

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Акилов Х.А.², Урманов Н.Т.¹, Ходжаяров Н.Р.¹

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ТАШКЕНТЕ

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, 100003, Ташкент, Республика Узбекистан;²Ташкентский институт усовершенствования врачей, 100007, Ташкент, Республика Узбекистан**КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ.** Своевременная диагностика и лечение язвенной болезни в соответствии с клиническими рекомендациями позволяет свести к минимуму осложнения в виде перфорации язвенного дефекта, тем более – стеноза привратника, требующего резекции желудка в экстренных условиях.

Авторами проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 68 детей в возрасте от 6 до 18 лет с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении в период 2005–2018 гг. Авторы пришли к выводу, что у детей с клиникой «острого живота», особенно в пубертатном возрасте, при отсутствии свободного газа на рентгенографии брюшной полости рекомендуется проведение ЭФГДС. Выбором оперативного вмешательства является лапароскопическое ушивание.

Ключевые слова: дети; язва; перфорация; лапароскопия.

Для цитирования: Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Ходжаяров Н.Р. Опыт лечения детей с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в Ташкенте. *Детская хирургия*. 2020; 24(1): 53–56. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-1-53-56>

Для корреспонденции: Урманов Нозим Турсуналиевич, заведующий отделением неотложной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, 100003, Ташкент, Республика Узбекистан. Email: uzmedicine@mail.ru

Akilov H.A.², Urmanov N.T.¹, Khodjayarov N.R.¹

TREATMENT OF CHILDREN WITH PERFORATED ULCERS OF THE STOMACH AND DUODENUM IN TASHKENT

¹Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid, Tashkent, 100003, Republic of Uzbekistan;²Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, 100007, Republic of Uzbekistan

The authors have analyzed outcomes of examination and surgical treatment of 68 children aged 6 - 18 with perforated ulcers of the stomach and duodenum who were treated in hospitals in 2005-2018. The authors concluded that children with the picture of acute abdomen and no free gas (radiographically) in their abdominal cavity, especially children of puberty period, are recommended to have esophago-gastro-duodenoscopy (EGDS). The choice of surgical intervention is laparoscopic suturing.

Key words: children; ulcer; perforation; laparoscopy.

For citation: Akilov H.A., Urmanov N.T., Khodjayarov N.R. Treatment of children with perforated ulcers of the stomach and duodenum in Tashkent. *Detskaya khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery)* 2020; 24(1): 53–56. (In Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-1-53-56>

For correspondence: Nozim T. Urmanov, branch manager emergency surgery of childhood Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid, Tashkent, 100003, Republic of Uzbekistan. Email: uzmedicine@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received: April 30, 2019

Accepted: May 27, 2019

Введение

Проблема язвенной болезни (ЯБ) в детском возрасте на протяжении последних десятилетий привлекает внимание ведущих отечественных и зарубежных исследователей. Актуальность проблемы ЯБ у детей связана с ее значительной распространенностью, хроническим, рецидивирующим течением и возможностью опасных для жизни осложнений [1, 3, 11, 16].

По данным российских авторов, распространенность ЯБ составляет $1,6 \pm 0,1$ на 1000 детей. У детей школьного возраста она встречается в 7 раз чаще, чем у дошкольников, у городских детей в 2 раза чаще, чем у сельских. [2, 7]. С возрастом увеличивается частота встречаемости ЯБ, соответственно увеличивается количество осложнений [2, 4, 5, 7, 13]. Удельный вес осложненных форм ЯБ наблюдается у детей всех возрастных групп с одинаковой частотой. В структуре осложнений преобладает кровоте-

чение (70%), перфорации (15%), реже – стенозы (10%), и пенетрации язвы (5%) [6, 8–10]. За последнее десятилетие показатели осложненных форм ЯБ увеличились в 2,3 раза, а процент неудовлетворительных результатов стационарного лечения вырос в 2 раза. Частота рецидивов возросла с 50 до 75%. Кроме того, из особенностей современного течения ЯБ у детей также отмечено нивелирование сезонности обострений и их бессимптомное течение у половины больных. Одним из грозных и часто встречаемых осложнений ЯБ является перфорация язвы. Оперативное лечение детей с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки выполняется по экстренным показаниям при развитии клинических проявлений «острого живота» [2, 4, 6, 17].

Острое начало заболевания и тяжесть состояния больных диктует необходимость экстренной лапароскопии или лапаротомии, в ходе которых уточняется диагноз и определяется вид оперативного вмешательства.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст, годы	Количество больных	
	абс.	%
6–10	3	4,4
10–14	8	11,7
14–18	57	83,8

Не являясь широко представленной нозологической единицей среди экстренно оперированных больных с «острым животом», перфоративные язвы желудка и ДПК становятся предметом обсуждения с позиций оперативного доступа и вида оперативного вмешательства. По данным литературы, преобладает мнение специалистов, что мини-инвазивные технологии оперативного вмешательства у детей с перфоративными язвами желудка и ДПК являются приоритетными. Хотя сообщений об успешно выполненных лапароскопических оперативных вмешательствах у детей немного. В связи с вышеизложенным нам представляется целесообразным обобщить опыт хирургического лечения детей с перфоративными язвами желудка и ДПК в клинике РНЦЭМП [11, 12, 14, 17].

Цель – улучшить результаты хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с использованием малоинвазивной технологии.

Материал и методы

За период с 2005 по 2018 г. были прооперированы 68 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, мальчиков было 48 (70,1%), девочек – 20 (29,9%), возраст от 6 до 18 лет. Все больные по тяжести состояния были госпитализированы в отделение реанимации или детской хирургии с остро возникшим болевым абдоминальным синдромом. Всем пациентам на этапе обследования были проведены общий и биохимический анализ крови, УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости, а также, по показаниям, – ЭФГДС.

Результаты и обсуждение

У 18 (26,4%) больных определен длительный язвенный анамнез – 3 и более лет, они состояли на учете «Д» по поводу язвенной болезни у гастроэнтерологов. У 22 (32,3%) детей в течение последних лет отмечались периодические боли в животе, на что родители особого внимания не обращали. У остальных 28 (41,1%) детей перфорация развилась на фоне полного здоровья. При сборе семейного анамнеза выявлено, что у 42 (61,5%) детей родители страдают ЯБ, что говорит о наследственном факторе заболевания. При анализе предшествующей терапии, у 12 (17,6%) больных установлено, что они получали длительное медикаментозное лечение, в том числе с использованием глюкокортикостероидов и нестероидных противовоспалительных средств, которые являются факторами риска развития язв. У 17 (25,0%) детей провоцирующим

Таблица 2

Длительность догоспитального периода

Догоспитальный период, ч	Количество больных	
	абс.	%
До 6	42	61,7
От 6 до 12	16	23,5
От 12 до 24	7	10,2
От 24 и более	3	4,4



Рис. 1. Свободный газ под куполом диафрагмы.

фактором были погрешности в питании перед заболеванием. Распределение по возрастным группам представлено в табл. 1.

Как видно из таблицы, основную группу с перфоративными язвами составили дети старшего возраста.

Как указано в табл. 2, основная группа больных с перфорациями обратилась в клинику до 6 ч от начала заболевания. Состояние больных при поступлении было расценено как тяжелое у 12 (17,6%), они обратились в более поздние сроки от начала болезни. У этих пациентов превалировала картина разлитого перитонита и по тяжести состояния они были госпитализированы в отделение реанимации. В анализах периферической крови во всех случаях имел место сдвиг лейкоцитарной формулы влево, на обзорной рентгенографии выявлен свободный газ под куполами диафрагмы (рис. 1), при УЗИ брюшной полости определялось наличие жидкости во всех отделах живота с расширением петель кишечника.

У 42 (61,7%) больных состояние средней тяжести, в клинической картине превалировал выраженный болевой абдоминальный синдром (резкое начало заболевания с болями в животе кинжального характера, выделением холодного пота, тошнотой, многократной рвотой), болевой синдром преимущественно локализовался в верхнем этаже брюшной полости, имели место симптомы раздражения брюшины. В анализах периферической крови у 70% детей в данной группе больных имел место сдвиг лейкоцитарной формулы, у 32 (47,0%) на обзорной рентгенографии выявлен свободный газ, у 8 (11,7%) при первичной рентгеноскопии свободного газа не выявлено, но учитывая клиническую картину и наличие свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ, этим детям произведена ЭФГДС. При этом выявлена хроническая язва с глубоким дном, а при повторной рентгенографии – свободный газ.

У остальных 14 (20,5%) детей, обратившихся в клинику в течение 3 ч от начала заболевания, состояние при поступлении расценено как удовлетворительное. Основными жалобами были тупые боли в эпигастриальной области, тошнота с одной или двукратной рвотой. В данную группу вошли дети старшего возраста, состоявшие на учете «Д» по поводу ЯБ. При первичной рентгенографии брюшной полости свободного газа не выявлено. Учитывая язвенный анамнез была произведена ЭФГДС, при которой обнаружены язвы с глубоким дном, после чего

Таблица 3

Виды операций

Операция	Пациенты	
	абс.	%
Ушивание перфорации открытым методом	33	48,5
Лапароскопия с переходом на конверсию	4	5,8
Ушивание перфорации открытым методом. Аппендэктомия	3	4,4
Лапароскопическое ушивание	23	33,8
Резекция желудка	3	4,4
Ушивание с иссечением язвы по Жадда	2	2,9
Всего...	68	100

на контрольной рентгенографии выявлен свободный газ. Лечение оперативное (табл. 3).

Как видно из табл. 3, оперативные вмешательства при перфоративных язвах разделены на две основные группы – открытые и лапароскопические. Среди 68 больных было 33 (48,5%) ребенка, которым выполнена лапаротомия, ушивание язвы с санацией и дренированием брюшной полости. 3 (4,4%) детям до операции был установлен диагноз острый аппендицит. Операция была начата подвздошным доступом по Мак-Бурнею. Интраоперационно выявлен вторично низменный червеобразный отросток, а в брюшной полости – наличие мутного выпота. При ревизии тонкой кишки исключен дивертикул Меккеля, в связи с чем детям произведена лапаротомия, при которой была выявлена перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. У 2 (2,9%) детей интраоперационно выявлено сочетание осложнений, таких как перфорация и стенозирование выхода из желудка с резкой деформацией, в связи с чем на фоне диффузного перитонита произведена резекция желудка по Бильроту I в модификации Л.Г. Хачиева (рис. 2). У 1 (1,4%) больного интраоперационно выявлена перфорация каллезной язвы, и на фоне диффузного перитонита произведена резекция желудка по Бильроту I в модификации Л.Г. Хачиева (рис. 3).

Лапаротомия, иссечение язвы по Жадда с ушиванием выполнена 2 (2,9%) больным. Показанием стало стенозирование и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки на фоне разлитого гнойного перитонита.

Впервые лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка было выполнено в 1990 г, в последующем, после ряда рандомизированных исследований, методика постепенно была признана в мире как «золотой стандарт». В нашей клинике лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у ребенка впервые было выполнено в 2012 г. хирургами, оперирующими взрослых пациентов. Среди 68 больных детей было 27 (39,7%), которым выполнена лапароскопия, из них 4 (5,8%) перешли на конверсию. Показанием стало наличие разлитого гнойного фибринозного перитонита. Остальным 23 (33,8%) выполнено лапароскопическое ушивание язвы.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. В этом периоде проводилась традиционная антибактериальная корригирующая инфузионная терапия. Контрольная эзофагогастродуоденоскопия была выполнена больным через один мес, при этом были отмечены признаки формирования рубца в зоне ушивания перфорации.

Перфорация является вторым по частоте встречаемости осложнением течения ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди взрослого населения осложненное течение ЯБ в виде перфорации желудка и

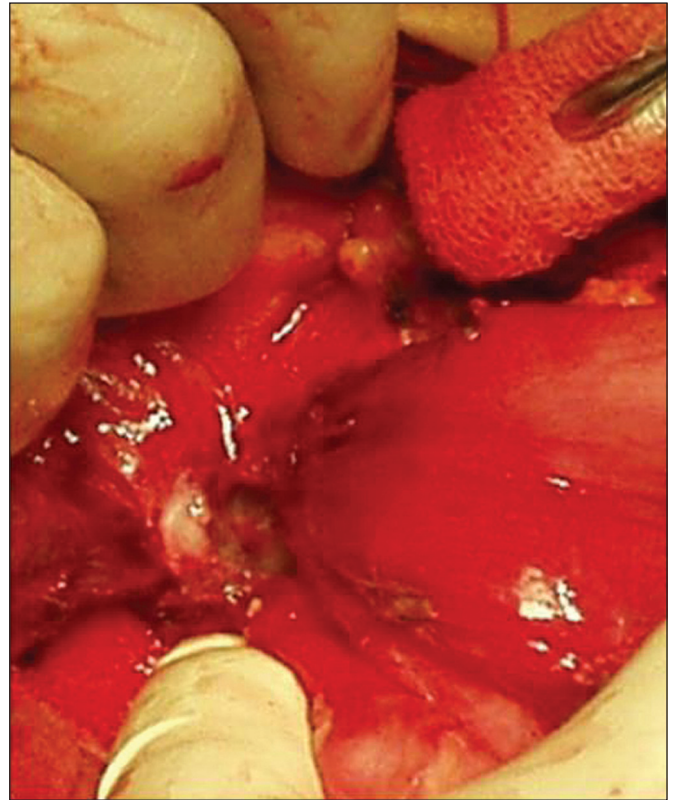


Рис. 2. Интраоперационная картина перфоративной язвы со стенозированием выхода желудка.

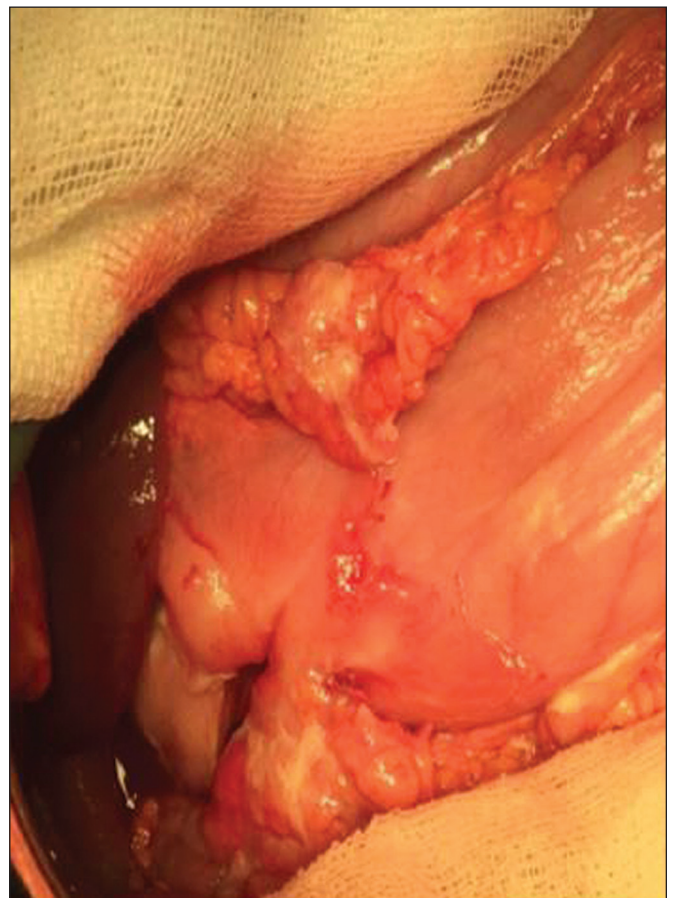


Рис. 3. Интраоперационная картина каллезной язвы двенадцатиперстной кишки.

двенадцатиперстной кишки отмечено в 10%. Сообщения о перфоративных язвах у детей и подростков немногочисленны. Анализ анамнестических данных показал, что более чем в 60% случаев у детей с перфоративными язвами ЯБ страдают родители, что говорит о наследственном факторе. Показания к оперативному лечению устанавливали на основании клинических проявлений «острого живота» и результатов рентгенологического исследования брюшной полости.

Вместе с тем при клинической картине «острого живота» основания для рентгенологического исследования брюшной полости возникали далеко не всегда, что было связано как со стереотипом мышления специалистов о наиболее частой причине болевого абдоминального синдрома (остром аппендиците), так и с отсутствием в анамнезе провоцирующих факторов ЯБ. Именно острота развития болевого абдоминального синдрома и тяжесть состояния больных при поступлении делали необходимым рентгенологическое исследование брюшной полости. При отсутствии свободного газа и проведения ЭФГДС, при повторном рентгенологическом исследовании у 22 (32,3%) больных выявлено наличие свободного газа, что было наиболее информативным. УЗИ брюшной полости, входящее в стандарт обследования пациентов с подозрением на острую хирургическую патологию, было информативным для более 60% больных.

Заключение

Таким образом, среди экстренно оперированных больных в детском возрасте на долю пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки приходится не менее 1%. В клинической картине заболевания преобладают внезапные симптомы «острого живота» в брюшной полости в виде выраженного болевого абдоминального синдрома. При отсутствии свободного газа на рентгенографии брюшной полости рекомендуется проведение ЭФГДС. С учетом клинико-инструментальных данных, дооперационный диагноз перфорации полового органа может быть установлен в более 90% наблюдений. Экстренное оперативное вмешательство показано во всех случаях. Выбором оперативного вмешательства является лапароскопическое ушивание. Среди ограничений для лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки отмечают размеры перфорации, выраженность перифокального воспаления, а также распространенность перитонита. Так, по данным литературы, наблюдаются статистически достоверные различия в размере перфорации между лапароскопическими и открытыми оперативными вмешательствами. С нашей точки зрения, достоверных различий в размере перфорации нет, в большой степени имеют значение локализация поражения, выраженность перифокального воспаления, а также сочетание других осложнений ЯБ.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5–17 см. в REFERENCES)

1. Адамович А.М., Бергов Г.А. Язвенная болезнь у детей младшего возраста. *Здравоохранение Белоруссии*. 2000; 10: 53-5.
2. Анохин М.И., Шахбазян И.Е., Лапопова Е.А. Динамика болевого синдрома у детей с эрозивно-язвенными процессами в гастродуоденальной зоне на фоне традиционной терапии и терапии с включением методики биологической обратной связи. Развитие идей академика В.Х. Василенко в современной гастроэнтерологии. *Сб. науч. трудов*. М.: 1993; 1: 26-7.
3. Баранов А.А., Климанская Е.В. Проблемы детской гастроэнтерологии на современном этапе. *Российский гастроэнтерол. журн.* 1995; 1: 87-96.
4. Белоусов А.С., Шульга Н.И. Язвенная болезнь у детей. *Материалы Юбил. науч.- практ. конф. Актуальные вопросы педиатрии и хирургии детского возраста*. М.: 2002.

REFERENCES

1. Adamovich A.M., Bergov G.A. Peptic ulcer in young children. *Zdravookhranenie Belorussii*. 2000; 10: 53-5.
2. Anokhin M.I., Shakhbazyan I.E., Lapopova E.A. Dynamics of a syndrome in children with erosive and ulcerative processes in the gastroduodenal zone against the background of traditional therapy and therapy with the inclusion of a biofeedback technique. *The development of ideas of academician V.Kh. Vasilenko in modern gastroenterology. Collection of scientific terms*. Moscow: 1993; 1: 26-7. (in Russian)
3. Baranov A.A., Klimanskaya E.V. Problems of pediatric gastroenterology at the present stage. *Rossiyskiy gastroenterologicheskii zhurnal*. 1995; 1: 7-96. (in Russian)
4. Belousov A.S., Sulga N.I. Peptic ulcer in children. *Materials Anniversary Scientific-practical conference. Topical issues of pediatrics and pediatric surgery*. Moscow: 2002.
5. Lickstein L., Matthews J. Elective surgical management of peptic ulcer disease. *Probl. Gen. Surg.* 1997; 14: 37-53.
6. Nogueira C., Silva A.S., Santos J.N. et al. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity. *World J. Surg.* 2003; 27(7): 782-7.
7. Thorsen K., Soreide J.A., Kvloy J.T. et al. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age and gender-age gender-adjusted analysis of incidence and mortality. *World J. Gastroenterol.* 2013; 19(3): 347-54.
8. Wong B.P.Y., Chao N.S.Y., Leung M.W.Y., Kwong-Wai Chung, Wing-Kin Kwok, Liu K.K.W. Complications of peptic ulcer disease in children and adolescents: minimally invasive treatments offer feasible surgical options. *J. Pediatr. Surg.* 2006; 41: 2073-75.
9. Consensus Development Panel/ Consensus statement on therapeutic endoscopy and bleeding ulcers. *Gastrointest Endosc.* 1990; 36: 62-5.
10. Chiu P.W.Y., Lam C.Y.W., Lee S.W. et al. Effect of scheduled second therapeutic endoscopy on peptic ulcer rebleeding: a prospective randomized trial. *Gut*. 2003; 52: 1403-7.
11. Harbison S.P., Dempsey D.T. Peptic ulcer disease. *Curr. Probl. Surg.* 2005; 42: 346-54.
12. Wong B.P., Chao N.S., Leung M.W. et al. Complications of peptic ulcer disease in children and adolescents: minimally invasive treatments offer feasible surgical options. *J. Pediatr. Surg.* 2006; 41(12): 2073-5.
13. Can K.L., Tam P.K., Saing H. Long-term follow-up of childhood duodenal ulcers. *J. Pediatr. Gastroenterol. Surg.* 1997; 32(11): 1609-11.
14. Hua M.C., Kong M.S., Lai M.W. et al. Perforated peptic ulcer in children: a 20-year experience. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2007; 45(1): 71-4.
15. Yildiz T., Ilce H.T., Ceran C. et al. Simple patch closure for perforated peptic ulcer in children followed by *Helicobacter pylori* eradication. *Pak. J. Med. Sci.* 2014; 30(3): 493-6.
16. Nathanson L.K., Easter D.W., Cuschieri A. Laparoscopic repair/peritoneal toilet of perforated duodenal ulcer. *Surg. Endosc.* 1990; 4(4): 232-3.
17. Siu W.T., Cha C.H., Law B.K. et al. Routine use of laparoscopic repair for perforated peptic ulcer. *Br. J. Surg.* 2004; 91(4): 481-4.

Поступила 30 апреля 2019

Принята в печать 27 мая 2019