

УДК 616.33/34-002-036-053.2

ЗАПОРОЖЧЕНКО А.Г., ГЛАДКИЙ А.П., ДОВБЫШ О.В., СПАХИ О.В.
Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Резюме. *Анализу подвергнуто 52 больных в возрасте от 14 до 17 лет с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированных лапароскопическим и открытым способами. Установлено, что перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей возникают внезапно, характеризуются отсутствием «язвенного анамнеза» и манифестной клиникой острого перитонита у 77 % детей. Максимальная эффективность диагностики перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки достигается при использовании комплексной диагностической программы, включающей поэтапное проведение диагностических мероприятий с учетом их разрешающей способности в каждом конкретном случае.*

Ключевые слова: *перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, клиническое течение, дети.*

Введение

Важным разделом хирургической гастроэнтерологии детского возраста являются осложнения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) [1, 2]. Неуклонный рост частоты язвенной болезни у детей побуждает отечественных и зарубежных исследователей к изучению особенностей клинического течения заболевания, патогенетических механизмов его развития, разработке новых методов его диагностики и лечения [2–4].

Наиболее грозными осложнениями ЯБЖ и ЯБДПК являются гастродуоденальные кровотечения и перфорации желудка и ДПК. Если кровотечения при ЯБЖ и ЯБДПК встречаются с частотой 8–22 %, то перфорации желудка и ДПК при данных заболеваниях наблюдаются сравнительно реже [1, 2, 5–7]. Это определяет небольшой личный опыт каждого из клиницистов в вопросах диагностики и хирургического лечения заболевания и приводит к возникновению трудностей относительно ранней диагностики и выбора адекватной хирургической тактики в каждом конкретном случае.

Отсутствие в литературе работ отечественных детских хирургов, посвященных изучению особенностей клинического течения и диагностики

перфоративных язв желудка и ДПК, определило необходимость настоящего исследования.

Цель исследования: анализ особенностей клинического течения и диагностики перфоративных язв желудка и ДПК у детей.

Материал и методы

Анализу подвергнуто 52 больных в возрасте от 14 до 17 лет с перфоративной язвой желудка и ДПК, находившихся в хирургических отделениях клиник хирургии детского возраста Днепропетровской государственной медицинской академии и Запорожского государственного медицинского университета. Девочек было 9 (17 %), мальчиков — 43 (83 %). Перфорации ДПК наблюдались у 38 (73 %) детей, перфоративные язвы желудка отмечены у 14 (28 %) больных.

Всем детям в экстренном порядке были произведены оперативные вмешательства лапароскопическим и открытым способами. Операции заключались в ушивании перфоративного отверстия, санации и дренировании брюшной

© Запороженко А.Г., Гладкий А.П., Довбыш О.В., Спахи О.В., 2013

© «Здоровье ребенка», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

полости. В раннем послеоперационном периоде всем больным проводились обезболивание, инфузионная, антибактериальная терапия с использованием антибиотиков широкого спектра действия и фармакотерапия язвенной болезни и хеликобактерной инфекции. После выписки больным амбулаторно назначали диету, прием антацидов и поддерживающую терапию антисекреторными препаратами в течение двух недель (H_2 -блокаторы, ингибиторы протонной помпы).

При анализе учитывались данные анамнеза, давность заболевания (время от начала болезни до госпитализации детей), особенности питания, характер клинических проявлений, данные лабораторных, рентгенологических, эндоскопических исследований, результаты исследований кислотности желудка по данным рН-метрии и степень контаминации *H.pylori* (*Hp*) по данным уреазного теста.

Статистическую обработку количественных показателей проводили с помощью методов вариационной статистики на ПЭВМ с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica for Windows.

Результаты и их обсуждение

Как показали результаты исследования, перфоративные язвы преобладали у мальчиков в соотношении примерно 5 : 1, а перфорации ДПК превалировали над перфоративными язвами желудка в 2,5 раза, что согласуется с данными литературы относительно частоты встречаемости язвенной болезни у детей (табл. 1).

Все больные были госпитализированы в хирургические отделения в экстренном порядке. Средняя давность заболевания для всех больных составила $7,5 \pm 1,4$ часа. 37 (72 %) детей прооперированы в течение первых 2 часов после поступления в стационар, 15 (28 %) больным оперативные вмешательства были произведены в течение 12 часов после госпитализации. При этом у 89 % детей «язвенный анамнез» отсутствовал, что свидетельствует об остром возникновении язвы и ее перфорации.

Также установлено, что в 38 (74 %) случаях дети накануне употребляли слабоалкогольные либо спиртные напитки, что определяет не только большую медицинскую, но и социальную значимость изучаемой проблемы. У 5 (9,6 %) детей на фоне респираторных инфекций отмечен прием препаратов, содержащих ацетилсалициловую

кислоту, нестероидных противовоспалительных препаратов, у 9 (16,4 %) больных по данным анамнеза не найдено сведений о приеме агрессивных в отношении ульцерогенеза пищевых продуктов и медицинских препаратов.

Диагноз перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки основывался на использовании комплексной диагностической программы, включавшей поэтапное проведение диагностических мероприятий с учетом их разрешающей способности в каждом конкретном случае.

У большинства детей (77 %) клиническая диагностика перфоративной язвы не представляла особых затруднений и характеризовалась манифестной клиникой острого перитонита, у 12 (23 %) отмечена малосимптомная клиника (рис. 1).

Наиболее достоверными и типичными признаками наступления перфорации являлись: внезапное начало в виде острой «кинжальной» боли в эпигастральной области с быстрым последующим распространением на весь живот, которое отмечено у 33 (82,4 %) больных, «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки наблюдалось в 67,1 % случаев, общее тяжелое состояние больного вследствие болевого шока и интоксикации имело место у 22,5 % больных.

Малосимптомные клинические проявления перфорации характеризовались постепенным началом, при этом боли в эпигастральной области стихали, при пальпации определялась болезненность в правой половине живота, в правой подвздошной области, отсутствовало «доскообразное» напряжение мышц передней брюш-

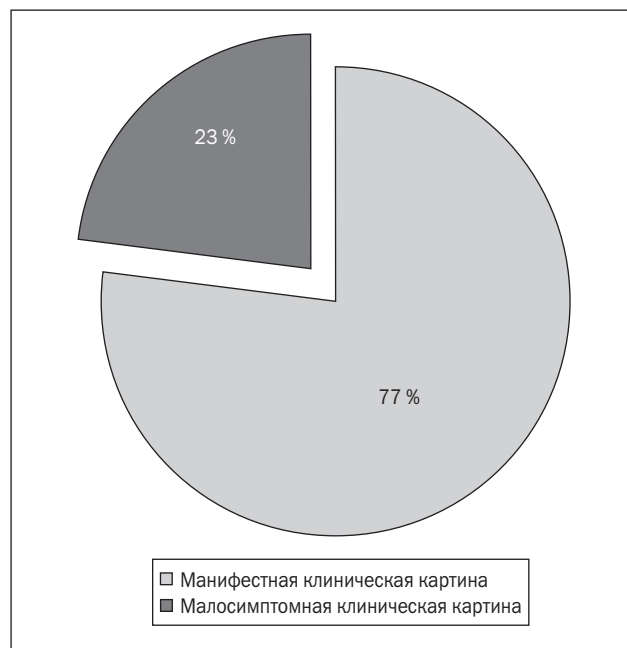


Рисунок 1. Распределение больных в зависимости от характера клинических проявлений перфорации

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от локализации перфорации

| Локализация перфорации | Количество больных (%) |
|------------------------|------------------------|
| Язва желудка | 14 (27) |
| Язва ДПК | 34 (73) |
| Всего | 52 (100) |

Таблиця 2. Зависимость клинической картины перфоративных язв от размеров перфорации

| Размеры перфорации, мм | Манифестная клиника, n (%) | Малосимптомная клиника, n (%) |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| До 2 мм | 3 (7,5)* | 7 (58)* |
| 2–5 | 31 (77,5)* | 5 (42)* |
| 5–10 | 6 (15) | – |
| Всего | 40 (100) | 12 (100) |

Примечание: * — уровень значимости различий $p \leq 0,001$.

ной стенки, отмечались сомнительные симптомы раздражения брюшины. В связи с этим у 5 детей, которым перфоративные язвы ушивались открытым способом, первоначально был заподозрен острый аппендицит и оперативные вмешательства начинали с лапаротомии в правой подвздошной области.

Особенности клинических проявлений, степень распространенности перитонита при перфоративных язвах желудка и ДПК у детей во многом определялись не только давностью заболевания, но и размерами и локализацией перфораций, обнаруженных интраоперационно, которые колебались в пределах от 2 до 10 мм в диаметре (табл. 2). При этом преобладали перфоративные отверстия небольших размеров (до 3–5 мм в диаметре), которые располагались преимущественно в области передней стенки луковицы ДПК и на передней стенке пилороантрального отдела желудка и не имели плотных краев.

По данным общих хирургов, размеры перфораций у взрослых больных преимущественно превышают 5–10 мм, зачастую они окружены уплотнением и являются следствием хронического язвенного процесса. Полученные данные о преобладании у детей маленьких размеров перфоративных отверстий косвенно свидетельствуют об остром возникновении язвенных дефектов и их перфорации.

Из специальных методов исследования использовали обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, потребовавшиеся у 49 % больных. На обзорных рентгенограммах регистрировали наличие свободного газа в брюшной полости, располагавшегося в виде «серпа» под куполом диафрагмы либо при рентгенографии в латеропозиции — под передней брюшной стенкой.

По данным УЗИ верифицировали свободную жидкость и газ в брюшной полости у 9 (17 %) больных. В 23 % случаев применяли фиброгастроуденоскопию (ФГДС), а в трудных для диагностики случаях — диагностическую лапароскопию (9,5 %). Данные лабораторных исследований демонстрировали неспецифические изменения лейкоцитарной формулы крови и характеризовались выраженным лейкоцитозом преимущественно за счет полиморфноядерных лейкоцитов, повышенной скоростью оседания эритроцитов. Диагноз перфоративной язвы до операции был

выставлен 42 больным (89,4 %), которым выполнялось ушивание перфоративной язвы открытым и лапароскопическим методом.

По данным ФГДС в раннем послеоперационном периоде (перед выпиской больных из стационара) у большинства детей (68,6 %) верифицировать язвенные дефекты не представилось возможным, а эндоскопическая картина характеризовалась эритематозным поражением слизистой оболочки антрального, пилорического отделов желудка и луковицы ДПК. В остальных случаях наиболее часто встречались одиночные рубцующиеся язвенные дефекты слизистой оболочки белесоватого цвета размером 0,3–0,5 см (32,4 ± 3,9 %) с локализацией на передней стенке луковицы ДПК (58,5 ± 3,7 %).

Результаты определения кислотности желудка во время ФГДС по данным внутрижелудочной рН-метрии свидетельствовали о гиперацидности с $pH \leq 1,5$ у 23 (44 %) детей, нормацидности с $pH = 1,70 \pm 0,12$ ($M \pm m$) у 23 (36,5 %) больных и снижении кислотности с $pH = 2,30 \pm 0,23$ ($M \pm m$), отмеченной у 19,5 % детей. Инфицированность *Hp* по результатам уреазного теста выявлена у 67 % детей, оперированных по поводу перфоративных язв желудка и ДПК.

Выводы

1. Перфоративные язвы желудка и ДПК у детей возникают внезапно, характеризуются отсутствием «язвенного анамнеза» и манифестной клиникой острого перитонита у 77 % детей.

2. Максимальная эффективность диагностики перфоративных язв желудка и ДПК достигается при использовании комплексной диагностической программы, включающей поэтапное проведение диагностических мероприятий с учетом их разрешающей способности в каждом конкретном случае.

Перспективы дальнейшего изучения проблемы могут быть связаны с исследованием патогенетических механизмов острых перфоративных язв желудка и ДПК, разработкой алгоритмов диагностики заболевания на основе использования современных малоинвазивных технологий.

Список литературы

1. Котовский А.В. Прогнозирование характера течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического гастродуоденита у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2008. — № 3. — С. 84–87.

2. Цветкова Л.Н., Горячева О.А., Нечаева Л.В., Гурев А.Н. Современное течение язвенной болезни у детей // Педиатрия. — 2006. — № 8. — С. 31-33.

3. Upraz M., Pehlivanoplu E. Helicobacter pylori infection and peptic ulcer in eastern Turkish children: is it more common than known? // Turk. J. Pediatr. — 2011 Nov-Dec. — 53(6). — P. 632-7.

4. Kalach N., Bontems P., Raymond J. Particularities of ulcer disease in children // Arch. Pediatr. — 2010 Jun. — 17(6). — P. 812-3.

5. Башлыков Д.В. Эпидемиологические аспекты хирургии перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы научно-практической конференции

«Эпидемиология неинфекционных заболеваний». — Иркутск, 2008. — С. 4-7.

6. Жданова И.А., Намазова Л.С., Ильин А.Г. Распространенность болезней органов пищеварения и эффективность эрадикационной терапии при хеликобактерной инфекции у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5, № 4. — С. 44-48.

7. Коньсбаева К.Е. Клиническое течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей в амбулаторно-поликлинических условиях // Вестник КазНМУ. — 2013. — № 3. — С. 23-27.

Получено 11.11.13 □

Запорожченко А.Г., Гладкий О.П., Довбиш О.В., Спахи О.В.
Запорізький державний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПЕРФОРАТИВНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ

Резюме. Аналізу піддано 52 хворих віком від 14 до 17 років із перфоративною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки, які оперувалися лапароскопічним і відкритим способами. Встановлено, що перфоративні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки в дітей виникають раптово, характеризуються відсутністю «виразкового анамнезу» і маніфестною клінікою гострого перитоніту в 77 % дітей. Максимальна ефективність діагностики перфоративних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки досягається при використанні комплексної діагностичної програми, що включає поетапне проведення діагностичних заходів із урахуванням їх роздільної здатності в кожному конкретному випадку.

Ключові слова: перфоративні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, клінічний перебіг, діти.

Zaporozhchenko A.G., Gladky A.P., Dovbysh O.V., Spakhi O.V.

Zaporizhya State Medical University, Zaporizhya, Ukraine

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF PERFORATED ULCERS OF STOMACH AND DUODENUM IN CHILDREN

Summary. We examined 52 patients aged from 14 to 17 years with perforated ulcer of stomach and the duodenum, operated using laparoscopic and open ways. It is established, that perforated ulcer of stomach and the duodenum in children onset suddenly, the are characterized by absence of «ulcer anamnesis» and clinical picture of acute peritonitis in 77 % of children. Maximum efficiency of diagnosis of perforated gastric and duodenal ulcers is achieved by using a comprehensive diagnostic program that includes the use of phased diagnostic measures in accordance with their resolution in each case.

Key words: perforated ulcers of stomach and duodenum, clinical course, children.