

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

**“TUG'MA YUQORI ICHAK TUTILISHI” NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

Toshkent – 2025

«TASDIQLAYMAN»
O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash
vazirligi tuzilmasidagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy
malakasini oshirish markazi direktori,
O'zbekiston Respublikasi bolalar jarrohlari
jamiyati rasi, professor
Akilov X.O.

« » 2025 y

**«TUG'MA YUQORI ICHAK TUTILISHI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

**«TUG'MA YUQORI ICHAK TUTILISHI» TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK BAYONNOMASI**

Toshkent – 2025

1. Kirish.

Chaqaloqlarda tug'ma o'n ikki barmoqli ichak tutilishining dolzarbligini hisobga olgan holda, tibbiyot xodimlariga ilmiy asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalar berish, kasallikni tashxislash va jarrohlik davolashda yagona yondashuv tizimini tashkil etish va joriy etish. Ushbu protokol Amerika pediatriya jarrohlari assotsiatsiyasining klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan www.eapsa.org, Evropa bolalar jarrohlari assotsiatsiyasi <http://www.eupsa.info/>, Rossiya bolalar jarrohlari assotsiatsiyasi <https://www.radh.ru/> olingan.

Halqaro kasalliklar klassifikatori – HKK(MKB)-10 kodi:

Q 41.0	o'n ikki barmoqli ichak tug'ma yo'qligi, atreziyas va stenozi
Q 45.1	Halqasimon oshqozon osti bezi
	http://mkb-10.com

Halqaro kasalliklar klassifikatori – HKK(MKB)-11 kodi:

DA50.0	o'n ikki barmoqli ichak tug'ma yo'qligi, atreziyas va stenozi
LB21.0	Halqasimon oshqozon osti bezi
	http://mkb-10.com

Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: Bayonnomma 2025 yil ishlab chiqilgan. Qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil;

Milliy klinik bayonnomma ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Respublika bolalarning kam invaziv va endoskopik jarrohlari ilmiy-amaliy markazi (RSPSMIYEKDV), Bolalar milliy tibbiyot markazi.

Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo'shganlar:

Jarayonni tashkil etish bo'yicha bolalar jarrohlari yo'nalishi bo'yicha ishchi guruh a'zolari:

Akilov X.A.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri. O'zbekiston Respublikasi Bolalar jarrohlari jamiyati raisi.
Abdusamatov B.Z.	Tibbiyot fanlari doktori Respublika bolalarning minimal invaziv va yendoskopik jarrohlari ilmiy-amaliy markazi (RSPSMIYEKDV) direktori. O'ZBEKISTON Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
A'zamxo'jayev S.T.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasini mudiri
Raxmatullayev A.A.	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri
Ergashev N. SH.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri, professor
Asadullayev D.R.	Ph.D. – Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining bolalar shoshilinch xirurgiyasi bo'limi shifokori
SHamsiyev J.A.	Oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim kafedrasini mudiri
Sapayev O.K.	Tibbiyot fanlari doktori TMA Urganch filiali bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini dotsenti
Otamurodov F.A.	Tibbiyot fanlari doktori TMA Termiz filiali direktori
Umarov K.M.	Tibbiyot fanlari nomzodi Bolalar Milliy TibbiyotMarkazi umumiy xirurgiya bo'lim vrach ordinator

Mualliflar ro'yxati:

Akilov X.A.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri. O'ZBEKISTON Respublikasi Bolalar jarrohlari jamiyati raisi.
Primov F.SH.	Tibbiyot fanlari doktori Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kafedrasini dotsenti .
Abdusamatov B.Z.	Tibbiyot fanlari doktori Respublika bolalarning minimal invaziv va yendoskopik jarrohligi ilmiy-amaliy markazi (RSPSMIYEKDV) direktori. O'ZBEKISTON Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining bosh bolalar jarrohi.
Salimov SH.T.	TMA Umumiy va bolalar xirurgiyasi kafedrasini 1-sonli professori
A'zamxo'jayev S.T.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI urologiya, bolalar urologiyasi kafedrasini mudiri
Berdiyev E.A.	TMA umumiy va bolalar xirurgiyasi kafedrasini 1-sonli assistent
Raxmatullayev A.A.	Toshkent pediatriya tibbiyot instituti fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri
Aliyev M.M.	ToshPTI fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasini professori
Ergashev B.B.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrasini professori
Ergashev N.SH.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri, professor
Xamrayev A.J.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrasini professori
Rahmatullayev A.A.	Ph.D. ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrasini dotsenti
Narboev T.T.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasini dotsenti
Olloberganov O.T.	Tibbiyot fanlari doktori ToshPTI fakultativ bolalar xirurgiyasi kafedrasini dotsenti
Asadullayev D.R.	Ph.D. – Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining bolalar shoshilinch xirurgiyasi bo'limi shifokori
Urmanov N.T.	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining bolalar shoshilinch xirurgiyasi bo'limi boshlig'i
SHamsiyev J.A.	Oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim kafedrasini mudiri
Ataqulov J.O.	Tibbiyot fanlari doktori Samarqand davlat tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrasini 1-son professori
Mirzakarimov B.X.	Tibbiyot fanlari doktori Andijon tibbiyot instituti bolalar xirurgiyasi kafedrasini mudiri, professor.
Sapayev O.K.	Tibbiyot fanlari doktori TMA Urganch filiali bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini dotsenti
Otamurodov F.A.	Tibbiyot fanlari doktori TMA Termiz filiali direktori
Vohidov A.SH.	Tibbiyot fanlari doktori TMA Tekrmiiz filiali bolalar xirurgiyasi, urologiya, anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasini professori
Umarov K.M.	Tibbiyot fanlari nomzodi Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi umumiy xirurgiya bo'lim vrach ordinator
Safarov A.Z.	Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi umumiy xirurgiya bo'lim vrach ordinator
Abduazizov M.A.	Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi umumiy xirurgiya bo'lim vrach ordinator

Nasirov M.M.	Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi umumiy xirurgiya bo'lim vrach ordinator
Xudayberganova A.B	Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi umumiy xirurgiya bo'lim vrach ordinator

Taqrizchilar:

YUsupov SH.A.	Tibbiyot fanlari doktori Samarqand davlat tibbiyot universiteti bolalar xirurgiyasi kafedrası 1-son mudiri professori
Kozlov Y.	Tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya tibbiyot akademiyasining bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri.

Klinik bayonnoma oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston bolalar jarrohlari assotsiatsiyasi, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat muassasalari shifokorlari ishtirokidagi yakuniy Ishchi guruh yig'ilishida norasmiy kelishuvga erishilgan holda muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari– Akilov X.A. Tibbiyot fanlari doktori, professor, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri. O'zbekiston Respublikasi Bolalar jarrohlari jamiyati raisi tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi Ilmiy kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi, 2025 yil 28 may, 51-sonli bayonnoma.

Bayonnoma protokoldafoydalanilgan qisqartmalar:

YUIT	YUqori ichak tutilishi
O'BI	O'n ikki barmoqli ichak
DA	Duodenal atreziya
DDA	duodeno-duodenoanastomoz
OIT	Oshqozon-ichak trakti
O'SNB	O'pkaga suniy nafas berish
IT	intensivnaya terapiya
IFA	immunoferment analizi
IKX	Ishqor-kislotali xolat
MV	Mexanik ventilyatsiya
MRT	magnit-rezonans tomografiya
NSG	neyrosonografiya
UQA	Umumiy qon analizi
USA	Umumiy siydik analizi
AYO	Arterial yo'lning ochiqligi
QUTS	Qonning umumiy sirkulyatsiyasi
RDS	Respirator distress sindrom
SRAR	Nafas yo'lida musbat bosimni ushlab
SRO	S-reaktiv oqsil
OBI	og'ir bakterial infeksiya

FGDS	fibrogastroduodenoskopiya
NCH	Nafas chastotasi
YUUCH	YUrak urush chastotasi
ExoKG	exokardiografiya
Er	eritrotsitlar
Hb	gemoglobin
Ht	gemotokrit
L	leykotsitlar

Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha protokolning foydalanuvchilari:

- Bolalar jarrohlari;
- Pediatrlar;
- SHifokorlar - kattalar jarrohlari;
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
- Tibbiyot talabalari, magistrilar, rezidentlar va aspirantlar

Bemorlar toifasi:

Ug'ma yuqori ichak tutilishi va uning asoratlari

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi (DD)

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o'tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usulo yordamida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kohort tadqiqotlari
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (DD) baholash uchun shkala

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno

3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta’sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktika, diagnostika, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari bo’yicha tavsiyalar (RTT) ning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko’rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o’rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo’yicha xulosalari kelishilgan)
V	SHartli tavsiya (ayrim ko’rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o’rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo’yicha xulosalari kelishilmagan)
S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko’rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o’rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo’yicha xulosalari kelishilmagan)

2. Asosiy qism.

Profilaktika, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini (DD) baholash uchun shkala

DD	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko’rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko’rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko’rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta’sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Profilaktika, diagnostika, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari bo’yicha tavsiyalar (RTT) ning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

RTT	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko’rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o’rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo’yicha xulosalari kelishilgan)
V	SHartli tavsiya (ayrim ko’rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o’rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo’yicha xulosalari kelishilmagan)
S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko’rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o’rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo’yicha xulosalari kelishilmagan)

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish:

Etiologiya: O'n ikki barmoqli ichakning atreziyasi - erta homila ichi davrida ichak trubkasining rivojlanishining buzilishi natijasidir. Umuman olganda, pankreatikoduodenal qism oshqozon-ichak, safro va oshqozon osti bezi tizimlarining shakllanishini belgilaydigan eng katta embriologik faoliyat sohasidir. O'BI paydo bo'lishining eng mumkin bo'lgan nazariyasi o'n ikki barmoqli ichak homila rivojlanishining 5 va 10 xaftalari orasida "qattiq" bosqichdan o'tadi, so'ngra vakuolizatsiya tugagandan so'ng, ichak naychasining rekanalizatsiya bo'lgan degan fikrga asoslanadi. sodir bo'ladi [https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1681775].

Ushbu homila ichi jarayonlarning buzilishi tug'ma o'n ikki barmoqli ichak tutilishiga olib keladi. O'n ikki barmoqli ichak nuqsonining paydo bo'lish mexanizmi shunga o'xshash ko'rinadi. O'n ikki barmoqli ichak distal oldingi va proksimal o'rta ichakdan homiladorlikning 4-haftasi boshida rivojlana boshlaydi. Intrauterin hayotning 5 va 6 haftalari oralig'ida epiteliya hujayralarining intensiv ko'payishi natijasida o'n ikki barmoqli ichakning lümeni vaqtincha yo'q qilinadi. Epiteliya hujayralarining vakuolizatsiyasi yoki degeneratsiyasi homiladorlikning 11-haftasida sodir bo'ladi va o'n ikki barmoqli ichak bo'shlig'ining qayta rekanalizatsiyasiga olib keladi. [https://www.academia.edu/44502808/The_Developing_Human_Clinically_Oriented_Embryology_by_Keith_L_Moore].

Embrionda o'n ikki barmoqli ichak insult nazariyasi, shuningdek, bu hodisani tushuntirish uchun unchalik qulay bo'lmasa-da, O'BI ning ichki turlarining paydo bo'lishi uchun taxminiy gipoteza sifatida qaraladi. Halqasimon oshqozon osti bezi mustaqil ravishda o'n ikki barmoqli ichak blokirovkasini keltirib chiqara olmaydi, deb ishoniladi, lekin faqat ba'zi hollarda atreziya yoki ichak lümeninin stenozi bilan birga keladi. O'n ikki barmoqli ichakning atreziyasi bo'lgan bemorlarda ushbu anomaliyaning aniqlanishi faqat obstruksiyaning sababi ortiqcha bez to'qimalari tomonidan lümenning tashqi siqilishida emas, balki o'n ikki barmoqli ichakning shakllanishining buzilishi ekanligini ko'rsatadi [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902836].

Bu fikr ovqat hazm qilish naychasining embrion rivojlanishini o'rganish natijasida olingan ma'lumotlar bilan yaxshi tasdiqlangan. Intrauterin hayotning 4 va 8 xaftalari oralig'ida homilaning qorin va orqa glandular primordiyalari birlashib, oshqozon osti bezini hosil qiladi. Oshqozon osti bezi halqasimon anomaliyada qorin bo'shlig'ida joylashgan bezning bir qismi orqa tomonga o'tmaydi, balki o'n ikki barmoqli ichakka mahkamlanadi, bu esa halqasimon me'da osti bezining hosil bo'lishiga olib keladi va oshqozon osti bezining tushayotgan qismi atrofida cho'zuvchi struktura hosil qiladi. o'n ikki barmoqli ichak. Shuni hisobga olish kerakki, J.Jona va R.Belinning fikriga ko'ra, halqali oshqozon osti bezi va o'n ikki barmoqli ichak atreziyasi bo'lgan bemorlarda ko'pincha distal o't yo'llarining anomaliyalari mavjud bo'lib, ular bez halqasi ustida ham, pastda ham paydo bo'lishi mumkin [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/959972]. Boshqa mualliflar proksimal yo'llarning birgalikdagi malformatsiyalari - o't yo'llarining atreziyasi, o't pufagining agenezi, umumiy o't yo'llarining kistalari haqida xabar berishadi. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17508216].

Tug'ma o'n ikki barmoqli ichak tutilishi tashqi va ichki sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin. Obstruksiyaning ichki turlari odatda ichak bo'shlig'ining klassik atreziyasi, stenoz, intraluminal membrana yoki shamol anomaliyasi sifatida namoyon bo'ladi - o'n ikki barmoqli

ichakning distal segmentining lümenine ob-havo pardasi shaklida prolapslangan cho'zilgan membrana. O'n ikki barmoqli ichakning tashqi obstruksiyasi oshqozon osti bezi halqasi, malrotatsiya yoki preduodenal portal venasi tufayli bo'lishi mumkin. O'n ikki barmoqli ichakning obstruksiyasi pre-gipostampulyar shakllarda paydo bo'lishi mumkin. Ikkinchisi juda tez-tez kuzatiladi va chaqaloqlarning 85 foizida aniqlanadi. To'liq obstruksiya bo'lsa, kattalashgan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning proksimal qismi aniqlanadi. Oshqozonning pilorik qismi odatda gipertrofiyalangan. O'n ikki barmoqli ichak tutilishini keltirib chiqaradigan membrana o'n ikki barmoqli ichakning distal segmentiga tushib, uni sezilarli darajada kengaytirib, ichak tutilishini topishda muammo tug'dirganda, obstruksiya joyidan distalda joylashgan ichak qulab tushgan holatda bo'ladi, bu atreziyaning noyob shakllari bundan mustasno. to'siqning haqiqiy joyi [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5675919>].

2.2. Umumiy ta'rifi:

Tug'ma o'n ikki barmoqli ichak tutilishi barcha ichak atreziyalarining 50% ni tashkil qiladi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda juda keng tarqalgan jarrohlik muammosi. Anomaliya 7-10 ming tug'ilish uchun kamida 1 ta holatga to'g'ri keladi [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902836/>]. Ushbu kasallikning irsiy shakllari haqida juda kam xabarlar mavjud. Shu bilan birga, o'n ikki barmoqli ichak atreziyasi bilan birga keladigan malformatsiyalarning yuqori chastotasi ma'lum, bu uni boshqa tug'ma ichak tutilishi turlaridan ajratib turadi. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8303613/>]. Eng izchil, o'n ikki barmoqli ichak tutilishi barcha holatlarning taxminan 30%, Down sindromi qayd etiladi, va keyin, anomaliyalar aniqlash kamayadi, deb, malrotation, tug'ma yurak nuqsonlari, qizilo'ngach atrezisi, buyrak patologiyasi va anal atrezi. Bilan bog'liq malformatsiyalar odatda operatsiyadan keyingi kursning prognozini aniqlaydi. O'n ikki barmoqli ichak va qizilo'ngach atreziyasi bo'lgan bemorlarda yuqori o'lim ko'rsatkichlari qayd etilgan [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840057/>]. Yurak nuqsonlari, ko'pincha to'liq atrioventrikulyar septal nuqson, o'n ikki barmoqli ichak atreziyasi bilan bog'liq eng keng tarqalgan anomaliyalar bo'lib, ba'zida operatsiyadan keyingi o'linga olib keladi. N. Spigland va S. Yazbek [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2273425/>] ishi DA va o't yo'llarining anomaliyalari, jumladan, o't yo'llari atreziyasining kombinatsiyasining yuqori (12%) tez-tezligini ko'rsatadi. O'n ikki barmoqli ichakning atreziyasini jarrohlik davolash odatda laparotomiya va yaqinda laparoskopiya yordamida amalga oshiriladi.

2. 3. Klinik klassifikatsiya:

Konjenital o'n ikki barmoqli ichak tutilishi an'anaviy ravishda S.V.ga Grey va J.E. Skandalakis ko'ra 3 tipga tasniflanadi. [<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1681775>]:

- I tip (eng keng tarqalgan) odatda mushak devorining normal tuzilishiga ega bo'lgan, olib keluvchi va olib ketuvchi segmentlari uchun umumiy bo'lgan membrana bilan ifodalanadi;
- II tip o'n ikki barmoqli ichakning ko'r segmentlari o'rtasida mushak membranalarning ajralishi bilan qisqa tolali shurning mavjudligi bilan tavsiflanadi.;

– III tip (kamroq) o'n ikki barmoqli ichak segmentlarining to'liq ajralishini ko'rsatadi. O'n ikki barmoqli ichak tutilishining ushbu anatomik variantida ko'pincha ko'plab atreziyalar kuzatiladi, bu esa gidrotest yordamida distal ingichka ichakni intraoperativ tekshirishni talab qiladi.

3. Usullar, yondashuvlar va tashxislash jarayonlari.

3.1. Tashxislash mezonlari:

Shikoyat va anamnez.

Prenatal diagnostika: YITning prenatal diagnostikasi oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning kengayganligiga mos keladigan polihidroamnion va qo'sh qovuq simptomini aniqlashga asoslanadi. O'n ikki barmoqli ichakning rivojlanish nuqsonining shakllanishi intrauterin hayotning taxminan 12-14 xaftaligida sodir bo'ladi, shuning uchun bu anomaliyani erta aniqlash imkoniyati yo'q.

Fizikal tekshiruv: eng erta va eng doimiy alomat qusishdir. Agar o'n ikki barmoqli ichak katta so'rg'ich ustida tiqilib qolsa, qusish tug'ilgandan so'ng tez orada paydo bo'ladi, qusish miqdori ko'p bo'ladi va unda safro aralashmasi yo'q. Ba'zan, yuqori ichak tutilishi bo'lgan bolalar odatda mekoniy o'tadi. Agar obstruksiya o'n ikki barmoqli ichakning katta so'rg'ichidan yuqorida joylashgan bo'lsa, unda mekoniyumning miqdori va rangi normaldir, uning o'tishi 3-4 kungacha kechikish bilan kuzatiladi. Tana vaznining progressiv yo'qolishi bilan tavsiflanadi. Ikkinchi kundan boshlab suvsizlanish hodisalari aniq ifodalangan. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning kengayishi tufayli qorin yuqori bo'limlarda kattalashgan. Birinchi kunlarda siz peristaltikaning to'lqinlarini ko'rishingiz mumkin. Kuchli qusishdan keyin epigastral sohadada shishish kamayadi. Pastki qorinning biroz orqaga tortilishi mavjud.

Laboratoriya tekshiruvlari:

Biokimyoviy qon taxlilida- gipoxloremiya xarakterlidir, nisbat o'zgaradi va K va Na ionlarining soni kamayadi. UQAda eksikoz fonida gematokrit, eritrotsitlar va leykotsitlar tarkibining ortishi kuzatiladi.

Instrumental tekshiruvlari:

Qorin bo'shlig'ining tekis rentgenografiyasi anteroposterior va lateral proektsiyalarda bola tik holatidadir - o'n ikki barmoqli ichakning atreziyasida suyuqlikning gorizontalar darajasiga ega bo'lgan ikkita gaz pufakchalari ko'rinadi, bu oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning kengaytirilganligiga mos keladi. Qorin bo'shlig'ining pastki qismlarida gaz butunlay yo'q. Agar rentgen tasviri noaniq bo'lsa, rentgen kontrastini tekshirish kerak. YITga shubha qilingan bolalarda rentgen tekshiruvini o'tkazishdan oldin siz oshqozonni tekshirmasligingiz yoki ho'qna qilmasligingiz kerak, chunki bu rentgen tasvirining ma'lumotlar tarkibini kamaytirishi mumkin! Ammo, agar oshqozon tekshirilsa, rentgenografiyadan oldin proba orqali oshqozonga havo kiritilishi va 15-20 daqiqa davomida yopilishi va tekshiruv rentgenografiyasi o'tkazilishi kerak. FGDS ba'zi hollarda obstruksiyaning sababini va darajasini aniqlashga imkon beradi

Mutaxassislarning konsul'tativ ko'ruvi uchun ko'rsatmalar:

- genetika - tug'ma nuqsonning mavjudligi;
- kardiolog - yurak-qon tomir tizimidan birga keladigan patologiyani istisno qilish;
- nevrolog - asfiksiya mavjudligi (ko'rsatkichlarga ko'ra).

3. 2. Differensial diagnostika:

Atreziyu 12-ti perstnoy kishki chasto prixoditsya differensirovat' ot vrojdennoy diafragmal'noy griji, rodovoy travmi golovnogo mozga. O'n ikki barmoqli ichakning atreziyasini ko'pincha tug'ma diafragma churrasi, tug'ma miya shikastlanishidan farqlash kerak.

Yuqori ichak tutilishi	Pilorospazm	Tug'ma diafragma churrasi	Tug'ma bosh va orqa miya shikastlanishi
Oddiy rentgenogrammada oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakka mos keladigan ikkita katta gaz pufaklari ko'rinadi. Pastki qismlarda gazlar aniqlanmaydi.	Ichaklar bo'ylab gazning tarqalishi odatda bir xil bo'ladi, " ikkita katta gaz pufagi" alohidi yo'q.	Ichaklar bo'ylab gazning tarqalishi odatda bir xil bo'ladi va plevra bo'shlig'ida joylashgan bo'lib, " ikkita katta gaz pufagi " alohidi yo'q.	Ichaklar bo'ylab gazning tarqalishi odatda bir xil bo'ladi, " ikkita katta gaz pufagi " alohidi yo'q.

4. Davolash taktikasi:

Antinatal taktika va tug'riq.

Birgalikda xromosoma anomaliyalarining paydo bo'lish xavfini hisobga olgan holda, homilaning antinatal davrida zaruriy shart - ota-onalarning roziligi bilan kordosentez va homila karyotipini keyingi tekshirish. Ko'p malformatsiyalar va xromosomal genetik nuqsonlarning kombinatsiyasida YIT, ota-onaning roziligidan so'ng, homiladorlikning 21-haftasidan oldin tibbiy sabablarga ko'ra to'xtatiladi. Poligidramniozli homilada yuqori ichak tutilishi bo'lsa, homiladorlikning 22-34 xaftaligida erta tug'ilishning oldini olish uchun terapevtik amniyosentez tavsiya etiladi. Ushbu xomilalik patologiyada Keserevo yo'li bilan tug'dirish ko'rsatilmaydi.

Neonatologning taktikasi: bemorning ahvolini stabillashtirish, tug'ilgandan 3 soat o'tgach, qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasining oddiy rentgenografiyasi.

Davolash taktikasi. Ota-onalar yoki vasiylarga ushbu patologiyani va mavjud davolash usullarini , ularning asoratlarini bir vaqtning o'zida tushuntirish bilan psixologik yordam kursatish.

Dori-darmonsiz davolash: Rejim - intensiv terapiya va reanimasiya bo'limi, tug'ma nuqsonlar tuzatilgunga qadar umumiy parenteral oziqlantirish, doimiy oshqozon dekompressiyasi, operatsiyadan keyingi davrda erta enteral oziqlantirish.

Dori-darmonlar bilan davolash: o'n ikki barmoqli ichak tutilishi shoshilinch operatsiyani talab qilmaydi.

Antibiotikoterapiya: "Start" terapiya preparatlari: - 2-3-avlod sefalosporinlar, - aminoglikozidlar, - aminopenitsillinlar, - makrolidlar; "Zaxira" preparatlari: - 3-4-avlod sefalosporinlari, - 2-3-avlod aminoglikozidlari, - karbapenemlar, - rifampitsin. Har bir neonatal bo'lim erta sepsisni keltirib chiqaradigan patogenlar spektrini tahlil qilish asosida antibiotiklarni qo'llash bo'yicha o'z protokollarini ishlab chiqishi kerak.

Og'riqsizlantirish: Jarrohlikdan oldin sedativlar, analgetiklar yoki miorelaksasiya ko'rsatiladi: - diazepam yoki midazolam 0,1 mg/kg/soat - trimeperidin 0,1-0,2 mg/kg/soat - fentanil 1-3 mkg/kg/soat (simpatik o'pka vazokonstriksiyasini oldini olish uchun) traxeyani tozalash kabi jiddiy tashqi ta'sirlarga javoban). - Atrakurium besilat 0,5 mg/kg/soat - Pipekuronium bromid

0,025 mg/kg/soat Operatsiyadan keyingi og'riqni yo'qotish: fentanilni 5-10 mkg/kg/soat vena ichiga rektal yoki vena ichiga bir martalik dozada atsetaminofen bilan birgalikda yuborish. mg/kg kuniga 2 -3 marta yoki metamizol natriy 5-10 mg/kg 2-3 marta tomir ichiga. Analgetiklarning dozasi va qabul qilish muddati og'riq sindromining og'irligiga qarab individual ravishda tanlanadi. Bolani ventilyator bilan desinxronizatsiya qilganda, sedativlar qo'llaniladi: - Midazolam yoki diazepam 0,1 mg / kg / soatgacha (doimiy infuzion bilan).

Sleduyet izbegat' primeneniya u novorojdennix do 35 nedel' gestatsii - Fenobarbital (10-15 mg/kg/sutki) Infuzionnaya terapiya i parenteral'noye kormleniye:

- Gestasion yoshning 35 xaftasidan kichik bo'lgan chaqaloqlarga fenobarbital (kuniga 10-15 mg/kg) infuzion terapiya va parenteral oziqlantirishdan saqlanish kerak:
- Chaqaloqlarning ko'pchiligiga kuniga 70-80 ml/kg dan infuziya (suyuqlik) tomir ichiga yuborishni boshlash kerak.
- Chaqaloqlarda infuzion va elektrolitlar miqdori birinchi 5 kun ichida kuniga 2,4-4% (umumiy 15%) vazn yo'qotish imkonini beruvchi individual tarzda belgilanishi kerak.
- Natriy balansini va elektrolitlar darajasini diqqat bilan kuzatish lozim, diurezning boshlanishi bilan quyiladi. Agar gipotenziya yoki yomon perfuziya bo'lsa, 10-20 ml / kg 0,9% natriy xlorid bir yoki ikki marta yuborilishi kerak.

ELEKTROLITLARNING KERAK HAJMINI HISOBLASH Natriy va kaliyni hayotning uchinchi kunidan, kaltsiyni hayotning birinchi kunidan boshlab yuborishni boshlash tavsiya etiladi.

Natriy dozasini hisoblash - natriyga bo'lgan ehtiyoj 2 mmol/kg/kun - Giponatremiya < 125 mmol/L - Gipernatremiya > 150 mmol/L, xavfli > 155 mmol/L - 1 mmol (mEq) natriy 0,58 NaCl dan iborat. mmol (mEq) natriy 6,7 ml 0,9% NaCl 1 ml 0,9% (fiziologik) natriy xlorid eritmasida 0,15 mmol NaCl mavjud.

GIPONATREMIYANI KORREKSIYASI ($Na < 125 \text{ mmol/l}$) Hajmi 10% NaCl (ml) = $(135 - \text{Napatient}) \times \text{mbody} \times 0,175$ **KALIY DOZASINI HISOBLASH** - Kaliyga bo'lgan ehtiyoj 2-3 mmol/kg/kun < mmol / gipo -5. l, xavfli < 3,0 mmol/l – Giperkalemiya >6,0 mmol/l (gemoliz bo'lmaganda), xavfli > 6,5 mmol/l (yoki EKGda patologik o'zgarishlar bo'lsa) – 1 mmol (mEq) tarkibida kaliy mavjud. 1 ml 7,5% KCl - 1 mmol (mEq) kaliy 1,8 ml 4% KCl V (ml 4% KCl) tarkibida mavjud = $K^+ (\text{mmol}) \times \text{mbody} \times 2$ ga ehtiyoj

KALTSIY DOZASINI HISOBLASH - Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Ca^{++} ga bo'lgan ehtiyoj kuniga 1-2 mmol/kg ni tashkil qiladi - Gipokalsemiya < 0,62 -0,75 mmol/l (erta - ionlangan Ca^{++}) - Giperkalsemiya > 1,25 mmol/l (ionlangan Ca^{++}) - 10% kaltsiy xlorid tarkibida 0,9 mmol Ca^{++} - 1 ml 10% kaltsiy glyukonatda 0,3 mmol Ca^{++} mavjud.

MAGNIY DOZASINI HISOBLASH: - Magniyga bo'lgan ehtiyoj 0,5 mmol/kg/kun - Gipomagnezemiya < 0,7 mmol/l, xavfli 1,15 mmol/l, xavfli > 1,5 mmol/l - 1 ml 25% magniy sulfatida 2 mmol magniy mavjud. infuzion terapiya hajmi juda o'zgaruvchan bo'lishi mumkin, lekin ba'zida kuniga 100-150 ml / kg dan oshadi.

Qon bosimining kerakli darajasini etarli hajmli yuk bilan saqlang. Gipotenziya holatida qon hajmini to'ldirishni 10-20 ml / kg natriy xloridning 0,9% eritmasi bilan, agar miyokard disfunktsiyasi (kolloid va kristalloid eritmalar) va inotrop dorilar chiqarib tashlansa - dopamin 5-15 bilan to'ldirish tavsiya etiladi. mkg/kg/min, - dobutamin 5- 20 mkg/kg/min, – adrenalini 0,05-0,5 mkg/kg/min. Gemostatiklar Vit K Dicynon etamsilat natriy Ko'rsatkichlarga ko'ra: Gemo-plazma-albumin quyish. Boshqa davolash turlari - yo'q.

4.3. Xirurgik davo: Jarrohlik davolash faqat bemorni operatsiyaga ehtiyotkorlik bilan tayyorlashdan so'ng mumkin - eksikozni bartaraf etish, giperbilirubinemiya darajasini pasaytirish, gomeostazni tiklash. Dori vositalarining anatomiyasi bo'yicha tavsiya etilgan dorilarni tomir ichiga va mushak ichiga yuborish. Tashxis aniqlangandan so'ng, kindik tomirlarini kateterizatsiya qilish kontrendikedir. Periferik venoz kirish, agar kontrendikatsiyalar bo'lmasa, markazga afzallik beriladi. Ingichka ichakning ko'r-ko'rona tugaydigan bo'limlari o'rtasida anastomoz yaratish orqali ichak tutilishining sababini aniqlash, ichak naychasining yaxlitligini tiklash.

YIT Shoshilinch operatsiyaga ko'rsatmalar (qabul qilinganidan keyin bir necha soat ichida):

- yuqori ichak tutilishining qizilo'ngach atreziyasi bilan (pastki traxeo-qizilo'ngach oqmasi bilan) kombinatsiyasi - turg'un oshqozon tarkibini traxeobronxial daraxtga refluyuksi xavfi yuqori;
- yuqori ichak tutilishining qizilo'ngach atreziyasi bilan (traxeo-zofagial oqmasiz) kombinatsiyasi - oshqozon yorilishi yoki o'n ikki barmoqli ichak teshilishining darhol tahdidi.

Davolash usulini tanlash anomaliya turiga qarab belgilanadi. Ko'pincha, to'siq o'n ikki barmoqli ichakning vertikal sohasidan pastki gorizontal sohasiga o'tish joyida aniqlanadi. O'n ikki barmoqli ichakning atreziyasi va halqasimon oshqozon osti bezi uchun tanlangan operatsiya duodenoduodenoanastomozdir (DDA).

Operatsiya texnikasi: An'anaviy DDA. Laparoskopik DDA. Agar o'n ikki barmoqli ichakning atreziyalangan distal va proksimal uchlarini aniqlansa, proksimal soha devorida ko'ndalang, uzunligi taxminan 1 sm bo'lgan, distal sohasida esa bo'ylamasiga kesiladi, bu keyinchalik operatsiyadan keyingi davrda ichakda anastomoz stenozini rivojlanish xavfini kamaytiradi. DDA "uchi yonga" turiga ko'ra, bir qator choklar yoki ikki qatorli atravmatik iplar bilan, tugunli yoki uzluksiz choklar yordamida, tugunlari ichkariga qaragan holda bajariladi. Agar DDA hosil qilishning iloji bo'lmasa, o'n ikki barmoqli ichak va oh ichak o'rtasida anastomoz hosil qilinadi. Agar o'n ikki barmoqli ichak membranasi aniqlansa, duodenotomiya membranani olib tashlash operatsiyasi amalga oshiriladi.

Muqobil usul - laparoskopik DDA. Butun oshqozon-ichak traktining reviziyasi mutlaqo majburiydir. Operatsiya paytida 2 ta zond kiritiladi: dekompressiya uchun oshqozonga va och ichakga. Jarrohlikdan keyingi 3-kuni 2,0 ml/soat tezlikda och ichakdan ovqatlanish boshlanadi. O'tish joyi tiklanganda, enteral oziqlanish (emizish yoki sun'iy oziqlantirish) boshlanadi. Mumkin bo'lgan interoperasion va operatsiyadan keyingi asoratlar: interoperasion qon ketish (qon tomir anomaliyalari bilan), ichakga zond kiritish bilan bog'liq texnik muammolar, anastomoz etishmovchiligi, nekrotik enterokolit, homila ichi infeksiyasi yoki shifoxona ichi infeksiyaning kuchayishi, operatsiyadan keyingi ichak anastomozining stenozini, ichak (spayka) bitishma kasalligi, operatsiyadan jarohatning ikkilamchi bitishi.

4.4. Keyingi davolash

Umumiy holatni barqarorlashtirish va oshqozon-ichak trakti orqali normal o'tuvchanlikni tiklashdan so'ng, bola onasi bilan birga bo'limga o'tkaziladi. Umumiy bo'limda enteral oziqlantirish hajmi asta-sekin fiziologik ehtiyojlarga moslashtiriladi va infuzion terapiya davom ettiriladi (infuziya hajmi oziqlantirish hajmining oshishiga mutanosib ravishda asta-sekin kamayadi), antibakterial va simptomatik terapiya.

Operatsiyadan keyingi davrda asoratlar bo'lmasa, yara birlamchi niyat bilan davolanadi, 12-14-kuni tikuvlar olib tashlanadi, laboratoriya ko'rsatkichlari nazorat qilinadi va bola uyga bo'shatish uchun tayyorlanadi. D-yashash joyidagi klinikada jarroh bilan ro'yxatdan o'tish, 3 oydan keyin oshqozon-ichak traktining rentgenologik tekshiruvini nazorat qilish.

m/f uchun poliklinikada bolalar gastroenterologining kuzatuvini. Reabilitatsiya har 6 oydan 3 yilgacha yashash joyida ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi va fizioterapiya - KJ bilan elektroforez, qorin old devoriga parafin qo'llash, massajni o'z ichiga oladi.

4.5. 4.5. Bayonnomada keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari:

- ichaklar o'tuvchanligini tiklanishi,
- operasio jarohatni birlamchi bitishi,
- vazinga stabil qo'shishi.

Dori vositasi ro'hati: (faol moddalar) davolashda qo'llaniladi:

№	Farmakoterapevtikguruh	Preparatning xalqaropaten tlangannomi	Qo'llash usuli	Dalillardarajasi
1	Operatsiyadan keyingida vrdaog'riqsizlantirish uchun narkotikanal'getiklar	Fentanil 0,005%	Vena ichiga	V https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-intensivnoi-terapii-70
2	2-avlod sefalosporinlari.	Tsefuroksim 750 mg dan har 8 soatda.	v/i m/o	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-intensivnoi-terapii-70
5	3-avlod sefalosporinlari.	Tseftazidim, 100 mg/kg har 8-12 soatda.	v/i	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecens-primenaemyx-v-xirurgii-intensivnoi-terapii-70
6	3-avlod sefalosporinlari.	Tseftriakson 1 g, har 12 soatda.	v/i m/o	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/

				khirurgiiya/perece n-ls- primenyaemyx-v- khirurgii-i- intensivnoi-terapii- 70
7	3-avlod sefalosporinlari.	TSefotaksiml g,har 12 soatda.	v/i m/o	A https://lex.uz/do cs/6590074 https://www.rlsnet .ru/library/articles/ xirurgiya/perecen- ls-primenyaemyx- v-xirurgii-i- intensivnoi-terapii- 70
8	3-avlod sefalosporinlari.	TSefoperazon 2–4 ghar 12 soatda.	v/i m/o	A https://lex.uz/do cs/6590074 https://www.rlsnet .ru/library/articles/ xirurgiya/perecen- ls-primenyaemyx- v-xirurgii-i- intensivnoi-terapii- 70
9	4-avlodsefalosporinlari.	TSefepim 2 gr.	v/i m/o	A https://lex.uz/do cs/6590074 https://www.rlsnet .ru/library/articles/ xirurgiya/perecen- ls-primenyaemyx- v-xirurgii-i- intensivnoi-terapii- 70
10	Aminoglikozid	Amikatsin 10–15 mg/kg	v/i	V https://lex.uz/do cs/6590074 https://www.rlsnet .ru/library/articles/ xirurgiya/perecen- ls-primenyaemyx- v-xirurgii-i- intensivnoi-terapii- 70
11	Ftorxinolonlar	TSiprofloksatsin, infuzichuchuneritma 0,2% -100 ml	v/i	A https://lex.uz/do cs/6590074 https://www.rlsnet .ru/library/articles/ xirurgiya/perecen- ls-primenyaemyx- v-xirurgii-i- intensivnoi-terapii- 70

				intensivnoi-terapii-70
12	Nitroimidazol	Metronidazol 500 mg/100 ml	v/i	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
13	Zamburug'larga qarshi	Flukonazol 2 mg/ml	v/i	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
14	Antiseptik, jarohatga septik ishlov berish uchun.	Povidon-yod 10% rastvor	jarohatga septik ishlov berish uchun	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
15	Antiseptik	Etanol 70% rastvor	jarohatga septik ishlov berish uchun	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Qo'shimchadorilarro'yxati (100% dankamfoydalanishehtimolibilan): 2-tablitsa

№	Farmakoterapevtikguruh	Preparatning xalqaropaten tlangan nomi	Qo'llash usuli	Dalillardarajasi
1	Protonnasosingibitori	Omeprazol.	v/v	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primenaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

				.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primnyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
2	Qonto'xtatuvchipreparatlar	Etamizilat, rastvordlyain'yeksiy 12,5%-2 ml	v/i.	Vhttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primnyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
4	Antikoagulyant (trombprofilaktikasi)	Geparin 5000-1000-2000 ME/ch	v/i	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primnyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
5	Diuretiklar	Furosemid, 20-40 mg, rastvordlyain'yeksiy 1%-2 ml	v/i	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primnyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
6	Komponentlarhaqidavasavol	Eritrotsitarmassa	v/i	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primnyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
7	Qonkomponentlari	Ko'rsatmalargamuvofiq angimuzlatilganplazma	v/i,	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecenls-primnyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

				intensivnoi-terapii-70
--	--	--	--	--

Gospitalizatsiya. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: Belgilangan tashxisdan keyin chaqaloqni jarrohlik shifoxonasiga shoshilinch yotqizish.

7. Protokolning tashkiliy jihatlari:

7.1 Manfaatlarga to'qnashuvi mavjud emasligi to'g'risida ma'lumot – mavjud emas.

7.2. Ekspertlar (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassisleri)ning ma'lumotlari: Toshkent pediatriya tibbiyot oliygoxi bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri Raxmatullayev A.A. (xorijiy davlatlar mutaxassisleri)

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

7.4. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati (bayonnoma matnida sanab o'tilgan manbalarga havolalar kerak):

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Kozlov Yu.A., Rasputin A.A., Baradieva P.A., Cheremnov V.S., Ochirov Ch.B., Zvonkov D.A., Kovalkov K.A., Poloyan S.S., Chubko D.M., Kapuller V.M., Vinogradov K.A. O'n ikki barmoqli ichak atreziyasini laparoskopik va ochiq davolashni ko'p markazli o'rganish. // Jarrohlik. nomidagi jurnal N.I. Pirogov. 2021;5:5–13.
<https://doi.org/10.17116/hirurgia20210515>
2. Mokrushina O.G., Razumovskiy A.Yu., Shumixin V.S., Levitskaya M.V., Nagornaya Yu.V., Smirnova S.V., Xalafov R.V., Petrova L.V., Koshko O.V., Emirbekova S.K. O'n ikki barmoqli ichak tutilishi bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda endoskopik va ochiq aralashuvni qiyosiy baholash // Rossiya bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya byulleteni. 2022. T. 12, No 1. B. 9–18.
DOI:<https://doi.org/10.17816/psaic1002>
3. Shchapov N.F., Keshishyan E.S., Ekimovskaya E.V., Melnik T.N., Pykhteev D.A. Moskva viloyatida tug'ma nuqsonlari bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishni tashkil etish. // Rossiya perinatologiya va pediatriya byulleteni. 2023; 68 (1): 123-127. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2023-68-1-123-127>
4. Bax NM, Ure BM, van der Zee DC, van Tuijl I. Duodenal atreziya uchun laparoskopik duodeno-duodenostomiya. Surg Endosc. 2001;15(2):217. doi: 10.1007/BF03036283
5. Bethell GS, Long AM, Knight M, Hall NJ; BAPS-CASS. Buyuk Britaniyada tug'ma o'n ikki barmoqli ichak tutilishi: apopulyatsiyaga asoslangan tadqiqot. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2020;105(2):178-183. doi: 10.1136/archdischild-2019-317085
6. Hill S, Koontz CS, Langness SM, Wulkan ML. Chaqaloqlarda tug'ma o'n ikki barmoqli ichak tutilishini laparoskopik va ochiq tuzatish. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2011;21(10):961-963. doi: 10.1089/lap.2011.0069

7. Ivanitskaya O, Odegova N, Shchapov N, Tsayuk Y. Band neytrofil belgisi: Birlashgan o'n ikki barmoqli ichak va qizilo'ngach atreziyasining birinchi trimestrdagi kuchli ultratovush belgisi. //Prenat tashxisi. 2020;10.1002/pd.5848. doi: 10.1002/pd.5848
8. Kay S, Yoder S, Rothenberg S. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda laparoskopik duodenoduodenostomiya. // J Pediatr Surg. 2009; 44 (5): 906-908. doi:10.1016/j.jpedsurg.2009.01.025
9. Shchapov N, Kulikov D, Ekimovskaya E, Sergeyeva S, Andreyeva E, Ivanitskaya O. Laparoskopik kistenukleatsiya - bolalarda oshqozon-ichak trakti dublikatsiyasini davolashning istiqbolli usuli // J Pediatr Surg. 2022;S0022-3468(22)00797-7.doi:10.1016/j.jpedsurg.2022.12.025
10. Van der Zee DC. O'n ikki barmoqli ichak atreziyasini laparoskopik tuzatish: qayta ko'rib chiqilgan. // Jahon J Surg. 2011;35(8):1781-1784. doi: 10.1007/s00268-011-1147-y