

ВОЛГОГРАДСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. 2025. Т. 22, № 1. С. 47–51

НАУЧНАЯ СТАТЬЯ

УДК 616.33-002.44+616.342-002]:616-089-06

doi: <https://doi.org/10.19163/2658-4514-2025-22-1-47-51>

С. И. Панин¹✉, **А. В. Пузикова**¹, **А. А. Линченко**^{1,2}, **Н. Э. Кушнирук**²,
В. В. Ребров², **И. В. Марченко**¹, **Д. В. Линченко**^{1,2}, **О. А. Косивцов**^{1,2}

¹ Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

² Волгоградская областная клиническая больница № 1, Волгоград, Россия

✉ Panin-74@yandex.ru

ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

3.1.9 – Хирургия

Аннотация. Проанализированы результаты лечения 65 пациентов с прободной язвой, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ВолгГМУ, на базе ВОКБ 1, в период 2017–2023 гг. Более половины пациентов [55 % ($n = 36$)] поступили в хирургический стационар позднее 24 часов от начала заболевания. В зависимости от сроков госпитализации (до и после 24 часов) летальность при прободной язве составляет 0 и 44,7 %, частота встречаемости послеоперационных осложнений – 14 и 50 % соответственно. В условиях поздней госпитализации доля миниинвазивных операций составила 12 %. Оценка факторов мотивации хирургов при выборе характера операции показала, что предпочтение лапаротомным вмешательствам отдается из-за наличия разлитого гнойного перитонита, вследствие гипотонии и противопоказаний к созданию напряженного пневмоперитонеума и из-за сочетанных осложнений язвенной болезни.

Ключевые слова: прободная язва, лапароскопические операции, поздняя госпитализация

VOLGOGRAD SCIENTIFIC AND MEDICAL JOURNAL. 2025. VOL. 22, NO. 1. P. 47–51

ORIGINAL ARTICLE

doi: <https://doi.org/10.19163/2658-4514-2025-22-1-47-51>

S. I. Panin¹✉, **A. V. Puzikova**¹, **A. A. Linchenko**^{1,2}, **N. E. Kushniruk**²,
V. V. Rebrov², **I. V. Marchenko**¹, **D. V. Linchenko**^{1,2}, **O. A. Kosivcov**^{1,2}

¹ Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

² Volgograd Regional Clinical Hospital No. 1, Volgograd, Russia

✉ Panin-74@yandex.ru

TREATMENT OF PERFORATED PEPTIC GASTRIC AND DUODENAL ULCERS IN CONDITIONS OF LATE ADMISSION

3.1.9 – Surgery

Abstract. The results of treatment of 65 patients with perforated peptic ulcer who were treated at the General Surgery Clinic of Volgograd State Medical University, based on Volgograd Regional Clinical Hospital No1, in the period 2017–2023 were analyzed. More than half of the patients [55 % ($n = 36$)] were admitted to the surgical hospital later than 24 hours after the onset of the disease. Depending on the time of hospitalization (before and after 24 hours), the mortality rate for perforated ulcers is 0 % and 44.7 %, the incidence of postoperative complications is 14 % and 50 %, respectively. In conditions of late admission, the proportion of minimally invasive operations was 12 %. An assessment of the motivation factors of surgeons when choosing the type of surgery showed that laparotomy interventions are preferred due to the presence of diffuse purulent peritonitis, due to hypotension and contraindications to the creation of a tense pneumoperitoneum and due to the combined complications of peptic ulcer disease.

Keywords: perforated peptic ulcer, laparoscopic surgery, late admission

Прободная язва является одним из основных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, требующим оказания экстренной хирургической помощи. Количество пациентов с прободной язвой у нас в стране остается стабильно высоким, а уровень заболеваемости в последние годы составляет 14,4–15,4 на 100 тыс. населения [1]. Также имеется рост уровня послеоперационной летальности с 9 % в 2017 г. до 12,6 % в 2023 г. [1, 2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать особенности лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях поздней госпитализации.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на клинической базе кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России в ГБУЗ ВОКБ № 1. Собственный материал составил 65 клинических наблюдений.

Возраст больных с диагнозом перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки варьировал от 25 до 87 лет. Показатель среднего возраста составил (56 ± 5,7) лет. Сопутствующая патология имела место в 84 % (n = 55) наблюдений.

Лечение при установлении диагноза проводили согласно клиническим рекомендациям, и оно заключалось в скорейшем выполнении оперативных вмешательств. При этом для определения наиболее подходящего объема оперативного приема мы принимали во внимание диаметр

прободного отверстия, наличие пенетрации язвы, малигнизация язвы, стеноз пилородуоденальной зоны. Лечение в ближайшем послеоперационном периоде проводили в реанимационном отделении, после чего пациентов переводили в общехирургическое отделение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Более половины пациентов [55 % (n = 36)] поступили в хирургический стационар позднее 24 часов от начала заболевания. С учетом характера, используемых хирургических технологий у 88 % (57/65) больных оперативный прием был выполнен лапаротомно, у 12 % (8/65) – миниинвазивно. Количество лапароскопических операций коррелирует с общим количеством больных, прооперированных по поводу прободной язвы в различные годы. В 2021 г. доля ЛСО составила 16 % (4/25), в 2022 – 20 % (1/5) и в 2023 – 14 % (1/7).

Относительно лапароскопических операций следует отметить, что их доля в лечении прободной язвы в Волгоградской области также незначительная, в пределах 2,18–9,97 %. При этом в отличие от показателей по РФ (10,6 % в 2020 г. – 13 % в 2023 г.) в регионе нет динамики роста количества миниинвазивных операций при прободной язве (табл. 1). Также установлено, что в зависимости от сроков госпитализации (до и после 24 часов) и степени использования лапароскопических технологий летальность при прободной язве составляет 0 и 44,7 %, частота встречаемости послеоперационных осложнений – 14 и 50 % соответственно (табл. 2).

Таблица 1

Показатели степени внедрения лапароскопических операций в 2020–2023 гг.

	2020		2021		2022		2023		Всего
	операции		операции		операции		операции		
	всего	ЛСО, n/%							
ВОКБ1	11	0/0	25	4/16	5	1/20	7	1/14	12,5 % (6/48)
ВО	311	31/9,97	275	6/2,18	221	20/9,05	254	20/7,87	7,26 % (77/1061)

Таблица 2

Сравнительные результаты лечения прободной язвы

Показатели	Частота осложнений	Уровень летальности	Длительность стационарного лечения
Результаты в зависимости от сроков госпитализации и оперативного лечения			
До 24 часов	14 % (4/29)	0 % (0/29)	9 [8–10]
После 24 часов	50 % (18/36)	44 % (16/36)	12 [9–13]
Значимость различий	$p < 0,05^*$	$p < 0,05^*$	$U = 101, p = 0,05$
Результаты в зависимости от характера оперативных вмешательств			
Лапароскопические операции	13 % (1/8)	0 % (0/8)	5 [4–5]
Лапаротомные операции	37 % (21/57)	28 % (16/57)	10 [7–13]
Значимость различий	$p > 0,05^*$	$p < 0,05^*$	$U = 45,2, p = 0,03$

* – точный критерий Фишера, U – критерий Манна – Уитни.

Лапароскопические операции, хоть и являются перспективным вектором развития хирургии, в лечении таких заболеваний, как прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, на современном этапе применяются недостаточно [3–7]. По результатам собственных наблюдений степень внедрения лапароскопических технологий в лечении пациентов с прободной язвой составила 12 %, что даже несколько выше показателей по Волгоградской области, в период 2020–2023 гг. доля лапароскопических операций при прободной язве варьировала от 2,18 до 9,97 %.

Причиной этому служит ряд факторов. Во-первых, некоторые технические моменты лапароскопических операций, в частности уверенное владение навыками формирования интра- и экстракорпоральных швов, до сих пор вызывают затруднение у хирургов что, не дает возможность использовать их любому хирургу в повседневной практике.

Во-вторых, даже при наличии в стационаре достаточно квалифицированного хирурга, к лапароскопическим манипуляциям прибегают только в лечении пациентов, достаточно стабильных и находящихся в состоянии средней тяжести. В лечении пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, при наличии сепсиса или шока, использование данных манипуляции сопровождается определенными рисками ухудшения состояния пациентов и худшего прогноза.

В-третьих, пациентам с клинической картиной разлитого гнойного перитонита эффективность применения лапароскопических операции, с точки зрения профилактики послеоперационных осложнений, не является доказанной, так как в ряде случаев данные манипуляции не дают оператору достаточной возможности для адекватной санации брюшной полости.

В-четвертых, время на догоспитальном этапе между дебютом заболевания и госпитализацией в стационар для хирургического лечения

играет важную роль в выборе лапаротомной или лапароскопической операции, так как напрямую влияет на клиническую картину, наличие противопоказаний, вероятность интраоперационных осложнений. При этом последний фактор мы считаем наиболее важным, поскольку большинство больных в наших собственных наблюдениях поступали в стационар позднее 24 часов от момента начала заболевания.

При разработке прогноза исхода лечения, при многофакторном анализе, в условиях поздней госпитализации, лапароскопический доступ, как отдельный фактор прогноза, не имеет значимого влияния на исход лечения в рамках анализа многофакторной модели, что мы связываем с недостаточной степенью внедрения лапароскопических операций. Также необходимо отметить, что для получения значимых выводов представляется целесообразным изучить мировой опыт применения лапароскопических операций, с точки зрения доказательной медицины, что позволит определить возможные перспективы развития лапароскопической хирургии в лечении группы больных с прободной язвой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В зависимости от сроков госпитализации (до и после 24 часов) и характера используемой хирургической технологии летальность при прободной язве составляет 0 и 44,7 %, частота встречаемости послеоперационных осложнений – 14 и 50 % соответственно.

В условиях поздней госпитализации доля миниинвазивных операций составила 12 %. Оценка факторов мотивации хирургов при выборе характера операции показала, что предпочтение лапаротомным вмешательствам отдается из-за наличия разлитого гнойного перитонита, вследствие гипотонии и противопоказаний к созданию напряженного пневмоперитонеума и из-за сочетанных осложнений язвенной болезни.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ревизвили А. Ш., Сажин В. П., Федоров А. В. и др. Хирургическая помощь в Российской Федерации. Информационно-аналитический сборник за 2017 год. Москва, 2018. 134 с.
2. Ревизвили А. Ш., Оловянный В. Е., Гогия Б. Ш. и др. Хирургическая помощь в Российской Федерации. Информационно-аналитический сборник за 2023 год. Москва, 2024. 192 с.
3. Магомедов, М. М., Омаров М. Д., Магомедов М. А. Сравнительная характеристика методов хирургического лечения гастродуоденальных перфоративных язв. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2021;11-2(113):182–187. doi: 10.23670/IRJ.2021.113.11.068.
4. Сажин И. В., Хрипун А. И., Саликов А. В. и др. Морфологическое обоснование лапароскопического способа ушивания прободной язвы желудка с формированием прикрытой перфорации. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2022;(4):27–33. doi: 10.17116/hirurgia202204127.

5. Сажин В. П., Федоров А. В., Панин С.И. и др. О перспективе развития лапароскопической хирургии в Центральном федеральном округе Российской Федерации. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2023;(9):5–12. doi: 10.17116/hirurgia20230915.

6. В. А. Суворов, С. И. Панин, Н. В. Коваленко и др. Прогностическая значимость коморбидности при оценке продолжительности стационарного лечения у больных с прободной язвой. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2022;2(19):77–84. doi: 10.19163/1994-9480-2022-19-2-77-84.

7. Пузикова А. В., Панин С. И., Линченко А. А., Бубликов А. Е. Лапароскопические операции и летальность при перфоративной язве (корреляционно-регрессионный анализ). *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2024;3(21):118–122. doi: 10.19163/1994-9480-2024-21-3-118-122.

8. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г., Сим М. И. и др. Влияние объема оперативного вмешательства на факторы защиты и агрессии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2017;22(3):28–33.

9. Сажин А. В., Ивахов Г. Б., Страдымов Е. А. и др. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных распространенным перитонитом: лапаротомия или лапароскопия? (Сообщение 1). *Эндоскопическая хирургия*. 2019;25(3):51–58. doi: 10.17116/endoskop20192503151.

10. Тимербулатов Ш. В., Сагитов Р. Б., Смыр Р. А. и др. Миниинвазивные вмешательства при прободной гастродуоденальной язве. *Эндоскопическая хирургия*. 2017;23(2):8–11. doi: 10.17116/endoskop20172328-11.

REFERENCES

1. Revishvili A. Sh., Sazhin V. P., Fedorov A. V. et al. Surgical care in the Russian Federation. *Information and analytical collection for*. 2017. Moscow, 2018.134 p. (In Russ.).

2. Revishvili A. Sh. et al. Surgical care in the Russian Federation. *Information and analytical collection for*. 2023. Moscow, 2024. 192 p. ISBN 978-5-6043864-3-6. (In Russ.).

3. Magomedov M. M., Omarov M. D., Magomedov M. A. Comparative characteristics of the methods of surgical treatment of gastroduodenal perforating ulcers. *International research journal*. 2021;11–2(113):182–187. (In Russ.) doi: 10.23670/IRJ.2021.113.11.068.

4. Sazhin I. V., Khripun A. I., Salikov A. V. et al. Morphological substantiation of laparoscopic suturing of stomach ulcer with formation of a covered perforation. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2022;(4):27–33. (In Russ.) doi: 10.17116/hirurgia202204127.

5. Sazhin V. P., Fedorov A. V., Panin S. I. et al. Prospects for development of laparoscopic surgery in the Central Federal District of the Russian Federation. *Pirogov Russian Journal of Surgery. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2023;(9):5–12. (In Russ.) doi: 10.17116/hirurgia20230915.

6. Suvorov V. A., Panin S. I., Kovalenko N. V. et al. Prognostic significance of comorbidity in assessing the duration of inpatient treatment in patients with perforated ulcer. *Bulletin of the Volgograd Medical University = Journal of Volgograd State Medical University*. 2022;2(19):77–84. (In Russ.) <https://10.19163/1994-9480-2022-19-2-77-84>.

7. Puzikova A. V., Panin S. I., Linchenko A. A., Bublikov A. E. Laparoscopic surgery and mortality in perforated peptic ulcer (correlation and regression analysis). *Bulletin of the Volgograd Medical University = Journal of Volgograd State Medical University*. 2024;3(21):118–122. (in Russ.). doi: 10.19163/1994-9480-2024-21-3-118-122.

8. Rybakov G. S. Isaev A. I., Karsotyan G. S. et al. Analysis of minimally invasive and traditional methods of suturing of perforated ulcers pylorobulbar zone. *Moskovskii khirurgicheskii zhurnal = Moscow Surgical Journal*. 2017;5(57):18–24. (in Russ.).

9. Sazhin A. V., Ivakhov G. B., Stradymov E. A. et al. Surgical treatment of perforated peptic ulcers complicated by diffuse peritonitis: laparotomy or laparoscopy? (Part 1). *Endoskopicheskaya khirurgiya = Endoscopic Surgery*. 2019;25(3):51–58. (in Russ.). doi: 10.17116/endoskop20192503151.

10. Timerbulatov Sh. V., Sagitov R. B., Smyr R. A. et al. Minimally invasive surgeries for perforated gastroduodenal ulcers. *Endoskopicheskaya khirurgiya = Endoscopic Surgery*. 2017;23(2):8–11. (in Russ.). doi: 10.17116/endoskop20172328-11.

Информация об авторах

Станислав Игоревич Панин – заведующий кафедрой общей хирургии ВолгГМУ, доктор медицинских наук, профессор, Panin-74@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4086-2054>

Алла Владимировна Пузикова – доцент кафедры общей хирургии ВолгГМУ, кандидат медицинских наук, alla.puzikova@volgmed.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2873-9953>

Александр Александрович Линченко – клинический ординатор ВолгГМУ, AidenMails@icloud.com, <https://orcid.org/0000-0002-9426-5581>

Наталья Эдуардовна Кушнирук – главный врач ВОКБ № 1, кандидат медицинских наук, <https://orcid.org/0009-0000-8578-4585>

Владислав Владимирович Ребров – заведующий хирургическим отделением ВОКБ № 1, кандидат медицинских наук

Ирина Владимировна Марченко – главный врач Клиники № 1 ВолгГМУ, кандидат медицинских наук, irina.marchenko@volgmed.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5109-4389>

Диана Владимировна Линченко – доцент кафедры общей хирургии ВолгГМУ, кандидат медицинских наук, доцент, diana.linchenko@volgmed.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9016-8883>

Олег Александрович Косицков – доцент кафедры общей хирургии ВолгГМУ, кандидат медицинских наук, доцент, oleg.kosivtsov@volgmed.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0226-9914>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Этические требования соблюдены. Текст не сгенерирован нейросетью.

Статья поступила в редакцию 17.12.2024; одобрена после рецензирования 15.01.2025; принята к публикации 14.02.2025.

Information about the authors

Stanislav I. Panin – Head of Department of General Surgery, Volgograd State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor, Panin-74@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4086-2054>

Alla V. Puzikova – Assistant Professor, Volgograd State Medical University, Candidate of Medical Sciences, alla.puzikova@volgmed.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2873-9953>

Alexander A. Linchenko – clinical resident, Volgograd State Medical University, AidenMails@icloud.com, <https://orcid.org/0000-0002-9426-5581>

Natalia E. Kushniruk – Chief Physician, Volgograd Regional Clinical Hospital No1, Candidate of Medical Sciences, <https://orcid.org/0009-0000-8578-4585>

Vladislav V. Rebrov – Head of Surgical department, Volgograd Regional Clinical Hospital No1, Candidate of Medical Sciences

Irina V. Marchenko – Chief Physician of Clinic 1 Volgograd State Medical University, Candidate of Medical Sciences, irina.marchenko@volgmed.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5109-4389>

Diane V. Linchenko – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor Volgograd State Medical University, <https://orcid.org/0000-0001-9016-8883>

Oleg A. Kosivcov – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor Volgograd State Medical University, oleg.kosivtsov@volgmed.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0226-9914>

The authors declare no conflict of interest. Ethical requirements are met. The text is not generated by a neural network.

The article was submitted 17.12.2024; approved after reviewing 15.01.2025; accepted for publication 14.02.2025.