

Ошский государственный университет
Центр последипломного и непрерывного медицинского образования
Отдел программ хирургических специальностей

Тема: Особенности дифференциальной диагностики острого аппендицита в стационарной хирургии

Ординатор 2-года обучения: Шакиров Акылбек

Дифференциальная диагностика острого аппендицита

1. Болезнь Крона (БК)
2. Колиты - неспецифический язвенный колит (НЯК), псевдомембранозный колит, пострadiационный колит
3. Дивертикулы тонкого и толстого кишечника
4. Почечная колика справа
5. Острая кишечная непроходимость — спаечная, обтурационная, заворот кишечника.

Цель исследования.

Изучение особенностей дифференциальной диагностики острого аппендицита в хирургическом стационаре

Актуальность проблемы

1. История изучения данного заболевания составляет около века, за этот период изменились представления о болезни острого аппендицита улучшились принципы диагностики и протоколы хирургического лечения, но до настоящего времени остаются не до конца изученными причины заболевания.
2. Актуальность проблемы острого аппендицита в современной хирургии обусловлена большой частотой его встречаемости (40-50% больных, находящихся в хирургических стационарах, до 30% неотложных операций на органах брюшной полости) . Данное заболевание может возникнуть в любом возрасте, но наиболее часто в молодом, приводя к продолжительной нетрудоспособности пациентов.

Определение острого аппендицита

Острый аппендицит – острое воспалительно-некротическое заболевание червеобразного отростка слепой кишки, протекающее при участии микрофлоры (факультативных и облигатных анаэробов), обитающей в просвете аппендикса. Хронический аппендицит – редкая форма аппендицита, развивающаяся после перенесённого острого аппендицита, осложнённого инфильтратом, и характеризующаяся склеротическими и атрофическими изменениями в стенке червеобразного отростка. Некоторыми исследователями допускается возможность развития первично-хронического аппендицита (без ранее перенесённого острого), но в то же время, многими авторами исключается наличие хронического аппендицита.

Классификация острого аппендицита

Тип классификации	Критерии
По расположению:	1. классический; 2. ретроцекальный; 3. ретроперитонеальный.
По характеру течения	1. Острый осложненный перфорация отростка, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы (тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный), перитонит, забрюшинная флегмона, сепсис, пилефлебит. 2. Острый неосложненный катаральный (простой, поверхностный) и деструктивный (флегмонозный, гангренозный) 3. Хронический аппендицит (первично-хронический, резидуальный, рецидивирующий).
Морфологическая классификация	-Катаральный (простой, поверхностный); -Деструктивный: -флегмонозный, -апостематозный, -флегмонозно-язвенный, -гангренозный, -перфоративный.
Тяжесть атаки по шкале Альварадо В 1986 году американским	

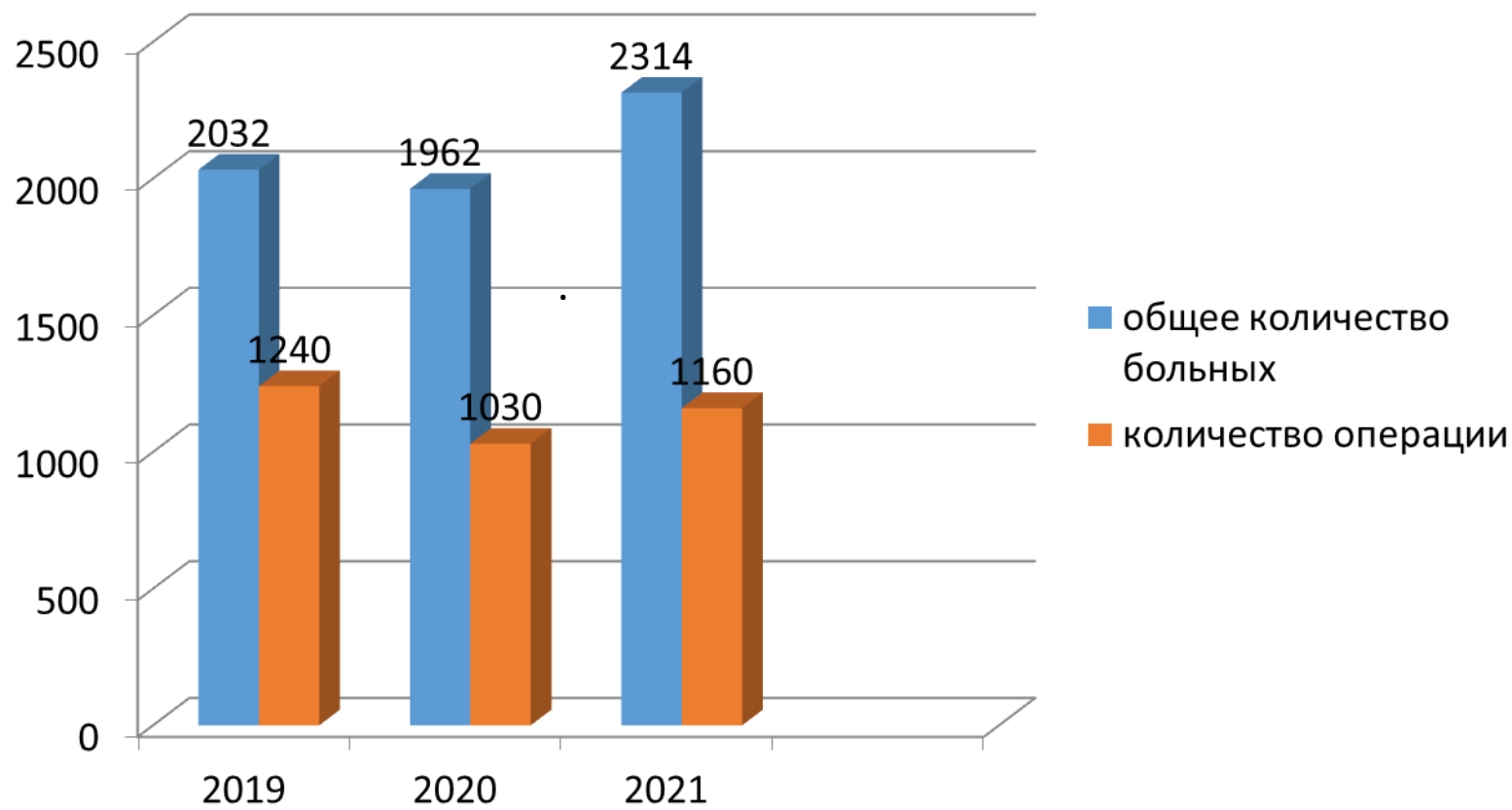
Шкала Альварадо

Признаки	
-Болезненность правой подвздошной области	+2
-Повышение температуры тела >37,3 С	+1
-Симптом Щеткина	+1
СИМПТОМЫ	+1
-Миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	
-Потеря аппетита	+1
-Тошнота/ рвота	+1
Лабораторные данные:	
Лейкоцитоз >10x10 ⁹ /л	+2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов >75%)	+1
ВСЕГО:	10

Оценка данных

МЕНЕЕ БАЛЛОВ	Острый аппендицит маловероятен
5-6 БАЛЛОВ	Острый аппендицит возможен и пациент нуждается в наблюдении
7-8 БАЛЛОВ	Острый аппендицит вероятен
9-10 БАЛЛОВ	Острый аппендицит имеется и пациенту требуется экстренное хирургическое вмешательство

Показатели работы хирургии ОГКБ хир №1 за 2019г., 2020г., 2021г



Диагностика острого аппендицита

Анамнез.

Физикальное исследование.

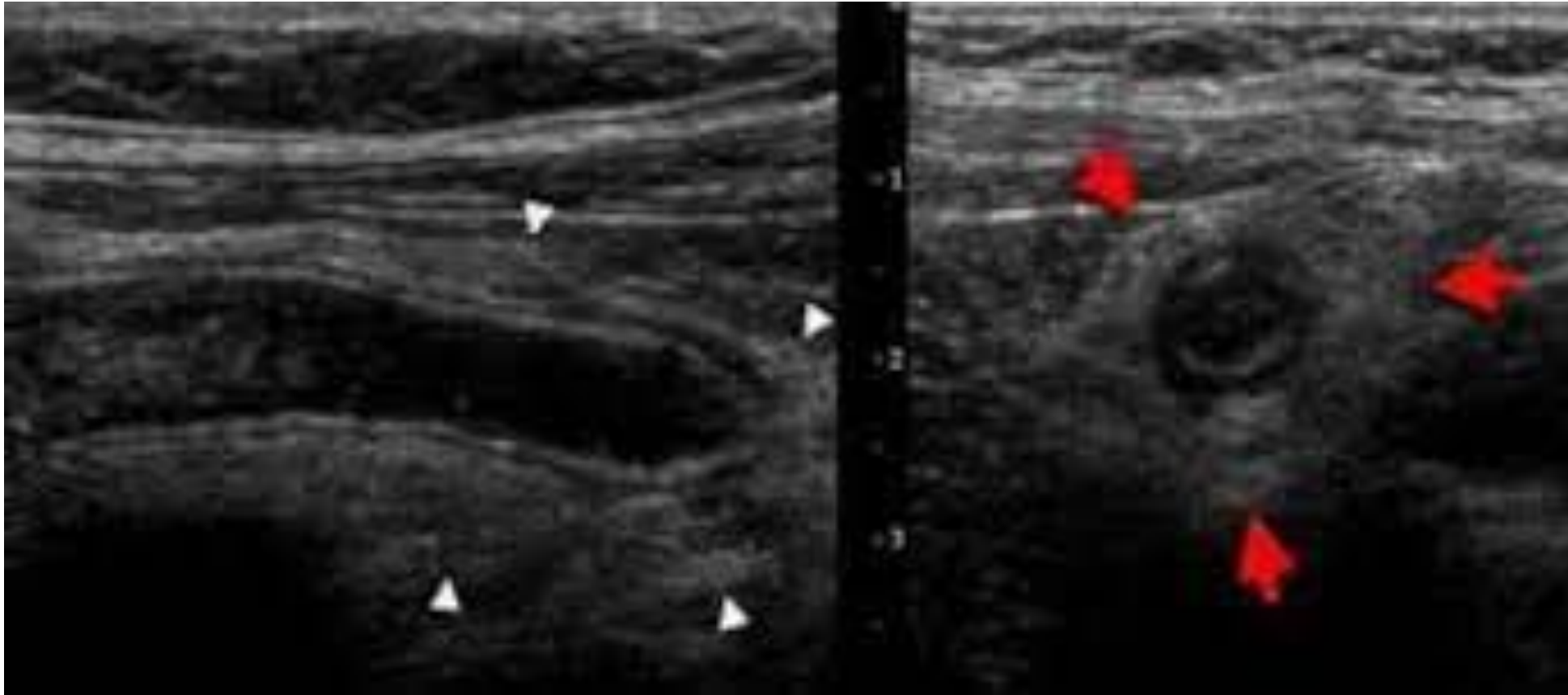
Рентгенография.

УЗИ.

Лабораторные исследования.

Гистологические исследования.

УЗИ при остром аппендиците - воспаленный аппендикс, окруженный воспаленной эхогенной жировой тканью



Острый аппендицит подвздошной кишки по КТ: имеется сохранность и утолщение стенок



Острый аппендицит



Фрагмент операции при остром аппендиците



Дифференциальная диагностика

1. Кишечная непроходимость - 5 больных
2. Неспецифический язвенный колит - 2 больных
3. Пострадиационный колит - 3 больных
4. Псевдомембранозный колит - 3 больных
5. Дивертикулез тонкого и толстого кишечника

Дифференциальная диагностика болезни Крона подвздошной кишки и острого аппендицита

Критерии диагностики	Болезнь Крона	Острый аппендицит
Длительность периода до госпитализации	Недели - месяцы	от 6 до 72 часов (в среднем 20 час.)
Первые симптомы	Нарушение стула, умеренные боли в живота.	Боль в животе с нарастающей интенсивностью, тошнота.
Учащение стула	+	-
Локализация боли	Правая половина, пупочная область живота.	Правая подвздошная область.
Симптом Волковича-Кохера	-	+
Симптом Раздольского	-	+
Симптом Бартомье Михельсона	-	+
Характер течения болезни	Хроническое, рецидивирующее.	Острое прогрессирующее.

Социальная значимость проблемы

- При язвенном колите (НЯК) приблизительно $1/3$ больных в течение жизни нуждается в оперативном лечении.
- Почти все пациенты с острым аппендицитом подвергаются операции хотя бы раз в жизни



Ирригоскопия при НЯК

(ирригограмма симптом «водосточной трубы»)



Изобр.: 1/1
Сер.:0

Поляков Дмитрий Олегович каб2
auto6876
26.09.1982 М
ГАЗ "ГКБ №7" МЗ РТ
8593

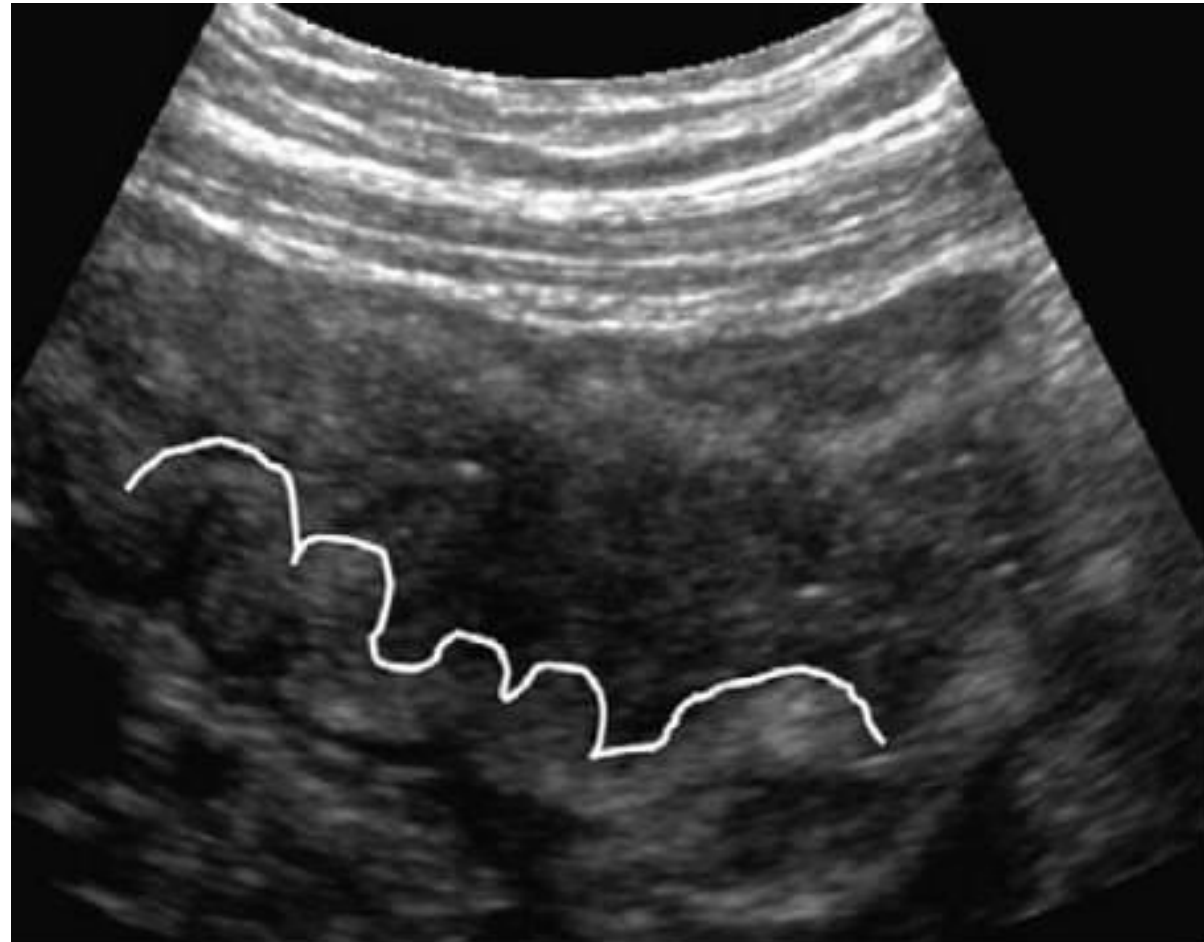


You have 30 days left in your trial period.
Purchase a license at <https://radiantviewer.com/store/>
This session will end in 6 minutes.

WL: 25549 WW: 41981 [D]

06.10.2022 11:37:13

Сканограмма псевдомембранозного колита - «симптом аккордеона», не характерный для острого аппендицита



Псевдомембранозный колит (КТ)

циркулярное утолщение кишечной стенки



Псевдомембранозный колит (колоноскопия)

характерны желтоватые бляшки на слизистой оболочке



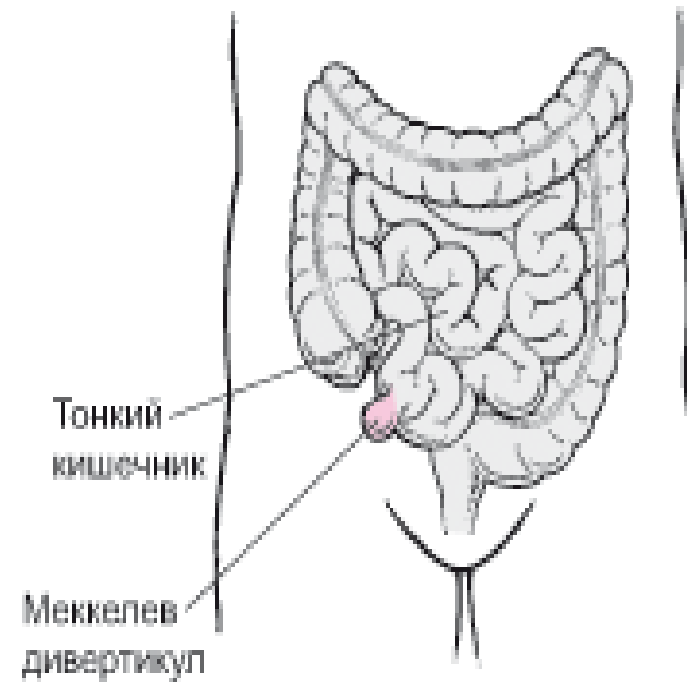
Виды операций при колитах

НЯК, псевдомембранозный колит, пострadiaционный колит

Вид операции	Число больных
Колэктомия	4
Колпроктэктомия	1
Резекция сигмовидной кишки, сигмо-ректостомия	1
Резекция сигмовидной кишки, колостомия	3
Лапароскопия, санация боюшной полости	2
Умерло	2

Дивертикул Меккеля.

- В американской медицине есть «правило двух»: 2 дюйма длиной, 2 фута от илеоцекального клапана, 2 % популяции, чаще всего проявляется в 2 года жизни, в 2 раза чаще встречается у лиц мужского пола.

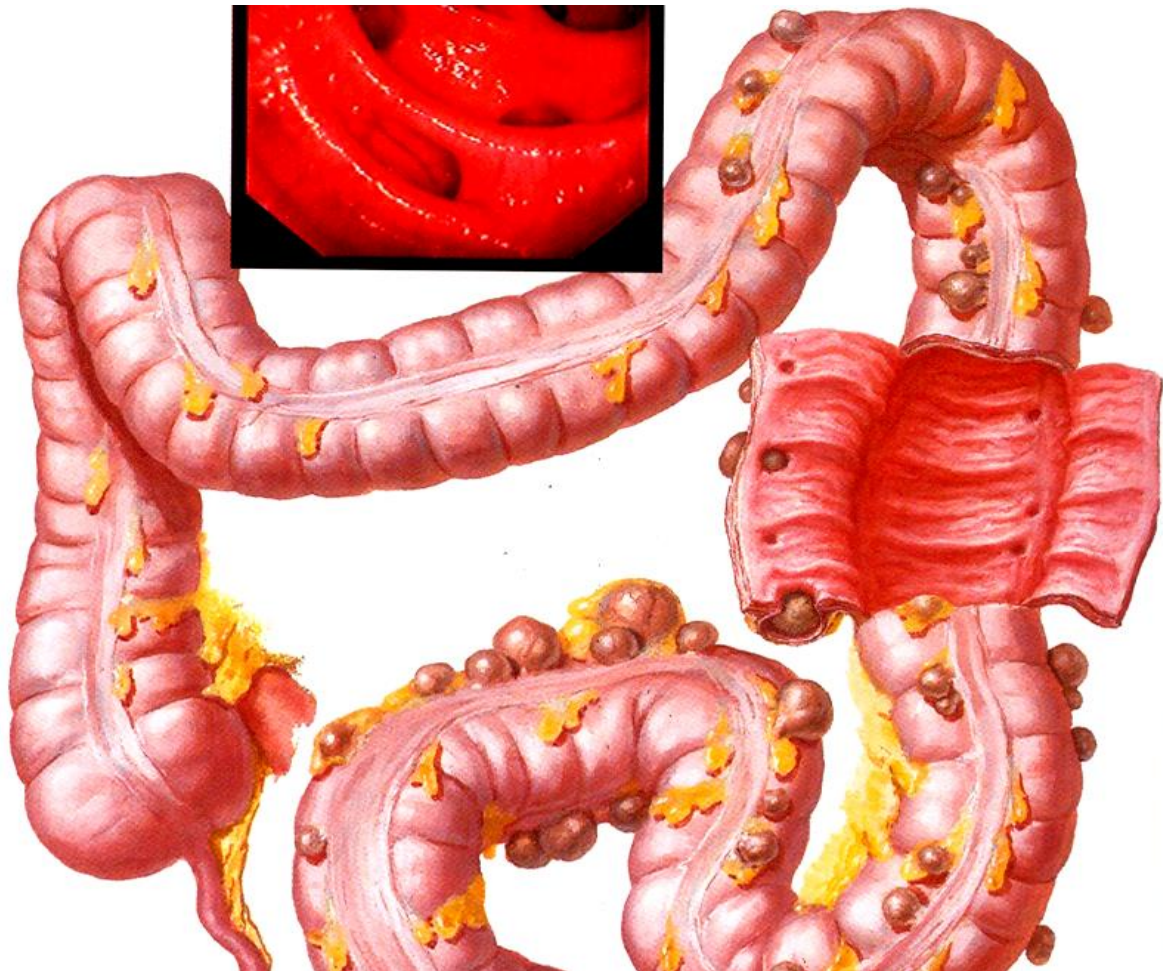


Дивертикул Меккеля



Дивертикулез толстой кишки

- **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ:**
- **8-10%** популяции
- **30%** взрослого населения
- **60%** лиц старше 70 лет





**Эндоскопические фотографии колоноскопии
у пациентов с дивертикулами
ободочной кишки.**

Большие сложные дивертикулы



Профилактика

Первичная профилактика: рациональное питание с преобладанием растительной пищи, отказ от бесконтрольного применения антибиотиков; при первых признаках дисбиоза применение про- и эубиотиков, борьба с запорами.

Вторичная профилактика: своевременная диагностика и хирургическое лечение, строгое соблюдение алгоритма хирургической помощи, раннее выявление послеоперационных осложнений и их полноценная коррекция

Заключение

Проблемы диагностики и лечения острого аппендицита, колитов и дивертикулов кишечника актуальны и в настоящее время. Проявления заболеваний переменны, симптомы малоспецифичны, наибольшие диагностические трудности характерны для ранних этапов ОА.

Показанием к операции в хирургической практике являются возникшие осложнения: перфорации и абсцессы, кишечные свищи и кровотечения, токсическая дилатация толстой кишки и кишечная непроходимость.

При осложнениях часто необходимы хирургические вмешательства.