

**Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ УЧЕБНО-ЛЕЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
НЕОНАТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ
ЦЕНТРЕ**

**ОТДЕЛЕНИЕ
НЕОНАТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ «ПУПОЧНАЯ И ОКОЛОПУПОЧНАЯ ГРЫЖА».**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Центра развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Общества детских хирургов
Республики Узбекистан, профессор
Акилов Х.А.



“ 29 ” мая 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ “ПУПОЧНАЯ ОКОЛОПУПОЧАЯ ГРЫЖА”**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПО НОЗОЛОГИИ «ПУПОЧНАЯ И ОКОЛОПУПОЧНАЯ ГРЫЖА».**

Ташкент - 2025

1. Введение.

Пупочная грыжа — это расширение пупочного кольца, через которое выпячивается содержимое брюшной полости. Такая грыжа встречается чаще у девочек, чем у мальчиков, и почти всегда — у недоношенных детей.

Пупочное кольцо — это отверстие в области пупка, образованное соединительными волокнами. Оно формируется после рождения по мере заживления пупочной ранки там, где ранее была отрезана пуповина. Мышцы вокруг пупочного кольца постепенно сокращаются и укрепляются, укрепляется и соединительная ткань, и со временем кольцо закрывается.

Параумбиликальная грыжа – это выступание сальника, небольшой зоны передней стенки брюшины, кишечных петель, жировой клетчатки, сальников в зону околопупочного кольца.

Темпы закрытия пупочного кольца индивидуальны: у одних детей оно полностью закрывается в течение нескольких недель после рождения, у других может оставаться приоткрытым на протяжении первых лет жизни, и на этом фоне грыжа может и не сформироваться. Если выпячивание внутренних органов через пупочное кольцо происходит постоянно, то формируется грыжевой мешок и пупочная грыжа.

Небольшие отклонения в закрытии пупочного кольца считаются нормой. Однако, когда пупочная грыжа сформировалась, за ней стоит следить: если она увеличивается в размерах или доставляет ребёнку дискомфорт, может потребоваться лечение. От врача требуется точная диагностика данной патологии у детей и определение правильной тактики лечения. Данный протокол разработан на основе клинических рекомендаций Американской ассоциации детской хирургии www.eapso.org, Европейской ассоциации детской хирургии <http://www.eupso.info/>, Российской ассоциации детских хирургов <https://www.radh.py/> получил.

Международная классификация болезней – код МКБ(МКБ)-10:

К 42	Пупочная грыжа
	http://mkb-10.com

Дата разработки и пересмотра Протокола: Протокол разработан в 2025 году. Дата пересмотра 2028 г.;

Учреждение, ответственное за разработку национального клинического протокола:

Центр повышения квалификации медицинских кадров, Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии у детей (РСПЦМИЭКДВ), Детский национальный медицинский центр.

Участники, внесшие вклад в разработку клинических протоколов и стандартов:

Члены рабочей группы в области детской хирургии по организации процедуры:

Акилов Х.А. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением хирургии и детской хирургии центра повышения квалификации медицинских кадров. Председатель Общества детских хирургов Республики Узбекистан.

Абдусаматов Б.З. Доктор медицинских наук, директор Республиканского научно-практического центра малоинвазивной и эндоскопической

	детской хирургии (РСПЦМИЭКДВ). Главный детский хирург Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
Азамходжаев С.Т.	Доктор ТошПТИ – заведующий отделением урологии, детской урологии.
Рахматуллаев А.А.	Заведующий кафедрой плановой детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института
Эргашев Н.Ш.	доктор медицинских наук, заведующий отделением детской хирургии больницы ТашПТИ, профессор
Асадуллаев Д.Р.	Кандидат наук. - врач отделения неотложной детской хирургии Республиканского научного центра скорой медицинской помощи
Шамсиев Ж.А.	Заведующий отделом последипломного образования
Сапаев ОК	доктор медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Ургенчского филиала ТМА
Отамуродов Ф.А.	Доктор медицинских наук, директор Термезского филиала ТМА
Умаров К.М.	Кандидат медицинских наук, врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра

Список авторов:

Акилов Х.А.	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением хирургии и детской хирургии центра повышения квалификации медицинских кадров. Председатель Общества детских хирургов Республики УЗБЕКИСТАН.
Примов Ф.Ш.	Доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии и детской хирургии Центра повышения квалификации медицинских кадров.
Абдусаматов Б.З.	Доктор медицинских наук, директор Республиканского научно-практического центра малоинвазивной и эндоскопической детской хирургии (РСПЦМИЭКДВ). Главный детский хирург Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
Салимов Ш.Т.	Профессор №1 кафедры общей и детской хирургии ТМА
Азамходжаев С.Т.	Доктор ТошПТИ – заведующий отделением урологии, детской урологии.
Бердиев Э.А.	Ассистент №1 кафедры общей и детской хирургии ТМА
Рахматуллаев А.А.	Заведующий кафедрой плановой детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института
Алиев М.М.	Профессор кафедры факультативной детской хирургии ТошПТИ
Эргашев Б.Б.	Доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии больницы ТошПТИ
Эргашев Н.Ш.	доктор медицинских наук, заведующий отделением детской хирургии больницы ТашПТИ, профессор
Хамраева Ж.	Доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии больницы ТошПТИ

Рахматуллаев А.А.	Кандидат наук. Доцент кафедры детской хирургии больницы ТошПТИ
Нарбоев Т.Т.	Доктор медицинских наук Тош – доцент кафедры детской хирургии ФТИ.
Оллоберганов О.Т.	Доктор медицинских наук Тош – доцент кафедры детской хирургии ФТИ.
Асадуллаев Д.Р.	Кандидат наук. - врач отделения неотложной детской хирургии Республиканского научного центра скорой медицинской помощи
Урманов Н.Т.	Заведующий отделением детской неотложной хирургии Республиканского научного центра скорой медицинской помощи
Шамсиев Ж.А.	Заведующий отделом последипломного образования
Атакулов Ж.О.	Доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии Самаркандского государственного медицинского университета №1
Мирзакаримов БХ	Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской хирургии Андижанского медицинского института, профессор.
Сапаев ОК	доктор медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Ургенчского филиала ТМА
Отамуродов Ф.А.	Доктор медицинских наук, директор Термезского филиала ТМА
Вахидов А.Ш.	Доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии филиала ТМА «Текрмиз»
Эшкobilов Ш.Д.	Кандидат медицинских наук, заместитель директора Детского национального медицинского центра
Умаров К.М.	Кандидат медицинских наук, врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра
Сафаров А.З.	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра
Абдуазизов М.А.	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра
Насиров М.М.	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра
Худайберганава А.Б.	Врач отделения общей хирургии Детского национального медицинского центра

Рецензенты:

Юсупов Ш.А.	доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Самаркандского государственного медицинского университета №1
Соколов Ю.Ю.	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Российской медицинской академии.

Клинический протокол был обсужден и рекомендован к утверждению на итоговом заседании рабочей группы с профессорами и преподавателями высших учебных заведений, Ассоциацией детских хирургов Узбекистана, организаторами здравоохранения, врачами областных учреждений.

Руководитель рабочей группы – Акилов Х.А., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и детской хирургии центра повышения квалификации медицинских кадров. Председатель Общества детских хирургов Республики Узбекистан рассмотрен и одобрен ученым советом центра профессионального развития медицинских кадров. 30 марта 2023 г., протокол № 5.

Техническая экспертиза и редактирование:

1. Бобокулов - Детский национальный медицинский центр
2. Абдурахманов А.А. - Республиканский научно-практический центр детской малоинвазивной и эндоскопической хирургии

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

Сокращения, используемые в протоколе:

ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИВЛ	искусственная вентиляция легких
ИТ	интенсивная терапия
ИФА	иммуноферментный анализ
КЩС	кислотно-щелочное состояние
МВ	механическая вентиляция
МРТ	магнитно-ядерная томография
НСГ	нейросонография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОАП	открытый артериальный проток
ОЦК	объем циркулирующей крови
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РДС	респираторный дистресс синдром
СРАР	постоянное положительное давление в дыхательных путях
СРБ	С-реактивный белок
СУВ	синдром утечки воздуха

ТБИ	тяжелая бактериальная инфекция
ТНН	транзиторноетахипноэ новорожденных
ФГДС	фиброгастроуденоскопия
ЧД	частота дыхания
ЧСС	частота сердечных сокращения
ЭхоКГ	эхокардиография
Er	эритроциты
FiO2	концентрация подаваемого кислорода
Hb	гемоглобин
Ht	гематокрит
L	лейкоциты

Пользователи настоящего протокола диагноза/нозологий:

- Детские хирурги;
- Педиатры;
- Врачи – взрослые хирурги;
- Врачи общей практики;
- Организаторы здравоохранения
- Студенты-медики, магистры, ординаторы и аспиранты

Категория пациентов:

Пупочные или околопупочные грыжи и его осложнениями.

Уровень доказательности методов диагностики (диагностических вмешательств).

Рейтинговая шкала (ДД)

ДД	Уровень достоверности доказательств
1	Систематические обзоры контролируемых исследований с использованием эталонного метода или систематические обзоры рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа.
2	Систематические обзоры исследований с контролем референтного метода или некоторых рандомизированных клинических исследований и исследований любого дизайна, за исключением систематических обзоров рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа.
3	Исследования с использованием эталонного метода, которые не контролируются последовательно или не независимы от метода исследования, или нерандомизированные сравнительные исследования, включая когортные исследования.
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Основа механизма действия лечения или мнение эксперта

Уровень доказательности (DD) профилактических, терапевтических и реабилитационных мер

Шкала оценки

ДД	Уровень достоверности доказательств
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа

2	Систематические обзоры отдельных рандомизированных клинических исследований и исследований любого дизайна, за исключением систематических обзоров рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа.
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, включая когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описания клинических случаев или серий случаев, исследования «случай-контроль».
5	Основание механизма действия лечения (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровня достоверности рекомендаций по профилактическим, диагностическим, лечебно-реабилитационным мероприятиям (РТТ)

РТТ	Уровень уверенности рекомендаций
А	Сильная рекомендация (все рассмотренные критерии эффективности (результаты) важны, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, выводы по интересующим результатам согласованы)
В	Условная рекомендация (некоторые из рассмотренных критериев эффективности (результатов) являются важными, методологическое качество некоторых исследований высокое или удовлетворительное и/или выводы по интересующим результатам не согласованы)
С	Слабая рекомендация (доказательства качества не предоставлены (рассмотренные критерии эффективности (результаты) не важны), методологическое качество всех исследований низкое, а выводы по интересующим результатам не последовательны)

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Этиология: Грыжу может спровоцировать повышенное внутрибрюшное давление, например, если ребёнок много плачет и напрягает живот или сильно тужится во время опорожнения кишечника.

Нередко грыжа развивается у детей, родившихся раньше срока. Это связано с тем, что многие ткани, включая мышцы передней брюшной стенки, у них развиты недостаточно.

Активный рост внутренних органов, характерный для первых месяцев жизни, может спровоцировать повышенное давление на пупочное кольцо и приводить к выпячиванию органов брюшной полости.

Как проявляется околопупочная грыжа?

Изначально в пространство рядом с пупком попадает только подкожно-жировая клетчатка. На этой стадии болезнь напоминает не имеющий значения дефект кожи. Со временем симптомы становятся более выраженными, проявляются не только во время физических нагрузок, но и в состоянии покоя.

2.2. Общее определение: Грыжа у ребенка – выпячивание в области пупка внутренних органов под кожу через отверстия, которые есть в норме или появились из-за слабости мышечно-фиброзного каркаса тела. Содержимым грыжевого мешка могут быть кишечная петля, кусочек сальника, придатки у девочек. У детей чаще всего диагностируют пупочную грыжу – подвижное

образование в области пупочного кольца, которое меняет свои размеры и форму в зависимости от активности и давления внутри живота. Это самая частая хирургическая патология у детей до 1 года, особенно среди недоношенных.

2. 3. Клиническая классификация: Различают грыжи пупочной области у ребенка:

- врожденные и приобретенные (чаще встречаются у детей старшего возраста);
- вправимые и невправимые;
- истинные (есть дефект в апоневрозе стенки живота и выпирание через него внутренних органов) и ложные (кожный пупок – лишний участок кожи от культи пуповины, кольцо закрыто и содержимого в виде органов нет);
- по размеру: малые (до 1 см), большие (до 3 см), гигантские (более 3 см).

Пупочная грыжа у детей может проявляться по-разному. Её классифицируют по периоду возникновения, сопутствующим осложнениям, степени выраженности и другим параметрам.

Классификация пупочной грыжи по тяжести течения:

- простая пупочная грыжа: ткани не защемляются пупочным кольцом и свободно перемещаются наружу и внутрь;
- пупочная грыжа с ущемлением (ущемлённая пупочная грыжа): более опасная разновидность грыжи, при которой происходит ущемление выпячивания (части органа) в пупочном кольце. Такая грыжа может быть болезненной и требует немедленной медицинской помощи.

По степени выраженности:

- возникающая при напряжении брюшной стенки. Может появляться на время, когда ребенок плачет или кашляет, а затем снова становится незаметной;
- сохраняющаяся постоянно (невправимая, но не ущемлённая). При более слабом пупочном кольце грыжу видно даже в спокойном состоянии, без напряжения.

По стадии развития:

- неосложнённая: не беспокоит ребёнка, представляет собой только визуальный дефект. Такая грыжа не требует лечения;
- осложнённая. Сопровождается болью и нарушением кровоснабжения выступающих участков органов. Такая грыжа требует экстренной консультации врача и, возможно, хирургического вмешательства.

По периоду возникновения:

- возникает в младенчестве, а затем проходит к началу школьного возраста;
- появляется в младенчестве и сохраняется на всю жизнь;
- появляется в подростковом возрасте.

Виды параумбиликальной грыжи Выпячивание органов в районе пупка бывает двух типов: врожденная – возникает вследствие нарушенного развития апоневроза. Провоцирующим фактором служит крик малыша, способствующий чрезмерному напряжению неокрепшей мускулатуры живота. приобретенная – формируется в возрасте от 3 до 7 лет.

3. Методы, подходы и диагностические процессы.

3.1. Диагностические критерии:

В некоторых случаях для более точной диагностики врач может назначить ультразвуковое исследование.

Как правило, грыжа требует регулярного наблюдения. Если диагноз подтвердится, специалист обозначит, как часто нужно приходить на осмотр к врачу (обычно 1–2 раза в год).

Диагностика пупочной грыжи у грудничков

У младенцев грыжу врач диагностирует во время профилактических осмотров. Заметить её можно уже в первые несколько недель жизни ребёнка, после того как заживёт пупочная ранка. Врач проводит визуальный осмотр области пупка ребёнка. Если грыжа подтверждается, но не доставляет дискомфорта малышу, дальнейшего обследования не проводится. Родителям в этом случае рекомендуется наблюдать за состоянием грыжи и регулярно приходить с ребёнком на осмотр.

Диагностика пупочной грыжи у подростков

У подростков пупочная грыжа встречается реже и требует более тщательной диагностики. Она включает визуальный осмотр и пальпацию, во время которых врач оценивает состояние пупочного кольца, размер грыжи и её болезненность.

В некоторых случаях, чтобы более точно определить размер и характер пупочной грыжи, врач может назначить ультразвуковое исследование.

Лабораторные методы диагностики

Из лабораторных методов диагностики назначают клинический анализ крови и общий анализ мочи. При необходимости назначают дополнительные исследования.

3. 2. Дифференциальная диагностика:

Патологии, такие как остаток урахуса или абсцесс, могут иметь дренаж. Лимфома или неопластические метастазы могут быть нерегулярными, содержать некроз и быть фиксированными к окружающим тканям. Альтернативные диагнозы пупочной грыжи включают, но не ограничиваются: Абсцесс.

4. Тактика лечения: В большинстве случаев у детей к 3–4 годам пупочное кольцо сужается, дефект в передней брюшной стенке, таким образом, перестаёт существовать, и выпячивания части органов через пупочное кольцо прекращаются. При очередном осмотре врач может констатировать отсутствие грыжи. Поэтому для маленьких детей врачи не торопятся назначать лечение и чаще выбирают тактику наблюдения.

Исключение составляют ситуации, когда грыжа увеличивается в размерах, вызывает боль или дискомфорт или сохраняется после 3–4 лет. В этом случае врач может рекомендовать консервативное или оперативное лечение. Также показано лечение приобретённых грыж, например у подростков, если состояние появилось на фоне подъёма тяжестей.

Консервативное лечение

В качестве консервативного лечения врач может рекомендовать укрепление мышц брюшной стенки. Для этого применяют лечебную физкультуру и физиотерапию.

Временное облегчение может принести использование специальных повязок или тейпов, которые помогают зафиксировать пупок и удерживать грыжу внутри брюшной полости.



Тейпы (кинезиотейпирование) — специальные пластыри, которые приклеиваются на кожу и помогают поддерживать мышцы в нужном положении

Обезболивающие: До операции показано инфузионное введение седативных, обезболивающих или миорелаксирующих препаратов: - Диазепам или мидазолам 0,1 мг/кг/час - Тримеперидин 0,1-0,2 мг/кг/час - Фентанил 1-3 мкг/кг /час (для предотвращения симпатической легочной вазоконстрикции в ответ на серьезные внешние воздействия такие, как санация трахеи). - Атракуриума бесилат 0,5мг/кг/час - Пипекурония бромид 0,025мг/кг/час Послеоперационное обезболивание: Внутривенная постоянная инфузия фентанила 5-10мкг/кг/час в сочетании с ацетаминофеном ректально или внутривенно в разовой дозе 10-15 мг/кг 2-3 раза в сутки или метамизолом натрия 5-10 мг/кг 2-3 раза внутривенно. Дозировка анальгетиков и длительность введения подбираются индивидуально в зависимости от выраженности болевого синдрома. При десинхронизации ребенка с аппаратом ИВЛ вводятся седативные препараты: - Мидазоламили диазепам до 0,1 мг/кг/час(с постоянной инфузией).

Следует избегать применения у новорожденных до 35 недель гестации - Фенобарбитал (10-15 мг/кг/сутки) Инфузионная терапия и парентеральное кормление:

- Большинству новорожденных должно быть начато внутривенное введение жидкостей по 70-80 мл/кг в день.
- У новорожденных объем инфузии и электролитов должен рассчитываться индивидуально, допуская 2,4-4% потери массы тела в день (15% в общем) в первые 5 дней
- Прием натрия должен быть ограничен в первые несколько дней постнатальной жизни и начат после начала диуреза с внимательным мониторингом баланса жидкости и уровня электролитов. Если есть гипотензия или плохая перфузия 10-20 мл/кг 0,9% натрия хлорид следует вводить один или два раза.

4.3. Хирургическое вмешательство:

Решение об оперативном лечении пупочной грыжи принимают, если она причиняет дискомфорт, а консервативная терапия не приносит должного эффекта (в том числе уменьшения в размерах).

Показания к хирургическому лечению грыжи:

- боль или распирающие ощущения в области пупка,
- увеличение грыжи в размерах.

Так как пупочная грыжа предполагает ряд ограничений по физической активности, решение об оперативном лечении может быть принято, если, к примеру, подросток занимается спортом, даже если грыжа не вызывает боли.

В ходе операции дефект в пупочном кольце ушивается, при необходимости врач может рекомендовать установку специальной сетки для лучшей защиты от повторного расхождения мышц. Операция считается безопасной и, как правило, проходит без осложнений.

Прогноз и профилактика

Профилактикой возникновения пупочных грыж является, в первую очередь, предупреждение чрезмерного натуживания ребенка и вздутия живота, причиной которого обычно являются повышенное газообразование, запоры.

Для предотвращения чрезмерного вздутия кишечника у ребенка и развития запоров наиболее благоприятным для детей раннего возраста является кормление грудным молоком, однако при этом мама должна соблюдать диету. Мы можем посоветовать мамам временно исключить из своего рациона следующие продукты: цельное молоко, белокочанную капусту, бобовые, орехи, сладости, копчености, колбасы. Предпочтительно употребление кисломолочных продуктов, отрубей, цельнозерновых каш, свежих овощей, фруктов. Во время кормления грудью для профилактики запоров полезны чернослив и курага (не более 3-5 ягод в день).

Если малыш по каким-либо причинам находится на искусственном вскармливании, чтобы исключить запоры, вздутие живота, колики, аллергическую реакцию, смесь должен подобрать педиатр.

Список препаратов (действующие вещества), применяющиеся при лечении:

№ т	Фармакотерапевтическая группа	ХПН препарата	Способ применения	Уровень доказательности
1	Наркотический анальгетик для купирования боли в послеоперационном периоде.	Морфина гидрохлорид, 1%-1 мл	внутримышечно	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
2	Наркотический анальгетик для купирования боли в послеоперационном периоде.	Фентанил 0,005%	внутривенно	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
3	Анальгетики смешанных движений – в послеоперационном периоде.	Трамадол, 100 мг – 2 мл	внутримышечно	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-

				xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
4	Цефалоспорины 2-го поколения.	Цефуроксим по 750 мг внутривенно и внутримышечно каждые 8 часов.	внутримышечный/внутривенный	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
5	Цефалоспорины 3-го поколения.	Цефтазидим, 100 мг/кг каждые 8-12 часов.	внутривенно,	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
6	Цефалоспорины 3-го поколения.	Цефтриаксон по 1 г внутривенно и внутримышечно каждые 12 часов.	внутримышечный/внутривенный	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
7	Цефалоспорины 3-го поколения.	Цефотаксим, 1 г для приготовления раствора	внутримышечный/внутривенный	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
8	Цефалоспорины 3-го поколения.	Цефоперазон по 2–4 г каждые 12 часов.	внутримышечный/внутривенный	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
9	Цефалоспорины 4-го поколения.	Цефепим 2 гр.	внутримышечный/внутривенный	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/

				library/articles/xirurgiya/perecen-1s-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
10	Аминогликозиды	Амикацин 10–15 мг/кг	внутримышечный/внутривенный	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-1s-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
11	Фторхинолоны	Ципрофлоксацин, таб. 250 мг-500 мг, раствор для инфузий 0,2%-100 мл	внутримышечный/внутривенный	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-1s-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
12	Нитроимидазолы	Метронидазол 500 мг/100 мл	внутримышечный/внутривенный	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-1s-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
13	Азоловое противогрибковое средство	Флуконазол 2 мг/мл	внутрь, внутривенно	Б https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-1s-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
14	Антисептик, для обработки кожи и дренажных систем.	Повидон-йод 10% раствор	Сёкин внутривенно, лёкин более 60 минут.	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-1s-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

15	Антисептик	Этанол 70% раствор	внутривенно	Bhttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
----	------------	-----------------------	-------------	---

Список дополнительных препаратов(с вероятностью использования менее 100%):

1- таблица

№	Фармакотерапевтическая группа	ХПН препарата	Способ применения	Уровень доказательности
1	Антисекреторный препарат является ингибитором протонной помпы	Омепразол.	в/в	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
2	Кровоостанавливающий препарат	Этамизилат, раствор для инъекций 12,5%-2 мл	Внутривенно, внутримышечно за час до операции.	Bhttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
4	Правильно действующий антикоагулянт (для профилактики тромбов)	Гепарин 5000-1000-2000 МЕ/ч	250-500 мг	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
5	Диуретики	Фуросемид, 20-40 мг, раствор для инъекций 1%-2 мл	в вену	Ahttps://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

				ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
6	Вопросо компонентах	Эритроцитарная масса по инструкции	Внутри Вени тихо	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
7	Компоненты крови	Свежезамороженная плазма согласно инструкции.	Внутривенно, подкожно, внутримышечно,	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Госпитализация. Показания к госпитализации: требует незамедлительного госпитализация новорожденного в хирургический стационар после установленного диагноза.

7. Организационные аспекты протокола:

7.1 Сведения об отсутствии конфликта интересов – отсутствуют.

7.2. Информация экспертов (специалистов республики и зарубежных стран):

Эргашев Н. Ш., заведующий кафедрой детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского университета

7.3. Включение условий для пересмотра протокола: Протокол будет пересмотрен через 3 или 5 лет после его разработки или когда станут доступны новые методы с уровнем доказательности;

7.4. Список использованной литературы (ссылки на источники, указанные в тексте отчета, обязательны):

Литература

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2. Хирургические болезни детского возраста: учеб. для мед. вузов / под ред. Ю.Ф. Исакова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — Т. 2.

3. Никитина Ирина Леоровна, Косенкова Тамара Васильевна, Новикова Валерия Павловна. Детские болезни. СпецЛит, 2021 г.

4. Хваджа Косар А., Балаа Фэли К., Диаз Хосе Х. Малоинвазивная неотложная хирургия. ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина 1990.
6. Оперативная хирургия детского возраста. Под редакцией проф. Марголирина Е.М., «Медгиз», Л., 1960.
7. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. М.: Медицина, 1985.
8. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
9. Хирургические болезни детского возраста: учеб. для мед. вузов / под ред. Ю.Ф. Исакова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — Т. 2.
10. Никитина Ирина Леоровна, Косенкова Тамара Васильевна, Новикова Валерия Павловна. Детские болезни. СпецЛит, 2021 г.
11. Хваджа Косар А., Балаа Фэли К., Диаз Хосе Х. Малоинвазивная неотложная хирургия. ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
12. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина 1990.
13. Оперативная хирургия детского возраста. Под редакцией проф. Марголирина Е.М., «Медгиз», Л., 1960.
14. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. М.: Медицина, 1985.