



ТРУДНЫЕ СЛУЧАИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Л.А.Отдельнов*, А.М.Мастюкова

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, 603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

Резюме

Несмотря на результаты технического прогресса в медицине, сделавшего доступным высокорезающие методы медицинской визуализации, проблема дифференциальной диагностики острого аппендицита не теряет своей актуальности. Это связано с тем, что клиническая картина острого аппендицита вариабельна, неспецифична, может имитировать другие заболевания. Особые сложности возникают в ситуациях, когда другие более редкие заболевания проявляются схожей с острым аппендицитом симптоматикой. В работе представлен анализ трех клинических наблюдений редкой патологии желудочно-кишечного тракта, протекавшей под маской острого аппендицита: перекрута пряди большого сальника с ее некрозом, рака слепой кишки, осложненного протяженным некрозом, у молодого пациента и болезни Крона, имитирующей аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием. Все пациенты были оперированы. Показания к операции были связаны с наличием клинической картины острого аппендицита. В первом случае правильный диагноз установлен при диагностической лапароскопии, выполнена резекция некротизированной пряди большого сальника. Во втором наблюдении при диагностической лапароскопии обнаружены признаки перитонита и некроза слепой кишки, произведена конверсия. Выявлен некроз слепой кишки с наличием перфорации ее стенки и некроз терминального участка подвздошной кишки. Из лапаротомного доступа выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Заподозрено осложненное течение болезни Крона, а диагноз колоректального рака установлен лишь при патоморфологическом исследовании резецированной кишки. Данное наблюдение интересно иллюстрацией редкого осложнения колоректального рака – протяженного некроза кишечной стенки, которым и манифестировало заболевание. В третьем наблюдении случая болезни Крона у молодого пациента ложный диагноз аппендикулярного абсцесса и ошибочная лечебная тактика привели к напрасной операции, приведшей к осложнениям и потребовавшей релапаротомии. Больной первично оперирован доступом Мак-Бурнея. В правой подвздошной ямке обнаружен плотный инфильтрат, операция завершена тампонированием брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде сформировался кишечный свищ, больному была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Окончательный диагноз болезни Крона продолжал вызывать сомнения даже после патоморфологического исследования резецированной кишки и подтвержден лишь спустя полгода при колоноскопии. Представленные клинические наблюдения иллюстрируют коварство острого аппендицита и важность современных подходов к диагностике: незаменимость лапароскопического доступа, целесообразность применения диагностических шкал. В тех случаях, когда диагноз острого аппендицита сомнителен, операция может быть отсрочена в пользу проведения высокоинформативной инструментальной диагностики для уточнения диагноза.

Ключевые слова:

острый аппендицит, болезнь Крона, колоректальный рак, перекрут пряди сальника, ургентная хирургия, клиническое наблюдение.

Для цитирования

Отдельнов Л.А., Мастюкова А.М. Трудные случаи дифференциальной диагностики острого аппендицита. Исследования и практика в медицине. 2021; 8(3): 133-139. <https://doi.org/10.17709/2410-1893-2021-8-3-12>

Для корреспонденции

Отдельнов Леонид Александрович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А.Королёва ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация.

Адрес: 603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

E-mail: leonotdelnov@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4446-2082>

SPIN: 5161-4523, AuthorID: 659608

Информация о финансировании. Финансирование данной работы не проводилось.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Получено 02.12.2020, Рецензия (1) 22.12.2020, Рецензия (2) 23.07.2021, Опубликовано 24.09.2021

DIFFICULT CASES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

L.A.Otdelnov*, A.M.Mastyukova

Privolzhsky Research Medical University, 10/1 Minin and Pozharsky Square, Nizhny Novgorod 603005, Russian Federation

Abstract

Despite the results of technological progress in medicine, which has made high-resolution methods of medical imaging available, the problem of differential diagnosis of acute appendicitis does not lose its relevance. This can be explained by the fact that the symptoms of acute appendicitis are variable, non-specific, and can mimic other diseases with similar symptoms.

Three cases of rare diseases of the gastrointestinal tract that simulates acute appendicitis were presented. Those are primary torsion of the greater omentum with necrosis, caecum cancer with lengthy necrosis in a young patient and Crohn's disease that simulates appendicular infiltrate. All patients underwent surgery. Signs of acute appendicitis were indications for surgery. Laparoscopic resection of greater omentum was performed in the first case. In the second case caecum necrosis with peritonitis was revealed by laparoscopy. Conversion laparoscopy to laparotomy was performed. Caecum necrosis with caecum wall perforation and necrosis of terminal part of the ileum was diagnosed. right hemicolectomy with ileo-transverso anastomosis was carried out. Complicated case of Crohn's disease was suspected. Nevertheless, the diagnosis of colorectal cancer is established by pathomorphology only. This case is interesting because of rare complication of colon cancer – the caecum and the ileum wall necrosis that was manifestation of the disease. In the third case of Crohn's disease in a young patient the diagnosis of appendicular infiltrate and surgical policy were wrong. At the first laparotomy by McBurney was performed. A dense infiltrate was found in the right iliac fossa. The intervention was finished by local abdominal package. In the early postoperative period an intestinal fistula was formed. The patient underwent relaparotomy and right hemicolectomy with ileo-transversal anastomosis was carried out. Despite the diagnosis of Crohn's disease was questionable patomorphology and was established after half a year only by colonoscopy. The presented cases illustrate the complexity of acute appendicitis and the importance of modern approaches to diagnosis: irreplaceability of laparoscopy and the feasibility of using diagnostic scales. When the right diagnosis is not clear the intervention might be late for using methods of instrumental diagnostics.

Keywords:

acute appendicitis, Crohn's disease, colorectal cancer, torsion of the omentum strand, urgent surgery, clinical observation.

For citation

Otdelnov L.A., Mastyukova A.M. Difficult cases of differential diagnosis of acute appendicitis. Research and Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2021; 8(3): 133-139. <https://doi.org/10.17709/2410-1893-2021-8-3-12>

For correspondence

Leonid A. Otdelnov – Cand. Sci. (Med.), associate Professor at the Department of Hospital Surgery named after B.A.Korolev Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation.

Address: 10/1 Minin and Pozharsky Square, Nizhny Novgorod 603005, Russian Federation

E-mail: leonotdelnov@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4446-2082>

SPIN: 5161-4523, AuthorID: 659608

Information about funding. No funding of this work has been held.

Conflict of interest. Authors report no conflict of interest.

Received 02.12.2020, Review (1) 22.12.2020, Review (2) 23.07.2021, Published 24.09.2021

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый аппендицит (ОА) – одно из самых распространенных ургентных хирургических заболеваний органов брюшной полости во всем мире [1]. Несмотря на современные диагностические возможности, включающие высокоразрешающие методы медицинской визуализации, наличие различных диагностических шкал, клиническая картина по-прежнему является ведущей в плане постановки диагноза, что не всегда представляет простую задачу [1]. Кроме отсутствия патогномичной симптоматики, коварство патологии заключается в том, что ОА может протекать под «масками» целого ряда других хирургических, гастроэнтерологических, урологических и гинекологических заболеваний. Об этой особенности ОА хорошо знают хирурги и потому включают его в дифференциально-диагностический ряд при осмотре пациентов с болями в животе. Более сложные ситуации возникают в тех случаях, когда другие, более редкие заболевания желудочно-кишечного тракта протекают под «масками» ОА. Нередко правильный диагноз может быть установлен лишь интраоперационно, иногда – лишь после результатов гистологического исследования, а порой остается неясным даже после заключения патоморфолога. О нескольких таких случаях, встретившихся в нашей практике, будет сказано в настоящей работе.

Клиническое наблюдение 1

Мужчина 33 лет доставлен с подозрением на ОА. Заболел за 5 часов до поступления, когда на фоне общего здоровья появились боли в мезогастррии справа постоянного характера. Боль не иррадиировала и не меняла локализации, ее интенсивность медленно нарастала. Тошноты, рвоты, лихорадки, дизурии не было. При осмотре состояние удовлетворительное. Пациент правильного телосложения, нормального питания. Язык влажный. Пульс 80 ударов в мин. Брюшная стенка участвует в акте дыхания, живот при пальпации мягкий, болезненный лишь локально в правой мезогастральной области, там же при глубокой пальпации отмечается умеренно выраженное мышечное напряжение. Симптомов раздражения брюшины нет. Лабораторные показатели в пределах нормы. Наблюдался в приемном отделении в течение 1,5 часов, выполнялась инъекция спазмолитиков, но болевой синдром сохранялся. С подозрением на ОА взят на диагностическую лапароскопию. При операции обнаружено, что в брюшной полости выпота нет, червеобразный отросток не изменен. Под печенью, в области правого латерального канала обнаружена прядь большого сальника черного цвета, размерами 6 × 4 см. Произведена ее резекция с помощью би-

полярной коагуляции. Послеоперационный период без осложнений, выписан в удовлетворительном состоянии. Результаты патоморфологического исследования: «фрагмент жировой ткани с лейкоцитарной инфильтрацией и участками некроза».

Клиническое наблюдение 2

Пациент Ж. 23 лет, поступил в клинику в экстренном порядке с подозрением на ОА. Считает себя больным в течение примерно 12 часов, когда отметил появление болей в околопупочной области, которые вскоре локализовались в правой мезогастральной и гипогастральной областях. Состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, нормального питания. Пульс 95 ударов в мин., АД 115 и 70 мм рт. ст. Живот болезненный в мезогастррии и гипогастррии, глубокой пальпации не доступен вследствие защитного мышечного напряжения, там же определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Лабораторно: Нb 95 г/л, лейкоциты $18,2 \cdot 10^9$ /л. С подозрением на ОА больной экстренно взят в операционную. При диагностической лапароскопии в брюшной полости обнаружен гнойный выпот, множественные наложения фибрина на петлях кишечника. Принято решение о конверсии. При срединной лапаротомии обнаружено, что в брюшной полости около 100 мл гнойного выпота, петли кишечника дилатированы до 3 см с наложениями фибрина. В правой подвздошной ямке – рыхлый инфильтрат, при разделении которого обнаружено, что дистальные 15 см подвздошной кишки и слепая кишка имеют зелено-черную окраску – протяженный некроз с наличием перфорации слепой кишки. Петли тонкой кишки мясистые, отечные. Случай расценен как болезнь Крона с некрозом дистального отрезка подвздошной и слепой кишки. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илео-транsverзоанастомоза. Брюшная полость санирована, дренирована, операционная рана послойно ушита. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Рана зажила первично. Выписан в удовлетворительном состоянии на 17 сутки. Заключение патоморфологического исследования операционного материала: «высокодифференцированная аденокарцинома толстой кишки».

Клиническое наблюдение 3

Пациент Е. 24 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе, повышение температуры до $37,5^\circ\text{C}$, учащенный неоформленный стул, слабость. Болен в течение 1,5 мес., когда стал отмечать появление данных симптомов, похудел на 10 кг. В связи с усилением болей в животе обратился к участковому терапевту, направившему пациента

на консультацию хирурга. При поступлении живот мягкий, малоболезненный в правой подвздошной области, где пальпируется малоподвижный, болезненный инфильтрат 12 × 22 см, перитонеальных симптомов нет. Лабораторно: лейкоциты $15,6 \cdot 10^9/\text{л}$, других изменений нет. При УЗИ брюшной полости обнаружен инфильтрат в правой подвздошной области размерами 10 × 7 см с наличием жидкости по периферии (рис. 1), признаки нарушения оттока мочи от правой почки за счет сдавления извне (рис. 2). Заключение: «инфильтрат в правой подвздошной области (аппендикулярный?). Нарушение оттока мочи из правой почки (сдавление извне?)». Учитывая прогрессирующие боли в животе, лихорадку и наличие жидкости в проекции инфильтрата, случай был интерпретирован как аппендикулярный инфильтрат с признаками абсцедирования, выставлены показания к экстренной операции.

Пациент оперирован косым переменным доступом в правой подвздошной области. В правой подвздошной ямке обнаружен плотный инфильтрат, состоящий из большого сальника, петель тонкого кишечника с небольшим количеством мутного выпота. Червеобразный отросток не найден. Операция завершена тампонированием брюшной полости. Ранний послеоперационный период протекал тяжело, характеризовался высокой лихорадкой. На 3 сутки отмечено промокание тампона кишечным содержимым, выставлены показания к повторной операции. Срединная лапаротомия. В правой подвздошной области плотный инфильтрат диаметром 10 см, спаянный с передней брюшной стенкой, связанный

с забрюшинным пространством справа и уходящий в малый таз. При попытке выделения инфильтрата вскрылся просвет толстой кишки. Стенки кишки утолщены, инфильтрированы, с участками некроза. В инфильтрат вовлечена петля подвздошной кишки, стенки которой также инфильтрированы и имеют участки некроза. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза «бок-в-бок». Брюшная полость дренирована. Послеоперационный диагноз: «инфильтрат слепой кишки, кишечный свищ». При патоморфологическом исследовании препарата выявлено, что стенка терминального участка подвздошной кишки утолщена до 1 см, слизистая баугинева заслонки и слепой кишки бугристая, местами достигает 1,5 см. В стенках толстой и подвздошной кишок имеются хронические язвы в стадии обострения. В части препаратов собственная пластинка слизистой с выраженным фиброзом, диффузной лимфоцитарной инфильтрацией, формирующей фолликулы со светлыми центрами. Червеобразный отросток с диффузной лимфоцитарной инфильтрацией стромы и выраженным фиброзом стенки. Сделано заключение о том, что гистологическая картина более соответствует аппендикулярному инфильтрату. Последующий послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 25 сутки. В отдаленном периоде (через год) пациент вновь отмечает нарушения стула, похудание, наблюдается гастроэнтерологом по поводу болезни Крона, диагностированной при колоноскопии.



Рис. 1. УЗИ: инфильтрат в правой подвздошной области (черная стрелка), окруженный жидкостным компонентом (белая стрелка).

Fig. 1. Ultrasound: right iliac region infiltrate (black arrow), surrounded by a liquid component (white arrow).



Рис. 2. УЗИ: признаки нарушения оттока мочи от правой почки в виде расширения чашечно-лоханочной системы (стрелка) за счет сдавления извне (инфильтратом).

Fig. 2. Ultrasound: signs of violated urinary outflow from the right kidney in the form of an expansion of the calyx-pelvic system (arrow) due to compression from the outside (infiltrate).

ОБСУЖДЕНИЕ

Перекрут пряди большого сальника с ее последующим некрозом – редкая патология, которая может протекать под маской ОА. Частота данного заболевания достигает 0,3 % [2]. При первичном перекруте нередко обнаруживаются такие пороки развития, как раздвоение большого сальника или добавочный сальник. Вторичный перекрут возникает при фиксации сальника в зоне патологического очага. Физическая нагрузка и гиперперистальтика являются провоцирующими факторами. Основным симптомом перекрута пряди сальника является боль, которая часто локализуется в правом нижнем квадранте живота и может сопровождаться признаками раздражения брюшины [3]. Редкость патологии и отсутствие специфической симптоматики сводят к минимуму возможность ее дооперационной диагностики. Локальная болезненность – единственный симптом, наблюдавшийся у пациента в представленном наблюдении 1. Сохраняющиеся боли в динамике при отсутствии другой видимой причины не позволяли исключить ОА и требовали диагностической лапароскопии. Клиническое наблюдение лишний раз иллюстрирует преимущество лапароскопического доступа, позволившего поставить правильный диагноз, провести малоинвазивное лечение и сохранить червеобразный отросток. Из-за использования «традиционного» доступа по МакБурню правильный диагноз мог быть не установлен при первичной операции, а прогрессирование болевого синдрома в послеоперационном периоде могло потребовать повторного вмешательства.

Колоректальный рак во всем мире является третьим по частоте онкологическим заболеванием у мужчин и вторым – у женщин [4]. Заболеваемость увеличивается с возрастом, но в последнее время случаи колоректального рака все чаще регистрируются и у молодых пациентов [5]. Ранние стадии рака этой локализации обычно бессимптомны или малосимптомны. В связи с этим, до 70 % больных поступают в стационар на поздних стадиях [6]. Первыми проявлениями заболевания чаще являются симптомы осложнений, обычно – обтурационная кишечная непроходимость [4, 5]. Трудно объяснить осложнение, развившееся у пациента, представленное в клиническом наблюдении 2. Обнаруженный нами протяженный некроз дистального отрезка подвздошной и слепой кишки макроскопически соответствовал такому при остром нарушении мезентериального кровообращения в бассейне а. ileocolica. Однако молодой возраст пациента и отсутствие в анамнезе предрасполагающих факторов заставили отвергнуть это предположение во время операции. Известно, что наличие раковой опухоли является провоцирующим фактором

развития венозных тромбозов [5]. В доступной литературе описано несколько случаев мезентериальных венозных тромбозов у больных с колоректальным раком [6–8]. По всей видимости в описанном случае мы также столкнулись с этим редким осложнением.

Относительно редким заболеванием органов брюшной полости является болезнь Крона. Согласно литературным данным, его распространенность составляет 50–100 случаев на 100000 человек [9]. Заболевание чаще манифестирует в молодом возрасте: в среднем в 20–30 лет [9, 10]. Диагноз выставляется на основании сочетания данных анамнеза, клинической картины и типичных эндоскопических и гистологических изменений [10]. За этой, казалось бы, не вызывающей вопросов формулировкой, на самом деле порой скрываются годы, а иногда и десятилетия диагностики и лечения самых различных заболеваний, прежде чем правильный диагноз наконец будет установлен. В литературе описаны случаи, когда правильный диагноз был установлен спустя 30 лет [11]. Яркой иллюстрацией сказанного является представленное наблюдение 3. Даже несмотря на две перенесенные операции и на патоморфологическое исследование резецированной кишки, окончательный диагноз по-прежнему вызывал сомнения. Хирург приемного отделения не принял во внимание длительные расстройства стула и похудание пациента. Обоснованность первичной операции по поводу «периаппендикулярного абсцесса» вызывает большие сомнения. Субфебрильный характер лихорадки, отсутствие типичной картины абсцесса по данным УЗИ это подтверждают. Столь длительный анамнез заболевания требовал более детальной диагностики (КТ брюшной полости, фиброколоноскопия). Выбор оперативного доступа в пользу косого переменного разреза в правой подвздошной области и способ завершения вмешательства тампонированием также трудно признать обоснованными. Описанная по УЗИ жидкость, перифокально окружающая инфильтрат, не требовала даже пункционной аспирации, не говоря уже о лапаротомии, а установка тампона способствовала образованию кишечного свища. Трудно объяснить заключение патоморфолога – «больше данных за аппендикулярный инфильтрат» после столь яркого описания макроскопической картины, соответствующей болезни Крона. Безусловно, столь сомнительная и противоречивая картина требует активного амбулаторного наблюдения пациента в послеоперационном периоде и тщательного дообследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, редкая патология желудочно-кишечного тракта, протекающая под масками острого аппендицита, в большинстве случаев оказывается не

распознанной до операции по поводу предполагаемого аппендицита. В этой связи важными видятся следующие моменты. Во-первых, требуется постоянное повышение квалификации хирурга в смежных областях (гастроэнтерологии, урологии, онкологии и др.). Во-вторых, важные преимущества имеет применение лапароскопического доступа, в настоящее время общепризнанного и рекомендованного для пациентов с установленным диагнозом и подозрени-

ем на острый аппендицит. Наконец, представленные клинические наблюдения могут свидетельствовать о целесообразности применения диагностических шкал острого аппендицита, предписываемыми современными национальными клиническими рекомендациями. В тех случаях, когда диагноз острого аппендицита сомнителен, операция может быть отсрочена в пользу проведения высокоинформативной инструментальной диагностики для уточнения диагноза.

Участие авторов:

Отдельнов Л.А. – концепция работы, сбор, анализ, интерпретация данных, научное редактирование.

Мастюкова А.М. – написание текста, техническое редактирование, подготовка статьи.

Authors contribution:

Otdelnov L.A. – the concept of work, data collection, analysis, interpretation, scientific editing.

Mastyukova A.M. – text writing, technical editing, article preparation.

Список литературы

1. Ростовцев М.В., Нуднов Н.В., Литвиненко И.В., Пронькина Е.В., Вершинина О.Ю., Нежлукченко В.В. Мультиспиральная компьютерная томография в выявлении и дифференциальной диагностике острого аппендицита. Медицинская визуализация. 2019;(1):28–37. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-2019-1-28-37>
2. Мьяконький Р.В., Каплунов К.О. Казуистический случай сочетания перекрута большого сальника и острого флегмонозного аппендицита. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2019;(1):54–58.
3. Лабузов Д.С., Савченков А.Л., Абросимова Т.Н. Перекрут и некроз пряди большого сальника у детей. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2019;18(1):145–150.
4. Заридзе Д.Г., Каприн А.Д., Стилиди И.С. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них в России. Вопросы онкологии. 2018;64(5):578–591. <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2018-64-5-578-591>
5. Федоров В.Э., Поделякин К.А. Эпидемиологические аспекты колоректального рака. Медицинский альманах. 2017;(4(49)):145–148.
6. Matsumura A, Hatakeyama T, Ogino S, Takemura M, Mugi-tani T, Akami T, et al. Two Cases of Colorectal Cancer with Tumor

- Thrombus in the Inferior Mesenteric Vein. Gan To Kagaku Ryoho. 2015 Nov;42(12):2224–2226.
7. Akabane S, Mukai S, Egi H, Adachi T, Kochi M, Sato K, et al. A case of ascending colon cancer accompanied with tumor thrombosis in the superior mesenteric vein treated with right hemicolectomy and greater saphenous vein grafting. Int J Surg Case Rep. 2018;51:358–363. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.09.007>
8. Otsuka R, Maruyama T, Tanaka H, Matsuzaki H, Natsume T, Miyazaki A, et al. A case of adenosquamous carcinoma of the sigmoid colon with inferior mesenteric vein thrombosis. Gan To Kagaku Ryoho. 2014 Nov;41(12):1663–1664.
9. Стяжкина С.Н., Мацак Н.Л., Коробейников М.С. Особенности клинического течения, осложнения и факторы риска болезни Крона. Аллея науки. 2018;3(8(24)):117–120.
10. Статья Р. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. Колопроктология. 2017;(2):7–29. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2017-0-2-7-29>
11. Скалинская М.И., Осипенко М.Ф., Надеев А.П., Кулыгина Ю.А., Беккер И.С. Клинический случай болезни Крона: сложный путь к диагнозу. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015;3(115):106–110.

References

1. Rostovtsev MV, Nudnov NV, Litvinenko IV, Pronkina EV, Vershinina OYu, Nezhlukchenko VV. Multispiral computed tomography in the detection and differential diagnosis of acute appendicitis. Medical Visualization. 2019;(1):28–37. (In Russian). <https://doi.org/10.24835/1607-0763-2019-1-28-37>
2. Myakonkiy RV, Kaplunov KO. The casuistic case of a combination of a torsion of a greater omentum and an acute phlegmonous appendicitis. Volgograd Scientific and Medical Journal. 2019;(1):54–58. (In Russian).
3. Labuzov DS, Savchenkov AL, Abrosimova TN. Torsion and ne-

- crosis of the strands of the greater omentum in children. Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. 2019;18(1):145–150. (In Russian).
4. Zaridze DG, Kaprin AD, Stilidi IS. Dynamics of the incidence of malignant neoplasms and mortality from them in Russia. Questions of Oncology. 2018;64(5):578–591. (In Russian). <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2018-64-5-578-591>
5. Fedorov VE, Podelyakin KA. Epidemiological aspects of colorectal cancer. Medical Almanac. 2017;(4(49)):145–148. (In Russian).

6. Matsumura A, Hatakeyama T, Ogino S, Takemura M, Mugitani T, Akami T, et al. Two Cases of Colorectal Cancer with Tumor Thrombus in the Inferior Mesenteric Vein. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2015 Nov;42(12):2224–2226.
7. Akabane S, Mukai S, Egi H, Adachi T, Kochi M, Sato K, et al. A case of ascending colon cancer accompanied with tumor thrombosis in the superior mesenteric vein treated with right hemicolectomy and greater saphenous vein grafting. *Int J Surg Case Rep*. 2018;51:358–363. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.09.007>
8. Otsuka R, Maruyama T, Tanaka H, Matsuzaki H, Natsume T, Miyazaki A, et al. A case of adenosquamous carcinoma of the sigmoid colon with inferior mesenteric vein thrombosis. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2014 Nov;41(12):1663–1664.
9. Styazhkina SN, Matsak NL, Korobeynikov MS. Features of the clinical course, complications and risk factors of Crohn's disease. *Science Alley*. 2018;3(8(24)):117–120. (In Russian).
10. Article E. Clinical Guide of Russian Association of Gastroenterology and Russian Association of Coloproctology on Diagnostics and Treatment of Crohn's Disease. *Koloproktologia*. 2017;(2):7–29. (In Russian). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2017-0-2-7-29>
11. Skalinskaya MI, Osipenko MF, Nadeev AP, Kuligina YA, Bekker IS. Clinical case of Chron's disease: a difficult path to diagnosis. *Experimental & clinical gastroenterology*. 2015;3(115):106–110. (In Russian).

Информация об авторах:

Отдельнов Леонид Александрович* – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А.Королёва ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4446-2082>, SPIN: 5161-4523, AuthorID: 659608

Мастюкова Анастасия Михайловна – ординатор кафедры госпитальной хирургии им. Б.А.Королёва ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0325-6728>

Information about authors:

Leonid A. Otdelnov* – Cand. Sci. (Med.), associate Professor at the Department of Hospital Surgery named after B.A.Korolev Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4446-2082>, SPIN: 5161-4523, AuthorID: 659608

Anastasiya M. Mastjukova – resident at the Department of Hospital Surgery named after B.A.Korolev Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0325-6728>