

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Бутолина К.М.¹, Мироненко О.Н.², Кохан Е.И.², Коваль А.С.¹, Коваль Н.А.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненское областное клиническое патологоанатомическое бюро

Гродно, Беларусь

Введение. Острый аппендицит является одним из наиболее распространенных заболеваний в неотложной хирургии. Летальность от него при своевременном хирургическом вмешательстве низкая. Однако позднее обращение пациентов за медицинской помощью и наличие тяжелой сопутствующей патологии повышают риск развития летального исхода [1, с. 46; 2, с. 293]. Анализ каждого случая важен для выявления причин смерти, возможных диагностических ошибок и совершенствования тактики ведения пациентов.

Цель. Провести анализ случаев смерти пациентов, лечившихся по поводу острого аппендицита.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ случаев смерти пациентов с диагнозом «острый аппендицит» по данным протоколов патологоанатомических вскрытий из архива ГУЗ «ГОКПАБ» за период 2017–2024 гг.

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период выявлено 4 случая смерти пациентов с диагнозом «острый аппендицит».

Первое наблюдение. Мужчина 69 лет был доставлен в приемное отделение бригадой скорой помощи с подозрением на острую кишечную непроходимость в состоянии средней степени тяжести. Предъявлял жалобы на боли в животе, тошноту, вздутие живота, отсутствие стула и неотхождение газов в течение четырех суток. Самостоятельно принимал активированный уголь, вызывал рвоту. Однако боль усилилась, приняла постоянный характер. Наряду с этим пациент страдал системным атеросклерозом и хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС). В стационаре выполнено экстренное оперативное вмешательство, в ходе которого выявлен острый гангренозный аппендицит с перитонеальным абсцессом, осложнившийся перфорацией тонкой кишки и разлитым фибринозно-гнойным перитонитом. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная патогенетическая терапия. Предпринимались неоднократные операции по санации брюшной полости. На фоне проводимого лечения состояние пациента было тяжелым с медленной отрицательной динамикой. На 53 сутки после первого оперативного вмешательства на фоне нестабильной гемодинамики наступила смерть пациента. Проведенное патологоанатомическое вскрытие и изучение медицинской документации показало, что непосредственной причиной смерти явилась нарастающая сердечная недостаточность.

Второе наблюдение. Пациент 75 лет, страдавший артериальной гипертензией (АГ), ХИБС, атеросклерозом с поражением мозговых, почечных,

подвздошных артерий и аорты, хроническим панкреатитом, поступил с жалобами на боли в животе, тошноту, которые беспокоили 2 дня. При объективном обследовании живот был вздут, напряжен, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Предпринято экстренное оперативное вмешательство. При лапаротомии в брюшной полости имелся серозно-фибринозный выпот, а при дальнейшей ее ревизии отмечено, что источником перитонита явился острый аппендицит. Червеобразный отросток располагался ретроцекально и ретроперитонеально, что вызвало технические трудности при его удалении. При микроскопическом исследовании червеобразного отростка диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Течение послеоперационного периода осложнилось кровотечением, вероятно, из аппендикулярной артерии и возникновением гематомы забрюшинного пространства, в связи с чем была выполнена лапаротомия и удаление гематомы. На 6 сутки после аппендэктомии у пациента развился инфаркт затылочной доли правого полушария головного мозга с геморрагическим пропитыванием и кровоизлиянием в ромбовидную ямку. Смерть пациента наступила на 26 сутки пребывания в стационаре от мозговой комы.

Третье наблюдение. Пациентка 84 лет, страдала ХИБС, выраженным системным атеросклерозом, АГ, ожирением, сахарным диабетом. Поступила в приемное отделение в состоянии средней степени тяжести с жалобами на ноющие боли в животе, которые беспокоили около 1 месяца. За медицинской помощью не обращалась. В день поступления боли стали резкими, и пациентка вызвала бригаду скорой помощи. Выполнена экстренная операция. В брюшной полости содержалось обильное количество гнойного экссудата. В правой подвздошной области определялся аппендикулярный абсцесс, стенками которого являлись купол слепой кишки, тонкая кишка, брыжейка тонкой кишки, париетальная брюшина. Визуализирована инфильтрированная культи аппендикса. Операцию завершили формированием лапаростомы. В послеоперационном периоде общее состояние пациентки было тяжелым. Предпринимались 3 программируемые санации брюшной полости. На 4 сутки возникло кровотечение из острой язвы тела желудка (гемоглобин – 91 г/л, эритроциты – $3,17 \times 10^{12}/л$). На 7 сутки пребывания в стационаре ее состояние с резкой отрицательной динамикой. На кардиомониторе зарегистрирована остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия эффекта не имели. Гистологическое исследование операционного материала и проведенное патологоанатомическое вскрытие подтвердили развитие у пациентки острого гангренозного аппендицита с самоампутацией части аппендикса и формированием аппендикулярного абсцесса, его разгерметизацией и разлитым фибринозно-гнойным перитонитом. Течение заболевания осложнилось развитием сепсиса в виде септикопиемии с очагами гнойного воспаления в диафрагме, печени и некротического нефроза. Непосредственной причиной смерти явилась интоксикация и полиорганная недостаточность.

Четвертое наблюдение. Мужчина 44 лет направлен на госпитализацию из амбулатории по месту работы с диагнозом «Острый аппендицит? Почечная

колика?». Из анамнеза известно, что у пациента в течение недели болел живот, самостоятельно лечился дома, принимал нестероидные противовоспалительные препараты. При поступлении выставлен диагноз «острый аппендицит, периаппендикулярный абсцесс» и выполнена открытая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости (гистологическое заключение: острый гангренозный аппендицит). На следующие сутки у пациента развилось желудочно-кишечное кровотечение из эрозий нижней трети пищевода, а на 3 сутки после операции появилась клиника ранней спаечной кишечной непроходимости. Выполнена лапаротомия и устранение кишечной непроходимости. Во время операции произошла остановка сердечной деятельности, которая была восстановлена. Однако спустя 9 часов после операции на 3 сутки пребывания в стационаре наступила смерть от тромбоэмболии основного ствола и правой ветви легочной артерии.

Таким образом, в изучаемой группе было 3 мужчины (75%) и 1 женщина (25%). Средний возраст пациентов составил 67,7 лет.

Во всех случаях отмечалось позднее обращение пациентов за помощью. На момент поступления у них имелась деструктивная форма аппендицита, которая в двух случаях (50%) осложнилась формированием периаппендикулярного абсцесса с его разгерметизацией (в одном наблюдении) и перфорацией тонкой кишки в зоне абсцесса (в другом случае). Послеоперационный период осложнялся желудочно-кишечными кровотечениями, сепсисом, ранней спаечной кишечной непроходимостью, тромбоэмболией легочной артерии.

Важной особенностью стало наличие у пациентов выраженной сопутствующей и конкурирующей патологии. У одной пациентки послеоперационный период протекал на фоне сахарного диабета, ожирения, АГ и ХИБС с нарастающей сердечной недостаточностью. В случае другого пациента зафиксировано сочетание острого аппендицита и острого нарушения мозгового кровообращения в послеоперационном периоде, что напрямую повлияло на танатогенез.

Выводы. Летальные исходы при остром аппендиците наблюдались у пациентов старшей возрастной группы с выраженной сопутствующей патологией. Позднее обращение за медицинской помощью обусловило развитие деструктивных форм аппендицита и его тяжелых осложнений, что повлияло на развитие послеоперационных осложнений и неблагоприятный исход заболевания. Полученные результаты подчеркивают важность ранней диагностики и своевременного оказания медицинской помощи при остром аппендиците у пожилых людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко, В. Л. Острый аппендицит: клинко-морфологические параллели / В. Л. Коваленко // Архив патологии. – 2020. – Т. 82, № 3. – С. 45–50.
2. Феопентова, Т. С. Поздняя диагностика острого аппендицита: причины, результаты лечения / Т. С. Феопентова, И. В. Мажега // Смоленский медицинский альманах. – 2020. – № 1. – С. 292–296.