

DOI 10.58351/2949-2041.2026.36.7.013

Покровский Евгений Жанович,
д.м.н., доцент, ФГБОУ ВО
Ивановский ГМУ Минздрава России

Клопова Ада Александровна,
студентка, ФГБОУ ВО
Ивановский ГМУ Минздрава России

Шульгин Артем Дмитриевич,
ассистент, ФГБОУ ВО
Ивановский ГМУ Минздрава России

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015-2025 ГОДЫ

Аннотация. В статье рассматривается динамика острой хирургической патологии органов брюшной полости Ивановской области по данным годовых отчетов за 2015-2025 годы. Представленная информация объективно отражает состояние заболеваемости региона и позволяет осуществлять перспективное планирование организации хирургической службы.

Ключевые слова: Острая хирургическая патология, динамика заболеваемости.

Острая хирургическая патология органов брюшной полости остается ведущей причиной экстренной госпитализации и характеризуется высокой летальностью и большими экономическими затратами на лечение [1, 2, 4].

Эффективность оказания помощи при острой хирургической патологии органов брюшной полости является ключевым индикатором состояния региональной системы здравоохранения [1, 3, 4]. Постоянный мониторинг ее структуры, анализ летальности и выявление факторов риска неблагоприятных исходов необходимы для стратегического планирования, распределения ресурсов (кадровых, коечных, технических) и внедрения современных организационных технологий (маршрутизация, трехуровневая система). Исследование на основе реальных данных конкретного субъекта Российской Федерации позволяет выявить локальные проблемы и предложить адресные меры для их решения.

Структура острой хирургической патологии органов брюшной полости в России и мире относительно стабильна, с лидирующими позициями острого аппендицита и холецистита [2, 3, 4]. Однако показатели летальности значительно варьируют в зависимости от тяжести течения заболевания, коморбидного фона, сроков госпитализации и оснащенности лечебного учреждения [3, 4]. По данным литературы наибольшую летальность дают острые нарушения мезентериального кровообращения, деструктивные формы острого панкреатита и запущенные формы кишечной непроходимости [1, 2, 4].

Проведенный статистический анализ пролеченных больных за десятилетний период позволяет утверждать, что в целом количество экстренных больных в регионе остается стабильным, при этом отмечается положительная тенденция к их постепенному уменьшению (13151 – 12697, снижение на 3,45%). Эта положительная тенденция приобретает большую актуальность на фоне некоторого роста общего количества пролеченных хирургических пациентов (17738 – 17905, увеличение на 0,94%), а также роста числа оперированных больных на 8,67%, при стабильной послеоперационной летальности с разбросом по годам в пределах 0,95%. Также на правильный вектор развития хирургической службы региона указывает постепенное уменьшение количества операций, выполняемых традиционным (открытым) доступом на 2,06% и увеличения на 13,74% лапароскопических операций.



Для объективизации картины в целом и выявления «болевых» точек, с целью улучшения качества оказания хирургической помощи экстренным больным, проведен анализ по хирургическим заболеваниям, формирующим основную массу экстренной патологии органов брюшной полости.

Острая неопухолевая кишечная непроходимость.

В структуре острой хирургической патологии в целом, острая неопухолевая кишечная непроходимость в 2025 году составляла 3,13%. Разброс по годам оставался стабильным и соответствовал 1,06%. Хирургическая активность составляла в среднем 57,40%, при этом отмечалась тенденция к выполнению лапароскопического адгезиолизиса. Общая летальность к 2025 году уменьшилась на 27,27% и составила 5,55%. Этого, по всей видимости, удалось добиться снижением поздней госпитализации (позднее 24 часов) на 31,03%.

Острая кишечная непроходимость опухолевая.

В последние годы сохраняется тенденция некоторого увеличения количества пациентов опухолевой кишечной непроходимостью. В 2025 году процент от общего количества экстренных хирургических больных составлял 1,57%, а среди острой кишечной непроходимости – 33,5%. Разброс по годам составил 1.54%, с тенденцией к увеличению. Можно утверждать, что каждый третий пациент с кишечной непроходимостью – это больной с опухолевым поражением толстой кишки. Несмотря на небольшой в целом процент опухолевой кишечной непроходимости, тенденция к медленному, но прогрессивному росту числа таких пациентов заставляет задуматься об организационной работе по раннему выявлению данной патологии. Актуальность этого тезиса подтверждает рост общей летальности у этих больных на 9,52%, которая в среднем составляет 20,00%. Приблизительно на таких же цифрах держится послеоперационная летальность в 2025 году (22,36%). Кроме того, нужно понимать, что экстренное хирургическое лечение у этой группы больных зачастую не носит радикального характера.

Таким образом, анализ ситуации с лечением опухолевой острой кишечной непроходимости выявил первую тенденцию, указывающую на необходимость раннего амбулаторного выявления поражения толстой кишки. Это должно позволить уменьшить эту группу больных, снизить летальность и увеличить радикальность лечения.

Острый аппендицит.

В целом ситуация с заболеваемостью острым аппендицитом остается стабильной. Он входит в тройку основных острых хирургических заболеваний (7,99% от всей хирургической патологии в 2025 году). Разброс по годам составляет 1,38% и остается стабильным. Хирургическая тактика хорошо отработана. Все больные, за исключением ряда аппендикулярных инфильтратов, оперированы. Отмечается рост лапароскопических аппендэктомий на 46,43%. Летальность не превышает 0,20% и связана с поздним поступлением пациентов и коморбидным фоном.

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

За последние годы перфоративная язва встречается достаточно редко, что подтверждается данными литературы [3, 4] и нашими полученными показателями. В 2025 году зафиксировано всего 102 подобных случая (0,99% всей острой хирургической патологии). За последние годы снижение достигло 21,19%. Однако, несмотря на остроту процесса и тяжесть клинических проявлений перфорации, процент поздних госпитализаций достигает 25,49%. Как правило, отмечается позднее обращение за медицинской помощью. Забегая вперед, отметим, что тенденция позднего обращения и поздней госпитализации актуальна для всех анализируемых заболеваний и составляет вторую отмеченную нами проблему в организации оказания хирургической помощи. Послеоперационная летальность обусловлена поздним поступлением, тяжестью перитонита и коморбидным фоном, составила в 2025 году 14,58%.

Язвенная болезнь, осложненная кровотечением.

В структуре острой хирургической патологии в целом, доля язвенных кровотечений невелика и составляет в 2025 году 2,27%. Разброс по годам соответствует 3,38%. В



большинстве случаев кровотечение удастся остановить консервативными мероприятиями (ингибиторы протонной помпы и эндоскопический гемостаз (63,63%)), доля оперативного лечения составляет около 8,72%. Общая летальность достаточно высока и в 2025 сохраняется на уровне 8,00%, а послеоперационная летальность не имеет тенденции к снижению и достигает порой максимальных показателей в 45,00%. Безусловно ситуация требует отдельного более подробного анализа, но третью тенденцию выделить можно – тактика при язвенном кровотечении. На наш взгляд, необходимо более широкое (до 100%) внедрение эндоскопического гемостаза, маршрутизация больных в многопрофильные учреждения, способные провести, при необходимости, радикальное оперативное лечение.

Ущемленные грыжи.

Разнообразной является группа пациентов с ущемленными грыжами различной локализации. Среди острой хирургической патологии в целом паховые грыжи составили 1,39%, послеоперационные – 0,88%, другие – 1,14%. Однозначной тенденции госпитализации по годам выделить не удалось ни в одной из групп. Разброс поступлений по годам достигал 17,67%. Основу неблагоприятных летальных исходов составили ущемленные послеоперационные грыжи (5,6% в 2025 году), что в целом соответствовало ситуации за анализируемые 10 лет. Неблагоприятные исходы при других формах грыж носили эпизодический характер.

Острый холецистит.

Острый холецистит является лидером в группе экстренных хирургических заболеваний. Он составляет 8,99%. Если говорить об острой патологии органов брюшной полости, то этот процент увеличивается до 25,70% в среднем по годам. Другими словами: каждый четвертый больной, поступающий в хирургический стационар с болями в животе – это пациент с острым холециститом. Хирургическая тактика хорошо отработана, что отражает неплохие результаты лечения. Общая летальность – 1,19%, послеоперационная – 1,60%. Операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия (60,61% по региону и до 100% в многопрофильных стационарах). Однако замечена сохраняющаяся негативная тенденция – 49,17% пациентов поступает в хирургический стационар позднее 24 часов.

Острый панкреатит.

Острый панкреатит – это заболевание, которое вместе с холециститом и аппендицитом формирует основной пул неотложной патологии органов брюшной полости (8,15% всей хирургической патологии и 22,41% острой патологии органов брюшной полости). Тактика при остром панкреатите отработана, что позволило стабилизировать ситуацию. Хирургическая активность составила 6,80% при развитии осложнений (абсцедирование, кровотечение, кишечные свищи). Общая летальность – 3,66%. Основная, на наш взгляд, негативная тенденция – это отсутствие маршрутизации тяжелых пациентов в крупный хирургический стационар. Конечно, нельзя не отметить и позднее поступление больных, которое в среднем по годам составило 47,71%.

Острая мезентериальная ишемия.

Мезентериальный тромбоз является в настоящее время непреодолимым препятствием для регионального здравоохранения. Летальность составляет 83,01% в среднем по годам. Хирургическая активность – 94,33%. Редкий успех в лечении связан с развитием сегментарного тромбоза и возможностью проведения резекции пораженного участка с выведением кишечной стомы. Эндоваскулярное лечение больным этой группы не проводилось.

Заключение.

На наш взгляд, улучшение результатов лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости должно учитывать следующие выявленные факторы.

Во-первых, позднее поступление пациентов с опухолевой кишечной непроходимостью не позволяет в большинстве случаев провести радикальное лечение, приводит к высокой послеоперационной (20,00%) и общей летальности (22,36%). Раннее амбулаторное выявление поражения толстой кишки должно уменьшить эту группу больных, снизить летальность и увеличить радикальность лечения.



Во-вторых, несмотря на невысокие общие цифры поступления больных с язвенными кровотечениями (0,99% всей острой хирургической патологии), общая летальность достаточно высока и в 2025 сохраняется на уровне 8.00%, при этом послеоперационная летальность не имеет тенденции к снижению и достигает порой максимальных показателей в 45,00%. Решение этой проблемы должно базироваться на правильной маршрутизации пациентов в стационар с возможностью полноценного эндоскопического гемостаза и оперативного лечения. Кроме того, необходимо рассматривать вопрос внедрения эндоваскулярного гемостаза.

В-третьих, необходимо в целом решать проблему с поздним поступлением пациентов с острой хирургической патологией. Половина хирургических больных поступает в сроки позднее 24 часов. Например, острый холецистит – 49,17%, острый панкреатит – 47,71%. Изменение ситуации позволит улучшить результаты лечения без существенных экономических затрат

Список литературы:

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководства: краткое издание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости: Руководство для врачей / под ред. акад. РАН и РАМН В.С. Савельева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014.
3. Хирургическая помощь в Российской Федерации. – Режим доступа: <https://главный-хирург.рф>
4. Хирургия по Шварцу: в 3-х т. Т. II. / Под ред. Ф.Ч. Бруникарди. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023

