

УДК 616.33-002.44-036-07-089-053.2

**А.А. Переяслов, І.М. Дідух, С.О. Сокольник\*, В.С. Білокопитий\****Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. А.А. Переяслов) Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького; \*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М. Боднар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

## ПЕРФОРАТИВНІ ВИРАЗКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ В ДІТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНЕ АНАЛІЗДОСЛІДЖЕННЯ)

**Резюме.** В статті наведені результати ретроспективного аналізу історій хвороб дітей, хворих на перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділеннях Чернівецької та Львівської міських дитячих клінічних лікарень впродовж 2003-2013 рр.

**Ключові слова:** перфоративна виразка, шлунок, дванадцятипала кишка, діти.

Виразкова хвороба (ВХ), як і раніше, залишається одним з найбільш розповсюджених гастроентерологічних захворювань, на яке страждають до 15% населення [1]. Виявлення нових ланок етіопатогенетичних механізмів виразкоутворення, розробка цілої низки нових ефективних противиразкових препаратів призвело до значного прогресу в лікуванні ВХ та зниження кількості радикальних оперативних втручань. Зусиллями науковців багатьох країн створена патогенетично обґрунтована та ефективна система стандартів у лікуванні захворювання. Однак незважаючи на це, в ургентній дитячій хірургії дедалі частіше трапляються перфоративні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) [2]. Перфорація гастродуоденальної ділянки (ГДД) є грізним ускладненням, яке вимагає негайного оперативного лікування. За статистичними даними частота перфоративних виразок ГДД у дорослих сягає близько 15% від усіх випадків ВХ. Серед дитячого населення перфорації трапляються дещо рідше, однак діагностуються і перебігають тяжче, що є актуальним і до сьогодні [3].

Незважаючи на широке використання радикальних операцій на основі різних видів ваготомій, ушивання перфоративної виразки ГДД залишається найбільш розповсюдженою операцією у підлітків. Простота виконання з відносно малою травматичністю, можливість виконання в умовах перитоніту, більш сприятливий перебіг післяопераційного періоду та віддалених результатів цього втручання доведені столітньою практикою хірургів [4].

Останнім часом широко впроваджується відеолапароскопічна техніка хірургічного ліку-

вання перфоративних виразок ГДД, що ліквідувало безодню між мінімізацією втручання та травматичністю доступу [1, 5].

Слід зазначити, що в дітей відсутній алгоритм дій при діагностиці та немає чіткої концепції реабілітації у післяопераційному періоді після ушивання перфоративної виразки шлунка та/або ДПК. Ці обставини сприяють відновленню дискусії з питань діагностики та ефективності існуючих способів хірургічного лікування перфоративної виразки ГДД в дитячому віці. Оскільки, своєчасна діагностика та адекватна лікувальна тактика ведення хворих на ранній стадії захворювання дозволить досягти швидкого одужання. Тому, необхідним є аналіз частоти даної патології серед дитячого населення та вивчення ефективності хірургічної тактики.

**Мета дослідження:** з'ясування частоти та структури перфоративних виразок ГДД в дітей на основі проведення ретроспективного аналізу медичної документації.

**Матеріал і методи.** Нами проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих 18 дітей, які знаходилися на лікуванні в хірургічних відділеннях Чернівецької (11 дітей) та Львівської (7 дітей) міських дитячих клінічних лікарень з приводу перфоративної виразки ГДД з 2003 р. по 2013 р. Всі хворі були чоловічої статі. Поступали в ургентному порядку з попереднім діагнозом “гострий живіт” або перитоніт. При поступленні хворим проводили загальноклінічні обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові), а також інструментальні (оглядова рентгенографія та УЗД

© Переяслов А.А., Дідух І.М., Сокольник С.О., Білокопитий В.С., 2014

органів черевної порожнини (ОЧП), ЕФГДС, лапароскопія). Від моменту поступлення і до оперативного втручання проводилась інфузійна терапія. Всім хворим проведена верхньо-серединна лапаротомія з ушиванням перфорації.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

В результаті проведеного аналізу встановлено, що з 18 дітей в клініці дитячої хірургії Чернівецької міської дитячої клінічної лікарні у 5 хворих (28%) була наявна перфорація ДПК, у інших 6 – шлунка (33%), а в Львівській міській дитячій клінічній лікарні у 2 хворих (11%) відмічалась перфорація ДПК, у інших 5 – шлунка (28%). Отже, 39% становили діти з перфорацією ДПК (7 чол.) та 61% – з перфорацією шлунка (11 чол.). Віковий склад пацієнтів коливався від 13 до 17 років. Термін поступлення до 8 год – 14 дітей, до 12 год – 3 дітей, до 24 год – 1 дитина.

Виразковий анамнез був в 2 хворих (11%), спадковий анамнез обтяжений в 2 хворих (11%), в одного пацієнта відмічено вживання анаболічних стероїдів протягом останнього місяця. При поступленні були наступні скарги: різкий біль в животі (в 3 пацієнтів kindжального характеру), блювання, нудота, загальна слабкість, деякі хворі займали вимушене положення. Даним хворим проводились інструментальні обстеження: оглядова рентгенограма ОЧП (12 хворих), УЗД ОЧП (2 хворих), діагностична лапароскопія (1 хворий), ЕФГДС (1 хворий – виявлено непрямі ознаки перфоративної виразки). Двом хворим під час проведення УЗД ОЧП було виключено ознаки перфорації. Одному проводилась діагностична лапароскопія, при якій виявлено ознаки перфорації (мутний випіт в черевній порожнині та знайдено перфоративний отвір по передній стінці дванадцятипалої кишки). У 7 пацієнтів (39%) була наявна клінічна картина перитоніту (напруження передньої черевної стінки, позитивні симптоми подразнення очеревини) та наявність вільного газу в животі на рентгенівському знімку. В 11 пацієнтів (61%) була клінічна картина перитоніту без наявного вільного газу в черевній порожнині.

Виходячи із сучасних уявлень, досвіду багатьох хірургів і наших спостережень, вважаємо, що використання усіх додаткових методів діагно-

стики перфорації тільки збільшує можливості поставити діагноз, таким чином знижує ризик тяжких ускладнень і зменшує передопераційну підготовку хворого. Кожний із методів обстеження має свою діагностичну цінність. При утрудненій діагностиці на сучасному етапі потрібно використовувати лапароскопічні методи. Враховуючи, що всі хворі поступали у клінічно тяжкому стані, після проведення післяопераційної підготовки були в ургентному порядку прооперовані. Під час операції було виявлено, що перфорації шлунка в 12 пацієнтів (67%) перебували в преворотарній та воротарній ділянках по передній стінці, в інших випадках відмічалась виразка ДПК.

У 17 випадках (94%) перфоративні виразки шлунка і ДПК були наслідком гострого, а не хронічного процесу, що підтверджено відсутністю волокнистих трансформацій країв виразки. В 1 випадку була кальозна виразка ДПК, яку було ромбоподібно висічено в межах здорових тканин. Всі перфорації було ушито дворядним швом з перитонізацією пасмом великого сальника. В післяопераційному періоді проводились наступні лікувальні заходи: назогастральна інтубація шлунка, постійна аспірація шлункового вмісту, введення препаратів, що знижують шлункову секрецію, введення внутрішньовенно антибіотиків широкого спектру дії, проведення інфузійної терапії. Всі оперовані хворі одужали.

**Висновки.** 1. Частота перфоративних виразок шлунка в дітей майже в півтора раза вища, ніж перфорація дванадцятипалої кишки. 2. У переважній більшості перфоративні виразки супроводжуються негативним виразковим анамнезом та спостерігаються в осіб чоловічої статі. 3. На перебіг післяопераційного періоду впливає час госпіталізації, тривалість передопераційної підготовки та адекватність обраної хірургічної тактики (при гострій гастродуоденальній перфорації – ушивання без висікання країв, при хронічній – висікання з наступним її ушиванням).

**Перспективи наукового пошуку.** Необхідно провести аналіз віддалених результатів лікування перфоративної виразки гастродуоденальної ділянки в дітей та розробити комплекс профілактично-лікувальних заходів щодо попередження рецидиву ускладнень.

#### Список використаної літератури

1. Лупальцов В.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: хирургическое лечение / В.И. Лупальцов. – К.: Лига-Информ, 2009. – 133 с.
2. Асадов С.А. Хирургическое лечение “трудных” и осложнённых гастродуоденальных язв / С.А. Асадов // Хирургия. – 2002. – № 11. – С. 64-69.
3. Complications of peptic ulcer disease in children and adolescents: minimally invasive treatments offer feasible surgical options. / B.P. Wong, N.S. Chao, M.W. Leung [et al.] // J. Pediatr Surg. – 2006. – V. 41, № 12. – P. 2073-2075.
4. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Ф.С. Кур-

банов, С.А. Домтачев, С.А. Асадов [и др.] // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.* – 2001. – Т. 160, № 4. – С. 17-21. 5. Короткий В.М. Сучасний погляд на хірургічне лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки / В.М. Короткий, І.В. Колосович, Р.Ю. Спицин // *Мистецтво лікування.* – 2003. – № 6. – С. 82-88.

**ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

**Резюме.** В статье представлены результаты ретроспективного исследования историй болезней детей, больных на перфоративную язву желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях Черновицкой и Львовской городских детских клинических больниц в течение 2003-2013 гг.  
**Ключевые слова:** перфоративная язва, желудок, двенадцатиперстная кишка, дети.

**PERFORATED ULCER OF THE GASTRODUODENAL REGION IN CHILDREN (RETROSPECTIVE STUDY)**

**Abstract.** The article presents the results of a retrospective study of case histories of children with perforated ulcer of the stomach and duodenum, who were hospitalized in surgical departments in Chernivtsi and Lviv Municipal Children's Hospitals during 2003-2013.

**Key words:** perforated peptic ulcer, children.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University (Lviv),  
Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 04.03.2014 р.  
Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)