

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СТРУКТУРА УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПОТРЕБОВАВШЕЙ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье приведены результаты ретроспективного анализа ургентных хирургических состояний, потребовавших экстренного оперативного вмешательства.

Определена структура, тенденции и закономерности острой хирургической патологии: острого аппендицита, острого холецистита, ущемлённых грыж, осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острой кишечной непроходимости, острого панкреатита, желудочно-кишечного кровотечения.

Ключевые слова: *ургентная хирургическая патология, пол, возраст.*

V.A. Giniuk, A.S. Liausha, S.P. Maljarevich

CURRENT TRENDS, PATTERNS AND STRUCTURE OF SHARP SURGICAL PATHOLOGY DEMANDED EMERGENCY SURGERY

The results of retrospective analysis of sharp surgical conditions that led to emergence surgery are given in the article. The structure, trends and patterns of sharp surgical pathology such as acute appendicitis, sharp cholecystitis, the restrained hernia, the complicated stomach and duodenal gut ulcer, sharp intestinal impassability, sharp pancreatitis, gastrointestinal bleeding are defined below.

Key words: *sharp surgical pathology, sex, age.*

Основными проблемами экстренной хирургии являются послеоперационные осложнения и высокая летальность, что связано со многими причинами, в том числе с дефицитом времени и информации – условий, осложняющих постановку своевременного и правильного диагноза. Но диагноз должен быть поставлен, и помощь пациентам с ургентными состояниями должна быть оказана в максимально сжатые сроки, чтобы спасти жизнь человеку и избежать послеоперационных осложнений. Врач-хирург – это квалифицированный специалист, знающий не только характерные для каждого заболевания изменения лабораторных данных и данных инструментальных методов обследования, но и владеющий физикальными методами исследования больных с острой хирургической патологией. Говоря о таких заболеваниях, как острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, ущемлённые грыжи, осложнённая язвенная бо-

лезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, желудочно-кишечные кровотечения, следует отметить, что результат лечения напрямую связан со своевременностью оказания квалифицированной помощи. Так возникли понятия «экстренная хирургия», «экстренный хирург». Требования к профессионализму такого специалиста особенно высоки: он сам должен уметь практически всё, готовя себя к своей деятельности всю хирургическую жизнь, каждый день сталкиваясь с разнообразными и сложными в решении проблемами [4, 5].

Зная особенности ургентной хирургической патологии (частота встречаемости, сезонность заболеваемости, особенность патологии в зависимости от пола и возраста и др.), требующей экстренного вмешательства, хирург имеет возможность более точно поставить диагноз и выстроить для себя алгоритм обследования и лечения пациента.

Таблица 1. Структура ургентной хирургической патологии (УХП), потребовавшей экстренного оперативного вмешательства, с 2008 по 2012 год

| УХП | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. | Среднее за 5 лет |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|
| Острый аппендицит | 57,3% | 54,3% | 62,2% | 55,6% | 55,5% | 57% |
| Острый холецистит | 21,0% | 25,5% | 21,3% | 22,6% | 22,6% | 22,6% |
| Ущемлённая грыжа | 5,7% | 7,3% | 4,6% | 6,5% | 11,0% | 7% |
| Осложнённая язвенная болезнь желудка и ДПК | 5,7% | 4,6% | 5,3% | 7,5% | 6,0% | 6% |
| Острая кишечная непроходимость | 6,0% | 3,7% | 4,4% | 4,5% | 2,5% | 4% |
| Острый панкреатит | 3,8% | 4,4% | 1,6% | 2,8% | 2,1% | 3% |
| Желудочно-кишечные кровотечения | 0,5% | 0,2% | 0,6% | 0,5% | 0,3% | 0,4% |

Таблица 2. Распределение ургентной хирургической патологии, потребовавшей экстренного оперативного вмешательства, по возрасту в период с 2008 по 2012 гг.

| Возраст | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. | Среднее за 5 лет |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|
| до 20 лет | 6,66% | 7,91% | 9,67% | 8,05% | 6,91% | 7,84% |
| 20-40 лет | 38,20% | 35,49% | 43,87% | 41,55% | 37,46% | 39,31% |
| 41-60 лет | 29,09% | 28,78% | 26,24% | 23,90% | 26,90% | 26,98% |
| старше 60 лет | 26,05% | 27,82% | 20,22% | 26,50% | 28,73% | 25,86% |

Таблица 3. Распределение ургентной хирургической патологии, потребовавшей экстренного оперативного вмешательства, по временам года в период с 2008 по 2012 гг. включительно

| Времена года | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. | Среднее за 5 лет |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|
| Зима | 25,41% | 24,53% | 25,11% | 21,91% | 20,92% | 23,57% |
| Весна | 26,56% | 23,70% | 25,11% | 28,22% | 28,01% | 26,32% |
| Лето | 26,07% | 24,12% | 27,51% | 23,93% | 28,37% | 26% |
| Осень | 21,96% | 27,65% | 22,27% | 25,94% | 22,7% | 24,1% |

Цель исследования: определить тенденции ургентных состояний пациентов прооперированных в УЗ «З ГKB им. Е.В. Клумова» в период с 2008 по 2012 год включительно.

Задачи: 1. Определить структуру экстренной хирургической патологии. 2. Определить тенденции и закономерности распределения экстренной хирургической патологии по полу, возрасту и временам года.

Материалы и методы

По данным журналов экстренных оперативных вмешательств за 2008-2012 гг. включительно был проведён ретроспективный анализ острой хирургической патологии пациентов, прооперированных в УЗ «З ГKB им. Е.В. Клумова». По результатам проведённого анализа были определены структура, тенденции и закономерности ургентных хирургических состояний.

Результаты и обсуждение

В период с 2008 по 2012 гг. включительно было проведено 3266 экстренных операций, из которых 70% составили операции по поводу ургентной хирургической патологии (УХП): острый аппендицит (57%), острый холецистит (22,6%), осложнённая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (6%), ущемлённая грыжа (7%), желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) (0,4%), острая кишечная непроходимость (ОКН) (4%), острый панкреатит (3%) (таблица 1).

За изученный период распределение данных ургентных состояний среди лиц женского и мужского пола составило 55,5% и 45,5% соответственно. Соотношение по половому признаку (распространённость среди мужчин/распространённость среди женщин, %): 2008 г. – 45,5/54,5; 2009 г. – 40/60; 2010 г. – 48/52; 2011 г. – 43,8/56,2; 2012 г. – 45,66/54,34. Из представленных данных видно, что с небольшим преимуществом встречается острая хирургическая патология среди женщин больше, чем среди мужчин.

Ургентные хирургические состояния встречаются в любом возрасте, но наименьшее их количество наблюдается в возрасте до 20 лет (таблица 2).

По данным, приведенным в таблице 3, можно сделать вывод, что острые хирургические заболевания возникают во все поры года без существенного лидерства одной из них.

По результатам нашего исследования острый аппендицит составил 57% от общего количества острой хирургической патологии за 2008-2012 гг. (таблица 1). Данное заболевание несколько чаще встречается среди женщин. Соотношение по половому признаку (распространённость среди мужчин/распространённость среди женщин, %) составило: 2008 г. – 43,88/56,12; 2009 г. – 45,18/54,82; 2010 г. – 50,38/49,62; 2011 г. – 45,41/54,59; 2012 г. – 45,71/54,29. Полученные результаты мы связываем с тем,

что женщины имеют ряд предрасполагающих факторов: птозы, смещение слепой кишки при беременности, возможности заноса инфекции из внутренних половых органов в червеобразный отросток, значительное преобладание женщин среди населения. Встречаемость данной ургентной патологии среди беременных женщин составила: 2008 г. – 2,14%, 2009 г. – 5,68%, 2010 г. – 5,83%, 2011 г. – 4,95%, 2012 г. – 3,18%, что согласуется с данными литературы [1]. Острый аппендицит чаще встречается в возрастной группе 20-40 лет (53-61%), реже – у лиц старше 60 лет (8-12%). Данную закономерность можно объяснить следующим образом: количество лимфоидной ткани в отростке в пожилом возрасте значительно меньше, нежели у лиц более молодого возраста. Кроме того с возрастом изменяется реактивность организма. С 2010 года наблюдается стойкий рост данной патологии в возрасте 40-60 лет (с 17 до 23%) и старше 60 лет (с 8 до 12%), а также заметно снижение встречаемости острого аппендицита в возрастной группе 20-40 лет (с 61 до 53%) и у группы лиц до 20 лет (с 14% до 7%). Это объясняется тем, что в последние годы люди старше 40 лет стали хуже питаться, увеличилось число работающих пенсионеров, возросла разница между доходами людей разных возрастных групп, многие не могут обеспечить себе достойный отдых. Все эти факторы повлияли на реактивность организма: молодые люди находятся в лучших материальных и социальных условиях, чем лица среднего, пожилого, старческого возраста и долгожители. Из морфологических форм флегмонозный аппендицит занимает 1-ое место (66-80%), 2-ое место – гангренозный аппендицит (16-21%), 3-е место – катаральный аппендицит (8-14%). В 2012 году гангренозный аппендицит уступил своё место катаральному. Их соотношение составило 6% и 14% соответственно. Данное положение можно объяснить своевременной диагностикой острого аппендицита в учреждениях здравоохранения, а также информированностью населения о первых признаках данной патологии и своевременным обращением за медицинской помощью. Начиная с 2009 года наблюдается стойкий рост встречаемости данной ургентной патологии весной (с 23 до 31%) и уменьшение осенью (с 28 до 20%).

Острый холецистит составил 22,6% от исследуемых ургентных состояний за изучаемый период (таблица 1). Преобладает острый холецистит у женщин (67-78%).

Более 80% случаев зарегистрировано в возрасте после 40 лет, что также согласуется с данными научной литературы [3]. Объяснение этому можно найти, обратившись к правилу «пяти F», согласно которому чаще всего холециститом болеют: female – женщины; fat – страдающие ожирением; fair – светловолосые; fertility – многократно рожавшие; forty – после сорока лет. Однако по данным журналов экстренных оперативных вмешательств за 2008-2012 гг. можно сделать вывод о том, что произошло увеличение встречаемости данной патологии в возрастной группе 20-40 лет (с 8 до 18%). С 2010 года отмечается стойкое уменьшение числа случаев в возрасте 40-60 лет (с 44 до 30%). Данные изменения могут быть связаны с ожирением в молодом возрасте, которое за последние пять лет приобрело массовый характер. Кроме того согласно источника [6] статистика рождаемости по городу Минску следующая: за последние годы средний возраст женщины при рождении первого ребёнка составляет 27 лет, при рождении последующих детей – 31 год. С 2010 года отмечен стабильный рост экстренных оперативных вмешательств по поводу острого холецистита летом (с 19 до 36%).

Ущемлённые грыжи составили 7% от исследуемых нами заболеваний. С 2010 по 2012 гг. наблюдается увеличение числа экстренных операций по поводу данной патологии с 4,6 до 11% (таблица 1). Соотношение по половому признаку (распространённость среди мужчин/распространённость

среди женщин, %) составило: 2008 г. – 50/50; 2009 г. – 39,4/60,6; 2010 г. – 42,86/57,14; 2011 г. – 56,52/43,48; 2012 г. – 38/62. К первым по частоте оперативных вмешательств относятся ущемлённые паховые грыжи (в разные годы их встречаемость составила от 35 до 62%), которые преобладают у мужчин. Наибольшее количество случаев наблюдается в возрасте старше 60 лет (45-70%), что согласуется с данными литературы [7]. В группе до 20 лет экстренных оперативных вмешательств по поводу данной патологии не проводилось. Можно предположить, что данная ситуация складывается из-за недобросовестного отношения пациентов к рекомендациям врачей по поводу планового оперативного вмешательства по устранению грыжи, что приводит к её ущемлению и экстренному оперативному вмешательству. В период с 2008 по 2010 гг. происходило стойкое увеличение данной патологии летом (с 32 до 48%), а с 2010 по 2012 гг. прослеживалось её стойкое уменьшение (с 48 до 13%).

Осложнённая язвенная болезнь желудка и ДПК составляет 6% от исследуемых патологий за изучаемый период (таблица 1). Встречается в подавляющем числе случаев у мужчин (70-94%). Кроме того, с 2008 по 2012 гг. значительно сократилась разница между частотой возникновения язвенной болезни желудка и язвенной болезни ДПК. В 2008 году осложнённая язвенная болезнь ДПК встречалась в 70% случаев, а осложнённая язвенная болезнь желудка в 18% случаев. В 2012 году их соотношение составило 53 и 47% соответственно. От 70 до 90% составляют прободные язвы. Существует много факторов способствующих развитию осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: неправильное питание, курение, алкоголь, постоянные стрессовые ситуации, несвоевременное обращение к гастроэнтерологу. Все эти составляющие в наибольшей степени характерны для мужчин. Также следует отметить, что у женщин определённую защиту осуществляют гормоны эстрогены. Наибольшее число случаев осложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается у лиц в возрасте старше 40 лет. За исследуемый нами период наблюдается стойкий рост данной ургентной патологии в возрасте от 20 до 40 лет. Если в 2008 году процент прооперированных в данной возрастной группе составил 16, то в 2012 году он превысил 56%. Полученные результаты напрямую связаны с вышеперечисленными факторами, которые не только повышают уязвимость организма к инфекционному агенту *Helicobacter pylori*, являющемуся неотъемлемой составляющей, способствующей развитию язвенной болезни, но также способствуют развитию осложнений данной патологии.

Острая кишечная непроходимость составила 4% от общего количества острой хирургической патологии за 2008-2012 годы (таблица 1). Соотношение по половому признаку (распространённость среди мужчин/распространённость среди женщин, %) составило: 2008 г. – 53/47; 2009 г. – 35,3/64,7; 2010 г. – 61,1/38,9; 2011 г. – 41,2/58,8; 2012 г. – 50/50. За изучаемый период отмечен рост ОКН в возрастной группе старше 60 лет с 40 до 70% и уменьшение встречаемости данной патологии в возрасте 40-60 лет с 29 до 12%, что согласуется с данными литературы [7]. Важно отметить, что у людей пожилого возраста наиболее часто встречается ОКН вследствие обтурации просвета кишки опухолью. С 2010 по 2012 гг. наблюдалось резкое увеличение ОКН, причиной которой явилась опухоль толстой кишки с 23 до 86% случаев. В свою очередь опухоль толстой кишки осложняется ОКН в 33-45% случаев. В период с 2009 по 2012 гг. произошло стойкое увеличение числа случаев этой патологии летом (с 11 до 57%). За прошедшие пять лет прослеживается стойкое уменьшение встречаемости ОКН осенью (с 32 до 14%).



Экстренные оперативные вмешательства по поводу острого панкреатита за исследуемый нами период составили 3% (таблица 1). Наблюдается уменьшение числа экстренных операций по поводу этого состояния среди других патологий. Если в 2008 и 2009 году встречаемость составляла 3,8 и 4,4% соответственно, то в период с 2010 по 2012 гг. она составила от 1,6 до 2,1% (таблица 1). Данный факт свидетельствует о своевременной диагностике и эффективной профилактике острого панкреатита. Заболевание встречается преимущественно у мужчин (2008 г. – 71%, 2009 г. – 41%, 2010 г. – 100%, 2011 г. – 90%, 2012 г. – 67%). На наш взгляд это является подтверждением связи острого панкреатита с употреблением алкоголя и неправильным питанием, что в наибольшей степени распространено среди мужчин. В группе до 20 лет экстренных оперативных вмешательств по поводу данной патологии не проводилось. Следует отметить, что наибольшее число случаев встречается у лиц старше 40 лет, за исключением 2011 года, в котором 80% случаев наблюдалось у лиц в возрасте от 20 до 40 лет. Данную закономерность можно объяснить связью между острым панкреатитом и заболеваниями желчных путей. По нашим данным наибольшее число случаев этих заболеваний преобладает в возрасте старше 40 лет, что объясняет встречаемость острого панкреатита преимущественно в данной возрастной категории, что согласуется с данными литературы [2].

Установить современные тенденции и закономерности в отношении ЖКК не удалось, так как за исследуемый период в УЗ «З ГКБ» процент прооперированных пациентов по поводу данного неотложного состояния составил 0,4%, а массовую помощь пациентам с данной патологией оказывают специалисты отделения ЖКК в УЗ «10 ГКБ».

Таким образом, по данным нашего исследования установлено:

1. В структуре ургентной хирургической патологии первое место занимает острый аппендицит (57%), второе – острый холецистит (22,6%), третье – ущемлённые грыжи (7%) и осложнённая язвенная болезнь желудка и ДПК (6%), четвёртое – ОКН (4%) и острый панкреатит (3%), пятое – ЖКК (0,4%).

2. Отмечается тенденция к увеличению числа экстренных оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита в возрастной группе старше 40 лет и снижению в возрасте 20-40 лет. В 2012 году катаральная форма острого аппендицита занимает второе место после флегмонозной, вытеснив гангренозную форму аппендицита, что свидетельствует об улучшении диагностического процесса и своевре-

менности постановки диагноза.

3. По поводу острого холецистита отмечено его закономерное преобладание у женщин. Выявлена тенденция к увеличению случаев данной патологии в возрастной группе 20-40 лет, несмотря на то, что основной возраст пациентов с острым холециститом старше 40 лет. Наблюдается стойкое увеличение встречаемости острого холецистита летом.

4. Отмечено увеличение числа экстренных операций по поводу ущемлённых грыж среди других ургентных патологий (с 7 до 11%). Наибольшее количество случаев наблюдается в возрастной группе старше 60 лет.

5. Для осложнённой язвенной болезни желудка и ДПК отмечено увеличение количества случаев оперативного лечения в более молодом возрасте (от 20 до 40 лет). Встречается данная патология в подавляющем числе случаев у мужчин (70-94%).

6. Наблюдается тенденция к увеличению количества экстренных оперативных вмешательств по поводу ОКН в возрасте старше 60 лет, что связано с увеличением встречаемости данной патологии, возникшей на фоне опухоли толстой кишки.

7. Отмечается уменьшение числа экстренных операций по поводу острого панкреатита среди других ургентных патологий (от 4,4 до 2,1%), явившееся следствием своевременной диагностики и эффективной профилактики осложнений данного заболевания.

Литература

1. Амельчя, О.А. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у беременных / О. А. Амельчя, Н.Е. Николаев // Медицинский журнал. - 2010. - №3. - С.29.

2. Гусейнов, А.З., Карапыш Д.В. Острый панкреатит как медикосоциальная проблема в структуре ургентной абдоминальной хирургической патологии // Вестник новых медицинских технологий. - 2010. - том 18, № 3. - С.198-199.

3. Жидков, С.А., Елин И.А. Возрастные особенности течения оперативного лечения острого холецистита // Военная медицина. - 2009. - №2. - С.51-55.

4. Петров, С. В. Общая хирургия / С. В. Петров. – СПб.: «Лань», 1999. – 672с.

5. Пиковский, Д. Л. Философия экстренной хирургии. Теория – практика / Д. Л. Пиковский. – М.: Триада-Х, 2001. – 224 с.

6. Нестеров, А. Минчанки рожают и после «полтинника», и в 14 лет // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.interfax.by/article/95452> - Дата доступа: 19.12.2012.

7. Hendrickson, M., Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly // Emerg Med Clin North Am. - 2003. - №21. - P.937-969.

Поступила 29.08.2013 г.