

MARIUSZ WILKOS<sup>1</sup>, KRZYSZTOF GRABOWSKI<sup>2</sup>, ADAM BIERNACKI<sup>1</sup>

## **Epidemiologia i etiopatogeneza ostrych schorzeń jamy brzusznej leczonych na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Powiatowego w Świdnicy w latach 1992–2001**

### **Epidemiology and Etiopathogenesis of Acute Pathological States of Abdominal Cavity Treated in the Surgical Ward of the Administrative Unit Hospital in Świdnica in the Years 1992–2001**

<sup>1</sup> Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Świdnicy

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej AM we Wrocławiu

#### **Streszczenie**

**Cel pracy.** Analiza przyczyn oraz częstości występowania ostrych schorzeń jamy brzusznej w warunkach oddziału chirurgicznego szpitala powiatowego w dziesięcioletniej obserwacji.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 3582 chorych leczonych na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Powiatowego w Świdnicy w latach 1992–2001. Analiza retrospektywna była oparta na danych zawartych w historiach chorób, które są przechowywane w szpitalnym archiwum. Wszyscy analizowani chorzy byli przyjęci, a następnie leczeni w ramach ciągłego ostrego dyżuru chirurgicznego. Przypadki zachorowań podzielono na 15 grup, w zależności od końcowego rozpoznania ostrego schorzenia jamy brzusznej.

**Wyniki i wnioski.** Ostry brzuch może występować pod postacią różnorodnych obrazów klinicznych wymagających doraźnego lub pilnego postępowania leczniczego, najczęściej operacyjnego. Główną przyczyną przyjęć chirurgicznych w czasie ostrego dyżuru są ostre schorzenia jamy brzusznej, z czego niemal u co drugiego pacjenta choroba jest wywołana zapaleniem wyrostka robaczkowego lub pęcherzyka żółciowego. Częstym powodem hospitalizacji są objawy chorobowe o klinicznym obrazie ostrego brzucha chirurgicznego, z czego u ponad połowy pacjentów nie udaje się ustalić przyczyny wystąpienia dolegliwości bólowych przed wykonaniem laparotomii (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 5, 959–966).

**Słowa kluczowe:** ostry brzuch, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego.

#### **Abstract**

**Objectives.** The analysis of causes and frequencies of occurrence of acute pathological states of abdominal cavity in the surgical ward of administrative unit hospital conditions during the ten years observation.

**Material and Methods.** The examination involved 3582 patients treated in the Surgical Ward of Administrative Unit Hospital in Świdnica in the years 1992–2004. The retrospective analysis was based on the data of the history of diseases which are stored in hospital's archives. All patients, examined in the thesis, were admitted to the hospital and then treated during the surgical emergency service. The cases of falling ill were divided into 15 groups accordingly to the final diagnosis of acute pathological states of abdominal cavity.

**Results and Conclusions.** Acute abdomen may occur in the form of various clinical pictures which require immediate or urgent treatment, most often through surgical intervention. The main cause of surgical admission during emergency service is acute pathological states of abdominal cavity where the disease, in almost every second patient, is caused by appendicitis or by cholecystitis. The frequent reason of hospitalization is the disease symptoms of clinical picture of acute surgical abdomen in case of which the causes of occurred ailments in above half of the patients cannot be established (Adv Clin Exp Med 2005, 14, 5, 959–966).

**Key words:** acute abdomen, acute appendicitis, acute cholecystitis.

Ostre schorzenia jamy brzusznej to grupa różnorodnych chorób stanowiących bezpośrednie zagrożenie dla życia chorego i wymagających intensywnego, doraźnego lub pilnego postępowania leczniczego, najczęściej operacyjnego [1–4].

Zaburzenia tego rodzaju mogą występować pod postacią ostrych stanów zapalnych narządów jamy brzusznej, krwawień lub krwotoków o różnym nasileniu lub niedrożności przewodu pokarmowego. Stany te charakteryzują się różnorodnością przyczyn, które je wywołują i różnorodnością przebiegu klinicznego, a wspólną cechą zespołu objawów ostrego brzucha jest ich nagłe pojawienie się i szybki rozwój choroby.

Zagrożenie życia chorego, brak czasu na pełne postępowanie rozpoznawcze, współistnienie innych chorób przebiegających z objawami ostrego brzucha wymaga od leczącego szybkiej i prawidłowej diagnozy. Wszystko to sprawia, że ostre schorzenia narządów jamy brzusznej będą zawsze stanowić duże wyzwanie dla każdego chirurga, bez względu na doświadczenie kliniczne i umiejętności operatorskie.

Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na epidemiologię i etiopatogenezę ostrych zespołów brzusznych w warunkach szpitala powiatowego, dlatego że są wyjątkowo trudną częścią chirurgii ogólnej.

## Material i metody

Badaniem objęto 3582 chorych leczonych na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Powiatowego w Świdnicy w latach 1992–2001. Analiza retrospektywna była oparta na danych zawartych w historiach chorób, które są przechowywane w szpitalnym archiwum. W dziesięcioletnim okresie hospitalizowano na tym oddziale łącznie 24 287 chorych, z czego 12 597 operowano. Badany materiał poddano analizie klinicznej we współpracy z Katedrą i Kliniką Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Wszyscy wyszczególnieni w pracy chorzy byli przyjęci, a następnie leczeni w ramach ciągłego ostrego dyżuru chirurgicznego. Ostatecznie dokonano podziału na 15 grup według końcowego rozpoznania ostrego schorzenia jamy brzusznej.

Grupy 1–8 to zespół ostrych stanów zapalnych przebiegających głównie z manifestacją ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewnej. W grupie 9 i 10 znaleźli się chorzy z objawami krwawienia z przewodu pokarmowego, odpowiednio z odcinka górnego i dolnego. Do grupy 11 zakwalifikowano chorych z niedrożnością mechaniczną jelit oraz pozostałe przypadki uwięźniętych

przepuklin brzusznych niepowodujących mechanicznych zaburzeń pasaży jelitowego. Grupa 12 i 13 zawierały przypadki urazów brzucha oraz ostrych zaburzeń naczyniowych. W grupie 14 znaleźli się z kolei pacjenci, u których po wcześniejszej operacji planowej wystąpiła konieczność wykonania pilnej relaparotomii.

W ostatniej grupie umieszczono 762 pacjentów ze schorzeniami niechirurgicznymi, ale o klinicznym obrazie ostrego schorzenia jamy brzusznej (w 55% przypadków z tej grupy nie udało się w czasie hospitalizacji ustalić przyczyny dolegliwości). Ostatecznie ostre schorzenia jamy brzusznej obejmują *de facto* grupy 1–14, czyli łącznie 2820 osób.

## Wyniki

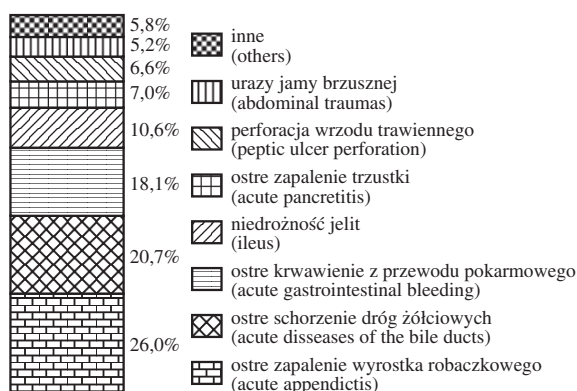
Ilościowe zestawienie analizowanych grup zamieszczono w tabeli nr 1, a procentowy udział poszczególnych przypadków klinicznych stanowiących zespół ostrych schorzeń jamy brzusznej przedstawiono na rycinie nr 1.

Dodatkowo wyszczególniono z ujęciem ilościowym i procentowym patogenezę grupy 7–11 oraz 13 (tabele 2–8).

Wobec 754 chorych z ostrym brzuchem zastosowano zachowawcze metody leczenia, a pozostałych 2066 operowano (rozkład procentowy na rycinie 2), natomiast udział przypadków ostrego brzucha chirurgicznego w ogólnej liczbie przyjętych oraz odsetek operacyjnych metod leczenia w tych schorzeniach w stosunku do wszystkich wykonanych operacji w badanym okresie zobrazowano na rycinach 3 i 4.

## Omówienie

Ostre schorzenia jamy brzusznej są poważnym problemem leczniczym. W analizowanym materiale, w latach 1992–2001, dotyczyło to 2820 chorych, co stanowiło około 12% ogółu pacjentów przebywających na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Powiatowego w Świdnicy. Podobne dane epidemiologiczne związane z tym zagadnieniem występują w obserwacji innych autorów [1–3]. 73% hospitalizowanych chorych z ostrym brzuchem operowano, pozostałych 27% zakwalifikowano do terapii zachowawczej. Inne ośrodki podają znacznie niższy, bo jedynie 6,6% odsetek zachowawczych metod leczenia ostrych schorzeń jamy brzusznej, ale podobny procent doraźnych zabiegów w obrębie brzucha w warunkach oddziału chirurgii ogólnej [2, 3, 5]. W analizowanym materiale operacje wykonywane z powodu ostrych schorzeń jamy brzusznej to oko-



Ryc. 1. Przyczyny ostrego brzucha – rozkład procentowy

Fig. 1. Causes of the acute abdomen – percentage layout

ło 16% przeprowadzonych w badanej dekadzie wszystkich procedur operacyjnych, co koresponduje z danymi innych autorów [2, 3].

Łączna analiza 3582 chorych pozwoliła wyo-

odrębnić w prezentowanej rozprawie grupę 752 chorych (21%), u których wykluczono w czasie obserwacji w szpitalu ostre schorzenie jamy brzusznej. Spośród tych pacjentów w ponad 55% przypadków nie udało się ustalić w czasie hospitalizacji przyczyny dolegliwości. Dane te potwierdzają poważny problem epidemiologiczny występowania tzw. niespecyficznych bólów brzucha. Częstość tego zjawiska, według oceny Piecucha, szacuje się na około 40% ostrodyżurowych przyjęć na oddziały chirurgiczne pacjentów z kliniczną manifestacją ostrej choroby brzusznej [4].

Najczęstszą w obserwacji autorów, jak również w innych publikacjach, przyczyną ostrych chirurgicznych chorób jamy brzusznej były stany zapalne, zazwyczaj z obrazem ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewnej [1–3, 5]. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i ostre schorzenia dróg żółciowych stanowiły w przedstawianej analizie łącznie aż 47% przypadków ostrego brzucha.

Tabela 1. Przyczyny ostrych schorzeń jamy brzusznej

Table 1. Causes of the acute pathological states of abdominal cavity

Grupa (Group)	Rodzaj choroby (Type of disease)	Liczba chorych (Number of patients)
1.	ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (acute apendicitis)	732
2.	ostre schorzenia dróg żółciowych (acute bile ducts diseases)	584
3.	ostre zapalenie trzustki (acute pancreatitis)	198
4.	przedziurawiony wrzód trawienny (perforated peptic ulcer)	185
5.	zapalenie uchyłków jelita grubego (large bowel diverticulitis)	31
6.	zapalenie uchyłka Meckela (inflammation of Meckel diverticulum)	5
7.	ostre schorzenia ginekologiczne (acute gynecological diseases)	33
8.	pozostałe przyczyny rozlanego zapalenia otrzewnej (other causes of diffuse peritonitis)	32
9.	krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego (bleeding from the upper gastrointestinal tract)	449
10.	krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (bleeding from the lower gastrointestinal tract)	61
11.	niedrożność mechaniczna jelit (mechanical intestinal obstruction)	299
12.	urazy jamy brzusznej (abdominal traumas)	148
13.	ostre zaburzenia naczyniowe (urgent angiological diseases)	44
14.	ostry brzuch pooperacyjny (emergent surgery after previous operation)	19
15.	choroby z dolegliwościami bólowymi sugerującymi ostre schorzenie jamy brzusznej (affections with pain complaints simulating acute abdominal diseases)	762
	razem (total)	3582

Tabela 2. Przyczyny ostrych schorzeń ginekologicznych

Table 2. Causes of the acute gynaecological affections

	Ciąża jajowodowa (Tubal gravidity)	Zapalenie przydatków (Adnexitis)	Pęknięta torbiel jajnika (Perforated ovarian cyst)	Skręcona torbiel jajnika (Twisted ovarian cyst)	Pęknięcie pęcherzyka Graafa (Perforation of Graaf folliculum)
Suma (No)	3	8	10	5	7
(%)	(9,1)	(24,2)	(30,3)	(15,2)	(21,2)

**Tabela 3.** Pozostałe przyczyny rozlanego zapalenia otrzewnej**Table 3.** Remaining causes of the diffuse peritonitis

	Przedziurawienie jelita grubego (Perforation of the large bowel)				Przedziurawienie jelita cienkiego (Perforation of the small bowel)				Przedziurawienie żołądka (The stomach rupture)	Ostra choroba urologiczna (Emergent urological disease)	Martwica sieci większej (The major omentum necrosis)
Przyczyna (Causa)	guz nowotworowy (neoplasmatic tumor)				samoistne (spontaneous)	ciało obce (alien body)	choroba Crohna (Crohn disease)	przerzutowy guz nowotworowy (metastatic tumor)	guz nowotworowy (neoplasmatic tumor)	samoistne pęknięcie pęcherza moczowego (idiopathic rupture of urinary bladder)	
Umiejscowienie (Localization)	esica (sigmoid)	odbytnica (rectum)	poprzeczna (transverse colon)	samoistne leczenie (self-inflicted injury)	katnica (coecum)	jelito kręte (ileum)	jelito czcze i kręte (ileum and jejunum)	jelito kręte (ileum)	trzon (body)		
Liczba (number)	7	2	2	2	1	5	4	3	1	2	3
Suma (Amount) (%)	14 (43,8)				12 (37,5)						

**Tabela 4.** Przyczyny krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego**Table 4.** Causes of the upper section of alimentary canal bleeding

	Wrzód trawienny (Peptic ulcer)			Zapalenie krwotoczne błony śluzowej (Hemorrhagic inflammation of the mucosa)		Nieznane źródło krwawienia (Unknown source of haemorrhage)	Żyłaki przełyku (Esophageal varices)	Zespół Mallory-Weissa (Mallory-Weiss syndrome)	Nowotwór żołądka (Gastric cancer)
Umiejscowienie (Localization)	dwunastnica (duodenum)	żołądek (stomach)	zespoleenie żołądkowo-jelitowe (gastro-intestinal anastomosis)	żołądek (stomach)	dwunastnica (duodenum)				
Liczba (Number)	123	85	6	58	18	72	44	22	21
Suma (Amount) (%)	214 (47,7)			76 (16,9)		72 (16,0)		22 (4,9)	

**Tabela 5.** Przyczyny krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego**Table 5.** Causes of the lower section of alimentary canal bleeding

	Nowotwór esicy lub odbytnicy (Sigmoid or rectal carcinoma)	Uchyłki esicy (Sigmoid diverticula)	Polipy esicy lub odbytnicy (Sigmoid or rectal polyps)	Guzki krwawnicze III–IV stopnia (Haemorrhoids stage III–IV)	Zapalenie błony śluzowej odbytnicy (Proctitis)	Nieznane źródło krwawienia (Unknown source of haemorrhage)	Wrzodzące zapalenie jelita grubego (Colitis ulcerosis)	Szczelina odbytu (Anal fissure)
Liczba (%) (Amount)	14 (22,9)	11 (18,0)	10 (16,4)	9 (14,8)	6 (9,8)	6 (9,8)	4 (6,6)	1 (1,6)

**Tabela 6.** Przyczyny niedrożności mechanicznej jelit spowodowanej zadzierzgnięciem**Table 6.** Causes of the mechanical ileus induced by strangulation

Przyczyna (Cause)	Umiejscowienie (Localization)	Stopień niedokrwienia Stage of ischaemia		Łączna liczba (Total amount)	Suma (Total) (%)
		bez martwicy (without necrosis)	z martwicą (with necrosis)		
Uwięźnięta przepuklina (Incarcerated hernia)	pachwinowe (inguinal)	15	10	25	52 (24,3)
	udowe (femoral)	5	9	14	
	pooperacyjne (postoperative)	6	3	9	
	okołopępkowe (umbilical)	2	1	3	
	kresy białej (line albae)	1	–	1	
Zrosty (Adhesions)	jelito cienkie (small intestine)	18	8	26	26 (12,1)
Skręt (Twist)	jelito cienkie (small intestine)	3	8	11	16 (7,5)
	esica (sigmoid)	2	3	5	
Wgłobienie (Invagination)	jelito cienkie (small intestine)	2	2	4	4 (1,9)
Razem (Total)					98 (45,8)

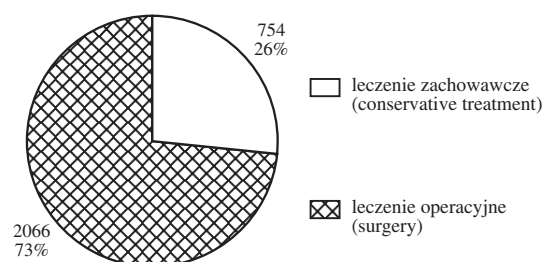
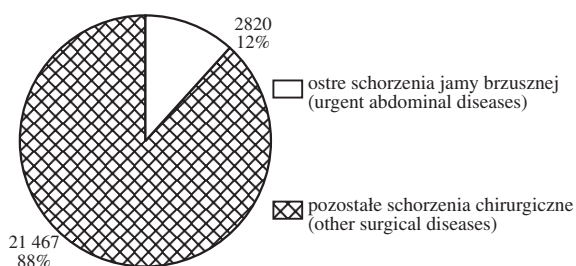
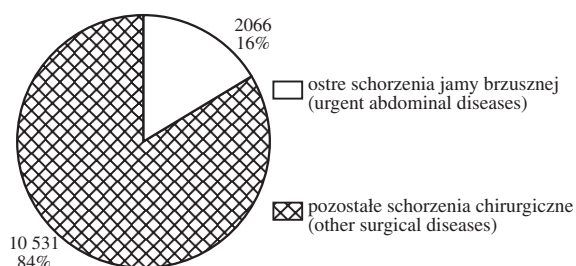
**Tabela 7.** Przyczyny niedrożności mechanicznej jelit spowodowanej zatkaniem**Table 7.** Causes of the mechanical ileus induced by obstruction

Przyczyna (Cause)	Umiejscowienie (Localization)	Liczba niedrożności z uwzględnieniem zaawansowania zmiany npl lub zapalnej (Number of obstructions including neoplastic stage of progress and inflammation)		Łączna liczba (Total amount)	Suma (Total) (%)
		resekcyjna (ressective)	nieresekcyjna (non-ressective)		
Zrosty (Adhesions)	jelito cienkie (small bowel)			27	27 (12,6)
	kątnica (coecum)	4	1	5	
	wstępnica (ascending colon)	6	–	6	
Guz nowotworowy jelita (Neoplastic intestinal tumor)	zgięcie wątrobowe (hepatic flexure)	4	–	4	62 (29,0)
	poprzeczna (transverse colon)	1	–	1	
	zgięcie śledzionowe (splenic flexure)	8	1	9	
Jelita grubego (Large intestine)	zstępnica (descending colon)	2	–	2	25
	esica (sigmoid)	19	6	25	
	odbytnica (rectum)	1	9	10	
Guz nowotworowy narządu rodowego (Neoplastic genital tumor)	macica (uterus)	–	4	4	7 (3,3)
	jajnik (ovarium)	–	3	3	
Rozsiany proces npl nowotworowy (Disseminated carcinoma)	żołądek (stomach)	–	2	2	5 (2,3)
	jajnik (ovarium)	–	3	3	
Polip (Polyp)	jelito cienkie (small intestine)	3	–	3	3 (1,4)
Choroba Crohna (Crohn disease)	jelito cienkie (small intestine)	6	–	6	6 (2,8)
Kamień żółciowy (Bile stone)	jelito kręte (ileum)			4	4 (1,9)
Ciało obce (Alien body)	jelito kręte (ileum)			2	2 (0,9)
Razem (Total)					116 (54,2)



**Tabela 8.** Przyczyny ostrych zaburzeń naczyniowych**Table 8.** Causes of the acute vascular disorders

	Zator tętnicy krezkowej górnej (The superior mesenteric artery embolism)	Zakrzep tętnicy krezkowej górnej (The superior mesenteric artery thrombus)	Pęknięty tętniak aorty brzusznej (Rupture of the abdominal aorta)	Zakrzepica żyły krezkowej górnej (The superior mesenteric vein thrombosis)
Liczba (Number) %	17 (53,1)	8 (25,0)	4 (12,5)	3 (9,4)

**Ryc. 2.** Procentowy i liczbowy udział operacyjnych oraz zachowawczych metod leczenia ostrych schorzeń jamy brzusznej**Fig. 2.** The percentage and numerical part of the surgical and preservative treatment methods of the acute pathological states of abdominal cavity**Ryc. 3.** Częstość występowania ostrych schorzeń jamy brzusznej w stosunku do innych chorób**Fig. 3.** The frequency of occurrence of the acute pathological states of abdominal cavity in relation to other diseases**Ryc. 4.** Procentowy i liczbowy udział operacji wykonywanych w przypadkach ostrego brzucha w stosunku do innych operacji**Fig. 4.** The percentage and numerical part of the operations performed in case of the acute abdomen in relation to other operations

Nie dorównuje to jednak danym innych autorów, którzy oceniają częstość występowania tych dwóch zachorowań na 80–91% przyczyn ostrych stanów w obrębie jamy brzusznej [1–3].

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest najczęstszym ostrym schorzeniem jamy brzusznej wymagającym postępowania operacyjnego, a w badanym materiale dotyczyło to 26% leczonych pacjentów, w większości dzieci [1–3, 5–7, 9]. Jest to jednak odsetek ponad dwukrotnie niższy niż w ocenie innych ośrodków, w których 51–83% operacji z powodu objawów ostrego brzucha stanowią appendektomie [1, 3, 5]. Wyniki własne potwierdzają skuteczność starannej kwalifikacji do operacji i przedstawiają znikomą liczbę appendektomii negatywnych.

Ostre schorzenia dróg żółciowych występujące najczęściej jako kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego jest jedną z głównych przyczyn hospitalizacji na oddziałach chirurgicznych ze wskazań pilnych [1, 5, 10, 11]. W materiale autorów procentowy udział ostrych schorzeń dróg żółciowych wyniósł 21%, co odpowiada danym z literatury – 9,6–22,3% [1, 5]. Ponad dwukrotnie częściej operowano kobiety, a podobne proporcje podają również inne publikacje [19].

Krwawienie z przewodu pokarmowego występowało u około 18% analizowanych chorych, z czego umiejscowienie krwotoku w odcinku górnym było ponad siedmiokrotnie częstsze niż w dolnym. Ocenia się, że około 3,4–24% leczonych w warunkach ostrego dyżuru chirurgicznego to pacjenci z krwawieniem z przewodu pokarmowego [5, 13, 14]. W badanym materiale najczęstszą przyczyną krwotoku z odcinka górnego były owrzodzenia trawienne, a z dolnego zmiany nowotworowe jelita grubego, co koresponduje z publikowanymi doniesieniami [15, 16].

Niedrożność mechaniczna jelit oraz przypadki uwięźniętych przepuklin brzusznych były powodem ostrodyżurowych przyjęć około 11% pacjentów. W grupie tej w około 54% przypadków niedrożność miała charakter obturacyjny i najczęściej nowotworowy, w pozostałych około 46% była spowodowana zadzierzgnięciem, głównie z powodu uwięźnięcia przepukliny zewnętrznej brzucha

oraz zrostów otrzewnowych. Doniesienia innych autorów określają częstość tego ostrego schorzenia jamy brzusznej na 5,4–8,2% i proporcję poszczególnych typów mechanicznej niedrożności również na około 1 : 1 [5, 17, 18].

Ostre zapalenie trzustki dotyczyło około 7% wszystkich analizowanych chorych z objawami ostrego brzucha, co jest znacznie częstszym przypadkiem niż w innych doniesieniach [1]. W obserwacji własnej najczęściej ostre zapalenia trzustki miało etiologię alkoholową, a następnie – żółciową, a w niemal 85% przypadków charakter zapalenia gruczołu był obrzękowy, co odpowiada epidemiologii tego zjawiska w innych ośrodkach [19, 20, 26].

Perforacja owrzodzenia trawiennego zdarza się u 4,1–7,5% chorych z ostrym schorzeniem jamy brzusznej [1, 5], a więc podobnie jak u 7% pacjentów poddanych badaniu w tej pracy. Analiza ośrodków krakowskich pozwala stwierdzić trzykrotnie częstsze występowanie perforacji u mężczyzn, a według obserwacji własnej nawet w stosunku 4:1 [13, 21]. W materiale własnym nie potwierdzono prawidłowości sezonowego występowania przedziurawień owrzodzeń trawiennych. Perforacja owrzodzenia dwunastnicy zdarza się częściej i jest oceniana według różnych autorów na 60–90,7%, a w analizowanej pracy odsetek ten wyniósł ponad 82% [13, 22, 23].

Ostre objawy brzuszne u 5% chorych przyjętych na oddział były wywołane urazem tej okolicy, co jest dwukrotnie częstszym zjawiskiem niż w obserwacjach innych szpitali [1, 3]. Dwukrotnie częściej leczono skutki urazów o tępych charakterze niż przenikającym, a w grupie chorych operowanych w niemal 39% przypadków uraz brzucha był częścią mnogich obrażeń ciała. Najczęstszymi przyczynami urazów były pobicia, wypadki komunikacyjne oraz upadki z wysokości, co jest zgodne z innymi publikowanymi doniesieniami [5, 24, 25]. Wyniki przeprowadzonej analizy ewidentnie potwierdzają opinie, że urazy dotyczą szczególnie młodych osób i są tym samym poważnym problemem społecznym.

Pozostałe 6% przypadków ostrych schorzeń brzusznych dotyczyło pacjentów z zaburzeniami naczyniowymi, zapaleniami uchyłków jelit, chorobami narządu rodowego, pozostałymi przyczynami zapalenia otrzewnej, głównie w wyniku perforacji dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz chorych reoperowanych po zabiegach planowych. Ta ostatnia grupa obejmuje tzw. wczesne relaparotomie wykonane do 18. dnia po pierwszym zabiegu na skutek pooperacyjnych powikłań. Częstość powtórnych otwarć jamy brzusznej jest określana w piśmiennictwie na 0,4–3,7% [26].

## Piśmiennictwo

- [1] **Cielniaszek T:** Analiza tzw. ostrego brzucha u chorych w latach 1985–1990. *Lek Wojs* 1994, 70, 365–368.
- [2] **Cienciała A, Wieczorek J, Kopański Z, Boroń M, Ulatowski Z, Kustra Z, Howaniec J:** Ostre chirurgiczne choroby jamy brzusznej – przyczyny, leczenie, wyniki. *Lek Wojs* 1993, 69, 557–561.
- [3] **Dudko J, Brdąkała R:** Analiza kliniczna chorych leczonych z powodu ostrych chorób jamy brzusznej. *Lek Wojs* 1994, 70, 21–26.
- [4] **Piecuch T:** Rozpoznawanie ostrego brzucha. *Lek Wojs* 1992, 68, 383–386.
- [5] **Barcikowski S, Suchorski H:** Ostre brzuch w materiale chorych szpitali wojskowych w latach 1988–1990. *Lek Wojs* 1992, 68, 356–359.
- [6] **Arendt J, Zygmunt J, Heinrich G, Podwiński A:** Ocena przydatności techniki laparoskopowej w leczeniu chorych z objawami klinicznymi ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. *Pol Przegl Chir* 1999, 71, 1222–1233.
- [7] **Burkitt D:** The aethiology of appendicitis. *Brit J Surg* 1971, 58, 695–699.
- [8] **Guidry S, Poole G:** The anatomy of appendicitis. *Am Surg* 1994, 60, 68–73.
- [9] **Wysocki A, Bęben P:** Wskaźnik neutrofilowo-limfocytny w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego. *Pol Przegl Chir* 2000, 1, 42–50.
- [10] **Biesiada Z, Budzyński A, Bobrzyński A:** Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego – wskazanie do doraźnej cholecystektomii laparoskopowej? *Pamiętnik 60. Jubileuszowego Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich*, red. Andziak P, Noszczyk W. Fundacja Pol Przegl Chir Warszawa 2002, tom I, 160–163.
- [11] **Eldar S, Sabo E, Nash E:** Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Prospective trial. *World J Surg* 1997, 21, 540–546.
- [12] **Wu JS, Soper NJ:** Ostre i przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego. Tłum. Krzak JM. *Med Prakt Chirurgia* 1999, 18, 115–121.
- [13] **Dews M:** komentarz do: Karwowski A, Postępowanie w krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego. *Pol Przegl Chir* 1996, 68, 874.
- [14] **Szura M, Richter P, Solecki R, Karcz D:** Planowo powtarzane zabiegi endoskopowe w krwawieniach z owrzodzeń żołądka i dwunastnicy – wstępna analiza randomizowanych badań. Wybrane zagadnienia z chirurgii. Red. Mackiewicz Z. Fundacja Pol Przegl Chir, Warszawa 1999, tom IV, 132–135.
- [15] **Croker JR:** Ostre krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Przyczyny i postępowanie. Tłum. Miśtański A. *Chirurgia Współczesna* 1994, 5, 250.

- [16] **Herman RM:** Komentarz do: Raghu S et al., tłum. Szybiński, Lower gastrointestinal hemorrhage. P Med Prakt Chir 1999, 14, 152.
- [17] **Kamiński P, Bielecki K:** Niedrożność jelita grubego – jedno- czy wieloetapowe leczenie chirurgiczne. Pol Przegl Chir 1995, 67, 733–742.
- [18] **Kasznia-Brown J, Chilarski A:** Wtórna niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego u dzieci. Pol Przegl Chir 2000, 72, 824–833.
- [19] **Barczyk J, Pruszyński K, Dzieńis H:** Postępowanie chirurgiczne w powikłaniach ciężkich postaci ostrego zapalenia trzustki. Wybrane zagadnienia z chirurgii. Red. Mackiewicz Z. Fundacja Pol Przegl Chir, Warszawa 1999, tom IV, 157–161.
- [20] **Kopaczyński P, Sowier J:** Stres oksydacyjny w ostrym zapaleniu trzustki. Pol Przegl Chir 2002, 74, 749–757.
- [21] **Wysocki A, Bęben P:** Częstość występowania przedziurawień wrzodu żołądka i dwunastnicy w ciągu 34 lat. Gastroenterol Pol 1998, 5, 139–145.
- [22] **Chabik DC, Grzebieniak Z:** Zakażenie *Helicobacter pylori* u chorych z pękniętym wrzodem żołądka i/lub dwunastnicy operowanych metodą prostego zszycia. Pol Przegl Chir 2002, 74 (5), 420–429.
- [23] **Sanchez-Bueno F, Marin P, Rios A:** Has the incidence of perforated peptic ulcer decreased over the last decade? Digestive Surgery 2001, 18, 444–448.
- [24] **Dąbrowski M, Tomsia D, Woźniczko I, Grzywnowicz Z:** Uszkodzenie narządów jamy brzusznej u chorych z urazem pojedynczym i mnogim. Wybrane zagadnienia z chirurgii. Red. Mackiewicz Z. Fundacja Pol Przegl Chir, Warszawa 1999, tom I, 38–42.
- [25] **Gedliczka O, Brongel L:** Mnogie obrażenia ciała. Pol Przegl Chir 1997, 69, 341–366.
- [26] **Ciesielski L:** Wczesne powtórne otwarcie jamy brzusznej. PZWL, Warszawa 1987, 18–71.

### Adres do korespondencji:

Krzysztof Grabowski  
Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej AM  
ul. R. Traugutta 57/59  
50-417 Wrocław

Praca wpłynęła do Redakcji: 24.01.2005 r.

Po recenzji: 3.02.2005 r.

Zaakceptowano do druku: 3.02.2005 r.

Received: 24.01.2005

Revised: 3.02.2005

Accepted: 3.02.2005