko'rsatadi. MP fetopatiya hisoblanadi, shuning uchun ultratovush tekshiruvda ancha kech tashxislanadi va quyidagi belgilar bilan tavsiflanadi.

----- Ichak qovuzloqlarining kengayishi - MP darakchisi - homiladorlikning 26-30-haftasidan boshlab ko'rish mumkin.

-----Homiladorlikning 32-haftasidan keyin paydo bo'ladigan kalsifikatlar (mekoniy erkin qorin bo'shlig'iga tushgandan 48 soat o'tgach kalsifikatsiyalanadi), suyuqlikning yuqori exotenzoz zichligi bilan assit, giperoxogen suspenziya bilan kistoz tuzilmalar yoki ushbu alomatlarning kombinatsiyasi.

### **Fizikal tekshiruv:**

----MIning asoratsiz shakli ko'pincha bola hayotining 1-2-kunlarida to'liq KN manzarasi bilan namoyon bo'ladi - qorin shishgan, cho'zilgan xamirsimon konsistensiyali ichak qovuzloqlari konturlanadi, oshqozonda dimlangan suyuqlik aniqlanadi, mekoniy chiqmaydi. Ichak obstruksiyasining yengil darajasi kamroq uchraydi, bunday obstruksiyani klizmalar yordamida bartaraf etish mumkin. Klinik jihatdan u "mekoniy tiqini" sindromiga o'xshaydi.

----MIning asoratlangan shaklida, ya'ni MPda, klinik ko'rinish tezroq rivojlanadi: yuqorida sanab o'tilgan KN belgilaridan tashqari, bola hayotining dastlabki soatlaridan boshlab intoksikatsiya tez o'sib boradi, shoshilinch yordam ko'rsatilmasa, ko'p a'zolar yetishmovchiligi yuzaga kelishi mumkin.

### **Laboratoriya tekshiruvlari:**

Eng ishonchli ma'lumotlarni mukovissidozga quyidagi testlarni o'tkazishda olish mumkin.

-----Qon dog'lari ("quruq dog" usuli) yoki dezoksiribonuklein kislota (DNK) namunalarini mukovissidoz genining asosiy mutatsiyalariga tekshirish.

-----Gibson va Kukning ter testi (ter elektrolitlarini o'rganish) - pilokarpin bilan elektroforez yordamida terlashni rag'batlantirish va keyinchalik terdagi xloridlarni aniqlash. Ter bezlari sekretida natriy xloridning konsentratsiyasi normada 40 mmol/l dan oshmaydi. Xloridlar konsentratsiyasi 60 mmol/l dan yuqori bo'lganda mukovissidoz tashxisi ehtimoliy, xloridlar konsentratsiyasi 100 mmol/l dan yuqori bo'lganda esa ishonchli hisoblanadi.

-----Koprologik tekshiruv - oqsil, ko'p miqdorda neytral yog'ni aniqlash mukovissidoz uchun mutlaqo xos emas, ammo qo'shimcha tekshiruvni talab qiladi.

### **Instrumental tekshiruvlar:**

Vertikal holatda bajarilgan obzorli rentgenogrammada MIning asoratlanmagan shaklida ichakning bir necha gorizontol sathlar bilan kengayishi va ichak qovuzloqlarining notekis pnevmatizatsiyasi - qorin bo'shlig'ining pastki qismlarida ichak qovuzloqlarining gaz bilan to'lishining pasayishi aniqlanadi. MI bilan og'rigan bolalarning bir qismida qorinning pastki qismida o'ng tomonda gaz pufakchalari aniqlanadi - "sovun ko'pigi yoki xira shisha" simptomi, bu zich ichak massalari ichida joylashgan gaz. Yuqorida bayon etilgan qoidalar bo'yicha bajarilgan irrigografiyada "mikro-kolon" simptomi aniqlanadi.

MI bilan og'rigan bolaning umumiy rentgenogrammasi va irrigogrammasida ushbu kasallik uchun patognomonik bo'lgan yana bir alomatni - o'ng yonbosh sohasi proyeksiyasida yumaloq zich soyalarning mavjudligini ko'rish mumkin. Bular yonbosh va yo'g'on ichakning toraygan

qismini to'ldirib turuvchi "tasbeh" shaklidagi zich shilliq sharchalar bo'lib, operatsiya vaqtida yaxshi ko'rinadi.

MIning asoratlangan shakli bilan og'riq bolaning rentgen tekshiruvi har doim ham paydo bo'lgan perforatsiyani aniqlashga imkon bermaydi, chunki bu asoratning pnevmoperitoneum kabi mutlaq belgisi holatlarning yarmidan ko'pida aniqlanmaydi. Gap shundaki, perforatsiya, odatda, o'tish zonasida, ya'ni maksimal darajada kengaygan olib keluvchi ichakning shilliq-oqsilli sharchalar ko'rinishidagi "tasbehlar" bilan to'ldirilgan tor olib ketuvchi bo'limga o'tish joyida sodir bo'ladi. Quyuq yopishqoq suyuqlik tufayli chanoq har doim ham ichakning bu qismiga yetib bormaydi, lekin qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik paydo bo'ladi.

MI ning rivojlangan asoratlarida erkin qorin bo'shlig'ida giperexogen suyuqlik, uning yon tomonlarda to'planishi, shuningdek kalsifikatlarni ko'rsatadigan ultratovush ma'lumotlari eng ko'p ma'lumot beradi. Bularning barchasi olib keluvchi ichakning haddan tashqari cho'zilgan devorining ishemiyasi va nekrozi, o'tish zonasida ichak qovuzloqlarining izolyatsiyalangan buralishi va boshqa homila ichi yoki erta postnatal asoratlar fonida yuzaga kelgan perforatsiyadan dalolat beradi.

Shunday qilib, MIga shubha tug'ilganda, tashxisni aniqlashtirish uchun barcha bolalarga quyidagi nur tashxisi usullarini qo'llash zarur:

----agar bemorning ahvoli imkon bersa, vertikal holatda yoki bolaning ahvoli juda og'ir bo'lsa va bemorning tana holatini o'zgartirishga imkon bermasa, lateral holatda qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenogrammasi;

----to'g'ri proyeksiyada irrigografiya (irrigoskopiya);

----Qorin bo'shlig'i va qorin parda orti sohasi UTT.

### **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:**

Mekoniqli ileusni tug'ma ichak tutilishining boshqa shakllaridan, shuningdek, pnevmoniya, sepsis va infeksiyon toksikozdagi ichak parezidan farqlash kerak. Murakkab hollarda diagnostik laparoskopiya yoki laparotomiya o'tkaziladi va ichak tutilishi sababi aniqlanadi.

### **4. Davolash taktikasi:**

#### **Antinatal taktika va tug'ruq.**

Antenatal ultratovush tekshiruvi nafaqat tug'ma nuqsonni tashxislash, balki tug'ruq muddati va usulini aniqlash imkonini beradi. SP bilan og'riq bola perinatal markazda yoki statsionarda tug'ilishi kerak, bu sharoitda unga yuqori ixtisoslashtirilgan jarrohlik Neonatal xizmati maksimal darajada yaqinlashtirilgan. Tug'ruq muddati prenatal konsilium tomonidan belgilanadi. Muddatidan oldingi tug'ruq noxush ultratovush belgilari mavjud bo'lganda ko'rsatiladi. Qorin hajmi kattalashgan homilaning aylanasi homila boshining aylanasi ancha katta bo'lgan hollarda, shuningdek homilani bachadondan haydash jarayonida ulkan soxta kistaning yorilishi

xavfi bo'lgan hollarda kesarcha kesish yo'li bilan tug'dirishning maqsadga muvofiqligi to'g'risidagi masala qo'yiladi.

**Neonatolog taktikasi:** bemor holatini barqarorlashtirish, qorin bo'shlig'i a'zolari va ko'krak qafasining tug'lgandan keyingi 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, TPQKni tuzatishdan oldin to'liq parenteral oziqlantirish, oshqozonning doimiy dekompressiyasi, operatsiyadan keyingi davrda erda enteral oziqlantirish.

**Dori-darmonlar bilan davolash:** O'n ikki barmoq ichak tutilishi shoshilinch jarrohlik yordamini talab qiladi.

**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 erda 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). - Atrakuriuma besilat 0,5mg/kg/soat - Pipekuroniy bromid 0,025mg/kg/soat Operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish: Vena ichiga doimiy ravishda fentanil 5-10mkg/kg/soat miqdorda 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 yuboriladi. 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 yangi tug'ilgan 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 miqdorida 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 bola hayotining uchinchi sutkasidan, kalsiyni hayotining birinchi sutkasidan boshlab berish maqsadga muvofiqdir.

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

**GIPONATRIYEMIYANI KORREKSIYALASH** (Na < 125 mmol/l) 10% NaCl hajmi (ml) = (135 - Na) × 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<sup>++</sup> ga bo‘lgan ehtiyoj kuniga 1-2 mmol/kg ni tashkil qiladi – Gipokalsiyemiya < 0,62 -0,75 mmol/l (chala tug‘ilganlar - ionlangan Ca<sup>++</sup>) – Giperkalsiyemiya > 1,25 mmol/l (ionlangan Ca<sup>++</sup>) – 1 ml 10% kalsiy xlorid tarkibida 0,9 mmolSa<sup>++</sup> mavjud – 1 ml 10% kalsiy glyukonat tarkibida 0,3 mmolSa<sup>+</sup> mavjud.

**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.

### **MI ning asoratlanmagan shaklini davolash konservativ va xirurgik bo‘lishi mumkin**

#### **Konservativ davolash**

Mekoniyl ileusni konservativ davolash (terapevtik irrigografiya) faqat quyidagi hollarda qo‘llaniladi:

----rentgenologik tekshiruvlar asosida tug‘ma ichak tutilishining boshqa sabablari istisno qilingan holda:

----ichak buralishi, ichak nekrozi, perforatsiyasi, peritonit, ichak atreziyasi asoratli kechishi belgilari bor yoki yo‘q bo‘lgan xolatlarda;

----bolaning kelajakda suyuqlik yo‘qotishini hisobga olgan holda dastlabki infuzion tayyorgarlik o‘tkazildi ("uchinchi" bo‘shliqda - ichakda sekvestratsiya) va suyuqlikni parenteral yuborishni davom ettirish imkoniyati mavjud;

---- oldindan antibakterial preparatlar bilan profilaktik davolash boshlangan holatda;

----yangi tug‘ilgan chaqaloqning ahvolini xirurgik kuzatish ta’minlangan holatda.

Terapevtik irrigografiyada kontrast moddaning suvli giperosmolyar eritmasi qo‘llaniladi, u suyuqlikni ichak bo‘shlig‘iga tortadi, mekoniyli massalarni suyultiradi va yumshatadi.

Kontrast modda rentgenoskopiya nazorati ostida kateter orqali to‘g‘ri ichakka yonbosh ichakning kengaygan qismlariga reflyuks paydo bo‘lguncha va kontrastlanguncha asta-sekin yuboriladi, shundan so‘ng qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining umumiy rentgenografiyasi amalga oshiriladi (ichak teshilishi istisno qilinadi).

Keyin bola shifokor nazorati ostida bo‘ladi, unga tomirli najas va qusish bilan qo‘shimcha yo‘qotishlarni hisobga olgan holda suvsizlanishning oldini olish bo‘yicha intensiv chora-tadbirlar davom ettiriladi, diurez albatta hisobga olinadi. Infuzion terapiya hajmi kuniga 150 ml/kg dan kam emas.

Muolaja samarasi 24-48 soat ichida yarim suyuq mekoniyning mustaqil ajralishi ko‘rinishida yuzaga keladi. Ichaklarni yaxshiroq bo‘shatish uchun atsetilsistein eritmasi bilan tozalovchi huqnalarni ham qo‘llaniladi.

Nazorat rentgenogrammalari mekoniy evakuatsiyasi boshlanganidan 8 va 12 soat o‘tgach, ichakning bo‘shatilishini tasdiqlash va ichak devorining kech perforatsiyasini istisno qilish uchun amalga oshiriladi.

Birinchi muolajadan so‘ng samara bo‘lmasa yoki uning natijasi yetarli bo‘lmasa, 12-24 soat oraliqda konservativ choralarni qo‘llashga yana bir necha bor urinish mumkin.

O‘tkazilayotgan terapiya fonida saqlanib qolgan mekoniy stazi, shuningdek, qorin dam bo‘lishining kuchayishi, bemor ahvolidagi yomonlashuvi yoki ichak perforatsiyasi va peritonit belgilari jarrohlik aralashuvini o‘tkazishga ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadi.

Konservativ davolashning samaradorligi 65-85% ni tashkil etadi. Ichak tuzalgandan so‘ng va intensiv terapiya tugagandan so‘ng, oshqozon-ichak traktining yuqori qismlarida sekretni suyultirish uchun oshqozon zondiga har 6 soatda 5,0 ml dan 10% atsetilsistein eritmasini yuborish boshlanadi.

Ichak tutilishi konservativ yo‘l bilan bartaraf etilganidan keyin 48 soat o‘tgach, bolani ovqatlantirishni boshlash mumkin, bunda albatta pankreatik germentonlar berib turish kerak.

Konservativ davolash usulining dahshatli asorati ichak devorining teshilishi bo‘lib, uning xavfi muolajani takrorlash bilan ortadi. Irrigografiyadan 12-48 soat o‘tgach, ichak qovuzloqlarining sezilarli darajada o‘zgarishi yoki ichak shilliq qavatining giperosmolyar kontrast modda bilan shikastlanishi natijasida ichakning burun teshilishi yuzaga kelishi mumkin.

Nekrozlovchi enterokolitning keyinchalik ichak nekrozi va perforatsiyasi bilan rivojlanishi, ehtimol, bolaning infuzion tayyorgarligi yetarli bo‘lmaganda, ichak ichi bosimi oshganda shilliq qavatning ishemiyasi va mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi bilan gipovolemik shokning rivojlanishi bilan bog‘liq.

Asoratlarning oldini olish tadqiqot o‘tkazish uslubiga rioya qilish, rentgenoskopiya nazorati ostida eritmani to‘g‘ri ichakka sekin yuborish va yetarli intensiv terapiyadan iborat.

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, gipotenzivada MQH ni 0,9% natriy xlorid eritmasi bilan 10-20 ml/kg dan to‘ldirish tavsiya etiladi. Gemostatiklar Vitamin K Ditsinon Etamzilat natriy

Ko‘rsatmalarga ko‘ra: Gemo-plazma-albuminotransfuziya Boshqa davolash usullari - yo‘q.

### **4.3. Jarrohlik aralashuvi:**

Jarrohlik davolash bir necha usullarni o‘z ichiga oladi va MI ning asoratlanmagan shakllarini tuzatishda, mukovissidoz intraoperatsion topilma bo‘lganda, shuningdek, konservativ terapiya samarasiz bo‘lganda va MI ning asoratlangan shakllarida qo‘llaniladi.

Tugʻma ichak tutilishining ushbu turida jarrohlik aralashuvining maqsadi ichak boʻshligʻidagi tarkibni evakuatsiya qilishdir. Quyida MI ni davolashda qoʻllaniladigan zamonaviy operatsiyalar sharhi keltirilgan.

I. Jarrohlik yoʻli bilan davolash davri ingichka ichakning kengaygan (obturatsiyalangan) qismi bilan uning toraygan qismi oʻrtasidagi oʻtish zonasiga qoʻshaloq enterostoma qoʻyishdan boshlandi. Hozirgi kungacha bu usul jarrohlardan tomonidan tez-tez qoʻllaniladi. Operatsiya kindik sohasida oʻng tomondagi koʻndalang laparotomiya yoki sirkumumbilikal yoʻl orqali amalga oshiriladi. Jarohatga ingichka ichakning kengaygan qovuzlogʻi chiqariladi va ichak tutqichi tomirlariga ishlov berilgandan soʻng, ichak oʻtish zonasida kesiladi.

II. MI ning asoratlanmagan shaklini davolash uchun taklif etilgan keyingi usul - J. Mikulicz boʻyicha qoʻsh ileostoma qoʻyish.

III. Ichakning oʻtish zonasida enterotomiya oʻtkazish, ingichka ichak tarkibini intraoperativ yuvish va enterotomik jarohatni koʻndalang yoʻnalishda tikish orqali ichak devorining butunligini tiklash texnologiyasi ham hozirgi vaqtda qoʻllanilmoqda.

IV. Yaqinlashtiruvchi va uzoqlashtiruvchi ichak diametri oʻrtasida sezilarli farq boʻlgan hollarda, 1968-yilda F. Rehbein tomonidan taklif qilingan "ikki kateterli" ileostoma yaratish texnikasi muvaffaqiyatli qoʻllaniladi.

V. Mida ichak boʻylab oʻtishni tiklash uchun Bishop-Koop yoki T. Santulli boʻyicha T-simon anastomoz, shuningdek, appendikostoma orqali ichakning olib keluvchi qismini drenajlash ham qoʻllaniladi.

Jarrohlik yoʻli bilan davolash bemorni operatsiyaga puxta tayyorlash - eksikozni bartaraf etish, giperbilirubinemiya darajasini pasaytirish, gomeostazni tiklashdan keyingina mumkin. Anatoziyning tavsiyasiga koʻra dori vositalarini vena ichiga va mushak ichiga yuborish. Tashxis qoʻyilgandan soʻng, kindik venalarini kateterizatsiya qilish mumkin emas. Periferik venoz kirish, agar qarshi koʻrsatmalar boʻlmasa, markaziy boʻlgani maʼqul.

Ingichka ichakning toʻmtiq tugaydigan qismlari oʻrtasida anastomoz hosil qilish orqali ichak tutilishi sababini aniqlash, ichak nayining butunligini tiklash.

### **Chala tugʻilgan chaqaloqlarda mekoniyli ileusni davolash**

#### **Konservativ terapiya protokoli MI:**

----Suyuq parafin (vazelin moyi\*) yoki glitserol bilan huqna (glitserin bilan) kuniga 2-3 marta.

----Yoʻgʻon ichakni kuniga 2-3 marta natriy xloridning izotonik eritmasiga atsetilsistein (100,0 ml natriy xloridning izotonik eritmasiga 2 g) yoki Yogeksol (Omnipak) ni 1:1 nisbatda qoʻshgan holda yuqori darajada yuvish, bunda birinchi muolajani elektron-optik oʻzgartirgich ekranini nazorati ostida oʻtkazgan maʼqul.

----Kundalik ultratovush nazorati, agar kerak boʻlsa, mumkin boʻlgan asoratlarni tashxislash uchun qorin boʻshligʻi aʼzolarining holatini rentgenologik nazorat qilish.

----Ichakni yuvishdan kutilgan natija boʻlmagan taqdirda, oshqozonga yogeksol (Omnipak\*) (3 ml) yuborish va 2, 6, 12 dan keyin rentgenogramma qilish koʻrsatilgan. Kontrast qoʻyishdan keyin 24, 36 soat

#### 4.4. Keyingi davolanish bosqichlari:

Terapiya tamoyillari tugʻma ichak tutilishini davolashdagi tamoyillarga mos keladi.

Ularga qoʻshimcha sifatida ichak sekretini suyultirish uchun oshqozon va ilsostomaga astistiliysteinning 10% li suvli eritmasini yuborish va shu eritma bilan ichak oqmalarining olib keluvchi va olib ketuvchi qismlarini yuvish mumkin.

Enteral nagruzka ozuqa elementlarining yaxshiroq oʻzlashtirilishi uchun oqsil gidrolizati asosidagi sutli aralashmalar bilan oʻtkaziladi. Dastlabki bosqichda yaxshisi 2 marta suyultirilgan sut aralashmasini kiritish kerak.

Fermentlar oshirilgan dozada (120 ml toʻla qiymatli sut aralashmasiga 2000-4000 ED linaza) yuboriladi.

Bir qancha hollarda ichakning proksimal oqmasidan ajralma olib, keyin uni distal oqмага yuborish yoʻli bilan epiteliyning oʻsishini kuchaytirish va ichakning olib ketuvchi boʻlimida bakteriyalar kolonizatsiyasining oldini olish qoʻllaniladi.

Shuningdek, oqimchanning olib ketuvchi qismiga oqsil gidrolizati asosidagi sut aralashmasini kiritish mumkin.

Ichak oqmalari birlamchi operatsiyadan keyin 2-4 hafta oʻtgach bartaraf etiladi.

Qorin old devori va dumba terisini ehtiyotkorlik bilan parvarish qilish kerak, chunki katta dozada fermentlarni oʻz ichiga olgan ichak shilliq qavati shikastlovchi taʼsirga ega. Terini himoya qilish uchun rux pastalari va kremlari, bitish uchun epitelizatsiyani ragʻbatlantiruvchi gellar va malhamlar qoʻllaniladi.

Rekonvalessensiya davrida tegishli terapiyani ulash uchun mukovissidozning qoʻshimcha diagnostikasi (terlash yoki genetik tekshiruv) zarur.

#### 4.5. Davolash samaradorligi koʻrsatkichlari:

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

#### Davolashda qoʻllaniladigan preparatlar (taʼsir etuvchi moddalar) roʻyxati:

№	Farmakologik guruhi	Xalqaro nomi	Qoʻllash usullari	Isbotlanganlik darajasi
1	Operatsiyadan keyingi davrda ogʻriqni qoldirish uchun narkotik analgetik.	Morfin gidroklorid, 1%-1 ml	mushak ichiga	<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>
2	Operatsiyadan keyingi davrda ogʻriqni qoldirish uchun narkotik	Fentanil 0,005%	vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/x">https://www.rlsnet.ru/library/articles/x</a>

	analgetik.			<a href="https://lex.uz/docs/6590074">irurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
3	Aralash harakat analgetiklari - operatsiyadan keyingi davrda.	Tramadol, 100 mg - 2 ml	mushak ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
4	2-avlod sefalosporinlari.	Sefuroksim 750 mg dan vena ichiga va mushak orasiga har 8 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
5	3-avlod sefalosporinlari.	Seftazidim, 100 mg/kg har 8-12 soatda.	vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6	3-avlod sefalosporinlari.	Seftriakson 1 g dan venaga va mushak orasiga har 12 soatda.	mushak ichiga/vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiiya/precen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiiya/precen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
7	3-avlod sefalosporinlari.	Sefotaksim, eritma tayyorlash uchun 1 g	mushak ichiga/vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/precen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
8	3-avlod sefalosporinlari.	Sefoperazon 2-4 g dan	mushak ichiga/vena	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a>

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

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

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

№	Farmakologik guruhi	Xalqaro nomi	Qo'llash usullari	Isbotlanganlik darajasi
1	Antisekretor preparat proton pompi ingibitori hisoblanadi.	Omeprazol.	vena ichiga	<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>
2	Qon to'xtatuvchi preparat	Etamizilat, inyeksiya uchun eritma 12,5%-2 ml	Operatsiyadan bir soat oldin vena ichiga, mushak orasiga.	<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	To'g'ri ta'sir qiluvchi antikoagulyant (tromblarning oldini olish uchun)	Geparin 5000-1000-2000 XB/s	250-500 mg	<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	Diuretiklar	Furosemid, 20-40 mg, inyeksiyalar uchun eritma 1%-2 ml	vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

				<a href="#">terapii-70</a>
6	Komponentlar masalasi	Ko'rsatma bo'yicha eritrotsitar massa	vena ichiga	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perece-n-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perece-n-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
7	Qon komponentlari	Yangi muzlatilgan plazma yo'riqnomaga muvofiq.	Vena ichiga, teri ostiga, mushak ichiga,	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perece-n-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perece-n-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

**Kasalxonaga yotqizish.** Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar Yangi tug'ilgan chaqaloqni aniqlangan tashxidan so'ng zudlik bilan jarrohlik statsionariga 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 mutaxassislari) axboroti:

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

7.3. Bayonnomani qayta ko'rib chiqish shartlarini kiritish: Bayonnoma ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki isbotlash darajasiga ega bo'lgan 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. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - СПб.: Пит-Тал, 1996. — Т. 1. - С. 366-376.
2. Детская хирургия. Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН Ю.Ф. Исакова, проф. А.Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Караваева С.А., Игнатъев Е.М. Об опыте хирургического лечения ме-кониевого перитонита // Научные ведомости Белгородского государственного университета. - 2012. — № 4 (123). — Вып. 17. — С. 42-47.
4. Караваева С.А., Игнатъев Е.М. Мекониевый перитонит у детей с дуоденальной атрезией // Неонатология, хирургия и перинатальная медицина. — 2012. — № 2. — С. 120-124.
5. Немилова Т.К., Караваева С.А., Игнатъев Е.М. Мекониевый перитонит: современная трактовка, диагностика, тактика, лечение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2012. — № 4. — С. 108-111.
6. Agerty H.A., Ziserman A.J., Shollenberger C.L. A case of perforation of the ileum in a newborn infant with operation and recovery // J. Pediatr. - 1943. - Vol. 22. - P. 233-238.

7. Alan R. Smyth, Scott C. Bell, Snezana Bojin et al. European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Best Practice guidelines // *J. of Cystic Fibrosis*. - 2014. - Vol. 13. — P. 23-42.
8. Andersen D.H. Cistis fibrosis of the panereas and its relation to celiac disease: A clinical and pathologic study // *Am J Dis Child*. - 1938. - Vol. 56. - P. 344-399.
9. Bishop H.C., Koop C.E. Management of meconium ileus; resection, Roux-en-Y anastomosis and ileostomy irrigation with pancreatic enzymes // *Ann. Surg.* - 1957. — Vol. 145. — P. 410-414.
10. Bombieri C., Claustres M., De Boeck K. et al. Recommendations for the classification of diseases as CFTR related disorders // *J. Cyst. Fibros.* - 2011. - Vol. 10. -
11. Boyd A., Carachi R., Azmy A.F. et al. Gastrografin enema in meconium ileus: the persistent approach // *Pediatr Surg. Int.* - 1988. - Vol. 3. - P. 139-140.
12. Carlyle B.E., Borowitz D.S., Glick P.L. A review of pathophysiology and management of fetuses and neonates with meconium ileus for the pediatric surgeon // *J. of Pediatric Surgery*, - 2012. - Vol. 47. — P. 772-781.
13. Clatworthy H.W. Jr, Howard W.H., Lloyd J. The meconium plug syndrome // *Surgery*. — 1956. — Vol. 39. — P. 131-142.
14. Copeland D.R., St Peter S.D., Sharp S.W. et al. Diminishing role of contrast enema in simple meconium ileus // *J. Pediatr Surg.* - 2009. - Vol. 44. - P. 2130- 2132.
15. Dimmitt R.A., Moss R.L. Meconium diseases in infants with very low birth weight // *Semin Pediatr Surg.* - 2000. - Vol. 9. — P. 79-83.
16. Ellis D.G., Clatworthy H.W. The meconium plug syndrome revisited // *J Pediatr Surg.* - 1966. - Vol. 1. - P. 54-61.
17. Emil S., Nguyen Th., Sills J., Padilla G. Meconium Obstruction in Extremely Low-Birth-Weight Neonates: Guidelines for Diagnosis and Management // *Journal of Pediatric Surgery*. - 2004. — Vol. 39. — P. 731-737.
18. Escobar M.A., Grosfeld J.L., Burdick J.J. et al. Surgical considerations in cystic fibrosis: a 32-year evaluation of outcomes // *Surgery*. - 2005. — Vol. 138. — P. 560-572.
19. Farber S.J. The relation of pancreatic achylia to meconium ileus // *J. Pediatrics*. —1944. — Vol. 24. -P. 387-392.
20. Gorter R.R., Karimi A., Sleeboom Chr. et al. Clinical and genetic characteristics of meconium ileus in newborns with and without cystic fibrosis // *J. Pediatr Gastroenterol.* - 2010. - Vol. 50. - P. 569-572.
21. Haiden N., Jilma B., Gerhold B. et al. Small volume enemas do not accelerate meconium evacuation in very low birth weight infants // *J. Pediatr Gastroenterol Nutr.* - 2007. — Vol. 44. — P. 270-273.
22. Hatanaka A., Nakahara S. Management of extremely low birth weight neonates with bowel obstruction within 2 weeks after birth // *Surgery today*. - 2014. - Vol. 44. - P. 2269-2274.
23. Hiatt R.B., Wilson P.E. Celiac syndrome: Therapy of meconium ileus: Report of 8 cases with review of the literature // *Surg Gynecol Obstet.* — 1948. - Vol. 87. — P. 317-327.
24. Jawaheer J., Khalil B., Plummer T. et al. Primary resection and anastomosis for complicated meconium ileus: a safe procedure? // *Pediatr Surg. Int.* — 2007. — Vol. 23. — P. 1091-1093.
25. Karimi A., Gorter R., Sleehnom C. et al. Issues in management of simple and complex meconium ileus // *J. of Pediatric Surgery Int.* - 2011. — Vol. 27. -P. 963-968.
26. Kieley E. Meconium ileus // In: Puri P (ed.) *Newborn surgery*, 2nd edition. — London: Arnold, 2003. - P. 465-471.