New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

7 (57) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН

НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ

NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (57)

2023

ИЮЛЬ

Received: 10.07.2023, Accepted: 15.07.2023, Published: 17.07.2023.

УДК 616.346.2-002.191

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У НОВОРОЖДЕННОГО

Раупов Ф.С. https://orcid.org/0009-0003-4686-631X

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Резюме***

В данной статье рассмотрено основные моменты клинического течения, сложности диагностики и ряд аспекты механизмов развития острого аппендицита у новорожденного. Рассматриваются вопросы современной диагностики острого аппендицита при стертой картине заболевания.

Ключевые слова: новорожденный, аппендицит, некротический энтероколит, лапаротомия, диагностика, лечебная тактика.

A CLINICAL CASE OF ACUTE APPENDICITIS IN A NEWBORN

Raupov F.S. https://orcid.org/0009-0003-4686-631X

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Resume***

This article discusses the main points of the clinical course, the complexity of diagnosis and a number of aspects of the mechanisms for the development of acute appendicitis in a newborn. The issues of modern diagnosis of acute appendicitis with an erased picture of the disease are considered.

Keywords: newborn, appendicitis, necrotizing enterocolitis, laparotomy, diagnostics, medical tactics.

YANGI TUG'ILGAN CHALDA O'TKIR APPENDITSITNING KLINIK XOLATI

Raupov F.S. https://orcid.org/0009-0003-4686-631X

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Rezyume***

Ushbu maqolada klinik kursning asosiy nuqtalari, tashxisning murakkabligi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'tkir appenditsitning rivojlanish mexanizmlarining bir qator jihatlari ko'rib chiqiladi. Kasallikning o'chirilgan surati bilan o'tkir appenditsitni zamonaviy diagnostika qilish masalalari ko'rib chiqiladi.

Kalit so'zlar: yangi tug'ilgan chaqaloq, appenditsit, nekrotizan enterokolit, laparotomiya, diagnostika, terapevtik taktika.

Актуальность

Несмотря на достигнутые успехи в лечение острого аппендицита (ОА) у детей, общий уровень послеоперационных осложнений и летальность остается на достаточно высоком уровне [2,3,17].

Острый аппендицит – это воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса). ОА является самым распространенным хирургическим заболеванием у детей, требующее неотложной хирургической помощи [1,5,16,29]. ОА могут страдать дети всех возрастов. Чаще всего заболевание диагностируется в возрасте 8-12 лет. Достаточно редко заболевание

встречается у малышей до года в связи с анатомо-физиологическим особенностям строения аппендикса и характеру питания (жидкая пища) [6,13,28].

По литературным данным, ОА в возрасте до 1 года встречается исключительно редко и составляет от 0,06% до 0,2% среди больных с данной патологией [7,10,14,18,22]. Однако до настоящего времени данная тема является актуальной, т.к. существуют трудности своевременной диагностики этого заболевания, а быстрое развитие воспалительного процесса диктует необходимость не медлить с хирургическим вмешательством у этих больных. У детей первого года жизни преобладают деструктивные формы ОА с перитонитом. Это обусловлено анатомическими особенностями червеобразного отростка (тонкая стенка, недоразвитие большого сальника, более высокое расположение слепой кишки и отростка), трудностью контакта с пациентом, а также диагностическими ошибками [8,11,23,27,30].

ОА у новорожденных общепринято относить к редкой воспалительной патологии брюшной полости [9,15,20,26]. Считается, что в результате перинатальной гипоксии, инфицирования плода, морфологической и функциональной незрелости на фоне течения тяжелой формы грамотрицательного дисбактериоза может развиться геморрагический или септический инфаркт стенки червеобразного отростка, а более редкими причинами возникновения аппендицита могут быть инородные тела, сдавления тяжами брюшины при незавершенном повороте кишечника [1,5,6,18,21,25]. Однако существует мнение, что острый аппендицит является нетипичной формой язвенно-некротического энтероколита периода новорожденности [4,19,24]. В неонатальном периоде актуальным сохраняется трудность дифференциальной диагностики аппендицита с некротическим энтероколитом (НЭК), которые имеют одинаковый спектр факторов риска [2,3,4].

Клиническая картина острого аппендицита у детей зависит от индивидуальной реакции организма, анатомических особенностей расположения аппендикса и возраста ребенка [2,3]. Диагностировать аппендицит у малышей достаточно сложно, особенно в раннем возрасте. Это объясняется тем, что детки еще не могут четко сформулировать свои жалобы, понятно выразить свою реакцию при осмотре и манипуляциях врача. Поэтому важно, чтобы врач-хирург досконально владел методикой обследования, имел достаточный опыт диагностики и лечения заболевания, а также мог наладить доверительный контакт с ребенком [1,3,7].

Представляем собственное клиническое наблюдения ОА у младенца периода новорожденности.

Цель. Описать клинические наблюдения острого аппендицита у детей периода новорожденности.

Описание случая: Под нашим наблюдением находилась больная Т.С.., 7 дневного возраста, с диагнозом: “Аномалии развития внутренных органов. Частичная кишечная непроходимость”. Жалобы при поступления со слов матери – на беспокойства, повышение температуры тела, на многократную рвоту с примесью желчи. Из анамнеза: ребенок от первой беременности и родов, родственных связей родители не имеют. Беременность протекало с осложнениями, на 4-ом месяце беременности мать ребенка заболела гриппом, получала антибактериальную, инфузионнуию и симптоматическую терапию. Находилась под постоянным наблюдением у гинеколога, проходила плановые обследование в скрининговом центре. Роды в срок, 42 недели беременности, состояние при рождении по шкале Апгар оценено на 7/8 баллов, весь при рождения – 3325 гр., длина тела 51 см. Во время родов диагностировано обвитие пуповины и загрязнения околоплодных вод. На 3-сутки после родов у ребенка отмечено беспокойства, повышения температуры тела и рвота. Из-за ухудшения обшего состояния ребенок переведен в отделенеие неонатальной хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского детского центра. При поступление больного общее состояние тяжелое, в сознание, беспокойное. Кожные покровы и выдимая слизистое чистое, бледное. Тургор кожи сохранена. Дыхание свободное, через нос, над легкими выслушивается пуэрильное дыхание, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы без особенностей. Живот округлой формы, не участвует в акте дыхания. Пальпаторно мягкий, ребенок реагирует на пальпацию беспокойством. Из-за беспокойтва больного, определить дефанс мышц передно-брюшной стенки и перитонеальные симптомы затруднительно. Перкуторно определяются тимпанический звук, аускультативно ослабление звука перистальтики кишечника. За последные сутки стула не было. При

зондирование желудка отмечено выделение застойного желудочного содержимого с примесью желчи.

При ультразвуковом исследование органов брюшной полости определяется картина периаппендикулярного инфильтрата: свободной жидкости в брюшной полости нет, в правой подвздошной области имеется конгломерат из петель кишечника, отсутствует перистальтика.

Лабораторные показатели: Hb-127 г/л, эритроциты - 4,2 · 10^{12}; цветной показатель - 0,9; лейкоциты -17,4 ·10^{9}; с/я - 4%; п/я - 56%; эоз - 1%; мон - 2%; СОЭ - 15 мм/ч, общий белок - 54,9 г/л. В анализах крови подтверждены признаки воспалительной реакции: число лейкоцитов - 17,4 ·10^{9} и высокое СОЭ - 15 мм/ч.

С диагностической целью произведена контрастное исследование органов желудочно-кишечного тракта (см.рис.1). на котором отмечено пневматоз петлей кишечника, несколько чащечек Клойбера и расширенный желудок с уровнем жидкости, при этом основная масса контрастного вещества через 2 часа находится в полости желудка. Свободный газ в брюшной полости не обнаружена. При повторной рентгенографии через 4 часа (см.рис.2), определяются частичная задержка контраста в полости желудка, част контраста распределена в петлях кишечника, находящихся мезоперитонеально и в левосторонно, в правой подвздошной области имеется уровень жидкости с воздухом.

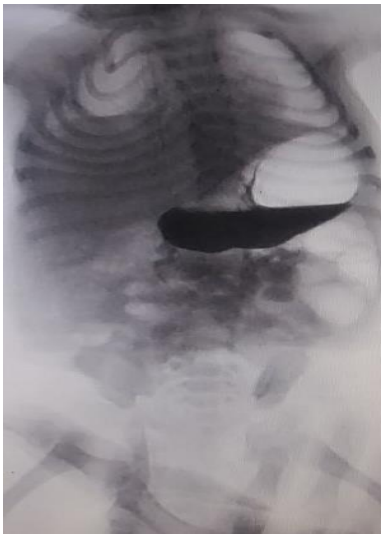

Рис.1. Контрастное исследования ЖКТ (через 2 часа). Задержка контраста в желудке, пневматоз кишечника

Рис.2. Контрастное исследования ЖКТ (через 4 часа). Частичная задержка контраста в желудке, пневматоз кишечника в правой подвздошной области

На основание клинических, инструменьально-рентгенологических данных с диагнозом “Частичная кишечная непроходимость” решено больному сделать операцию. После предоперационной подготовки, под интубационным наркозом, произведено правосторонная нижно-срединная лапоратомия, при вскрытие брюшной полости выделилось незначительная серозно-мутная жидкост. При ревизии петли кишечника резко вздуты, расширены, багрово-красного цвета, отмечается польнокровые сосудов. Местами в петлях кишечника обнаруживается фибриновые сгустки и фибриновые наложения. В правой подвздощной области обнаружен конгломерат состяшиеся из петлей кишечника, при расправление которых обранужено в куполе слепой кишки гангренозно измененный червеобразный отросток длиной около 2 см с перфоративным отверстием в корпусе, диаметром до 0,2х0,3 см. Прилежащие петли кишечника покрыты фибрином, отечные, гиперемированные. Произведено обычная аппендектомия лигатурным способом. После санации и дренирования отделным разрезом в правой подвздошной области, брюшная полость закрыто послойно. Диагноз после операции: “Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит.” Послеоперационное течение тяжелое: больной находился на искусственной вентиляции легких в течение трех суток, переведено на парентеральное питание, обезболивание. А также в послеоперационном периоде больной получил антибактериальное, инфузионно-

трансфузионное, общеукрепляющее лечение. Энтеральное питание начато дробно, начиная с 6-х суток. После стабилизации соматического состояния выписан из стационара на 14 сутки, под наблюдением врача по месту жительства.

Вывод

Отягощенный преморбидный фон способствует воспалительному процессу в брюшной полости с вовлечением в воспалительный процесс червеобразный отросток, что способствует к атипичному течению острого аппендицита у новорожденных и затрудняет диагностику до операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абушкин И.А., Белякова А.В., Галиулин М.Я. Диагностика и лечение спаечной странгуляционной кишечной непроходимости у детей. //Детская хирургия, 2020; 24(S1):9-19.
2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия у детей. /Л., Медицина. 1973;326.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. /М., Медицина. 1986;192.
4. Катько В.А., Уварова Е.В. Некротизирующий энтероколит (НЭК) новорожденных //Медицинский журнал. 2019;2(68):11-18.
5. Кобилов Э., Раупов Ф., Мансуров А., Шарипова Л., Абдуллаев Н. Аскаридоз и кишечная непроходимости у ребенка 6 лет. //Журнал вестник врача, 2014;1(3):132-133. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4922
6. Кобилов Э.Э., Раупов Ф.С., Мансуров А.Б. Фитобезоар, явившийся причиной кишечной непроходимости. Детская хирургия, 2014;18(6):54-55.
7. Карпова И.Ю., Николайчук В.А., Пятова Е.Д. Самоампутация червеобразного отростка у новорожденного при язвенно-некротическом энтероколите с последующим развитием ранней спаечной кишечной непроходимости //Детская хирургия. 2016;20(2):111-112.
8. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., Негребов М.Г., Александров Л.В., Ба М.Р., Андрейчиков А.А. Морфологические изменения тонкой кишки при острой странгуляционной тонкокишечной механической непроходимости. //Клиническая медицина, 2015;93(4):56-61.
9. Раупов Ф.С. Возможные нарушения функции толстого кишечника после резекции у детей. //Проблемы биологии и медицины, 2020;(3):78-81.
10. Раупов Ф.С., Мехриддинов М.К. Результаты Комплексного Лечения Острой Бактериальной Деструкции Легких У Детей. //Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2021;146-149. https://doi.org/10.47494/cajmns.vi0.366.
11. Раупов Ф.С., Ахмедов А.Т. Особенности строения сигмовидной кишки в области сфинктеров у белых лабораторных крыс в позднем постнатальном онтогенезе. //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 2023;3(6):230-237.
12. Сайидович Р.Ф. Параметры Морфогенеза Слепой Кишки Белых Лабораторных Крыс Постнатальном Онтогенезе. //Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2022;3(2):239-242. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7XUQW
13. Сайидович Р.Ф. Морфологические Аспекты Ободочной Кишки Человека И Белых Лабораторных Крыс. //Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2022;3(2):243-247. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KCU8V
14. Шидаков И.Х. Острая кишечная непроходимость при дивертикуле Меккеля. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(1):38-41. https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-1-38-41
15. Arias-Llorente RP, Flóres-Díes P, OviedoGutiérrez M, et al. Acute neonatal appendicitis: A diagnosis to consider in abdominal sepsis. //J Neonatal Perinatal Medicine. 2014;7(3):241-246. DOI: https://doi.org/10.3233 / NPM-14814003.
16. Badhani A, Singh SK. Appendicular perforation in a neonate: a case report. //Int Surg J. 2019;6(5):1800-1802. DOI: http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.
17. Raupov F.S., Mekhriddinov M.K. Results of the Complex Treatment of Acute Bacterial Destruction of the Lungs in Children. //Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2021;146-149.
18. Raupov F.S. Possible dysfunctions of the large intestine after resection in children. Problems of Biology and Medicine, 2020;(3):119.

19. Raupov F.S. Preventive measures of complications of colon resection in children in consideration of morphological features. //In "Online-Conferences" Platform 2022, September;41-42.
20. Raupov F.S. (2022, September). Complications of Colon resection in Children. //In "Online-Conferences" Platform 2022, September;131-132.
21. Raupov F.S. (2023). Clinical and radiological characteristics of colostasis in children. //American Journal Of Biomedical Science Pharmaceutical Innovation, (2023);3(05):48–57. https://doi.org/10.37547/ajbspi/Volume03Issue05-07
22. Raupov F.S. Gistomorphometric Features of The Deca Wall in Laboratory White Rats in Early Postnatal Ontogenesis. //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 2023;3(4):76-81.
23. Raupov F.S. Morphological Features of the Ceca in the Area of Sphincters in White Laboratory Rats in Early Postnatal Ontogenesis. Scholastic: //Journal of Natural and Medical Education, 2023;2(4):142-145.
24. F.S., R. (2023). Morphological Features of the Ceca in the Area of Sphincters in White Laboratory Rats in Early Postnatal Ontogenesis. Scholastic: //Journal of Natural and Medical Education, 2023;2(4):142-145. Retrieved from http://univerpubl.com/index.php/scholastic/article/view/1124
25. Raupov F.S. (2023). To Etiopatogenetic Treatment of Obp In Children. Research Journal of Trauma and Disability Studies, 2023;2(6):1-4. Retrieved from http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/903
26. Raupov F.S. Complications of Colon Resection in Children. In "Online-Conferences" Platform 2022 September;131-132.
27. Raupov F.S., Nuriddinov S.S. (2023). Clinical and Radiological Characteristics of Colostasis In Children. //Research Journal of Trauma and Disability Studies, 2023;2(6):9-15. Retrieved from http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/905
28. Teshaev Sh.Zh., Raupov F.S. (2022). Some Morphological Aspects of Optimization of Colon Resection in Children. //International Journal of Medical Sciences And Clinical Research, 2022;2(11):42-46. https://doi.org/10.37547/ijmscr/Volume02Issue11-08
29. Raupov F.S., Kh S.S. (2023). Empirical Antibacterial Therapy for Acute Bacterial Destructive Pneumonia in Children. //International Journal of Medical Sciences And Clinical Research, 2023;3(05):84-89.
30. Saidovich R.F. (2022). Features Morphological Bases of Colon Resection in Children. //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal, 2022;2(3).

Поступила 10.07.2023