

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Рыбальченко В.Ф.¹, Доманский О.Б.^{1,2}

¹НМАПО имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

²Киевская городская детская клиническая больница № 2, Киев

Введение. Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в педиатрической практике неуклонно растет. В Украине распространенность ЯБЖ составляет $1,6 \pm 0,1$ на 1000 детского населения. Последние данные свидетельствуют, что язвенный процесс у детей в 99% локализован в луковице двенадцатиперстной кишки, в 0,5–0,75% – в желудке, а в 0,25% случаев диагностируют совмещенную локализацию. Наиболее грозными осложнениями являются перфорации желудка и ДПК, что требует срочного оперативного лечения.

Цель работы – определить целесообразность и эффективность диагностических мероприятий и изучить результаты оперативного лечения язвенной болезни у детей.

Материал и методы исследования. Анализу подверглись 18 пациентов в возрасте от 13 до 17 лет с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, находившиеся в хирургическом отделении Киевской городской детской клинической больницы №2 в период с 2009 по 2014 год. Девочек было 4 (22,3%), мальчиков – 14 (77,7%).

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение в экстренном порядке. Общее состояние при поступлении расценено как тяжелое в 14 и средней степени тяжести в 4. Средняя давность заболевания у всех пациентов составила до шести часов. В 85% детей «язвенный анамнез» отсутствовал. Семнадцать пациентов (94,4%) имели тотальные перитонеальные симптомы, а у одного локальные в эпигастральной области. Рентгенография органов брюшной полости показала наличие свободного воздуха в поддиафрагмальном пространстве у 14 пациентов (77,7%). Четырём пациентам (22,3%) было выполнено гастроскопическое исследование, а после исследования при повторной рентгенографии был свободный воздух в брюшной полости под диафрагмой. При гастроскопии язва была обнаружена у 3 пациентов. Верхне-срединная лапаротомия была выполнена 17 (94,4%) пациентам, а у одного ребенка была клиника острого аппендицита и оперативные вмешательства начинали с поперечного доступа в правой подвздошной области. Перфорации ДПК наблюдались у 6 (33,33%) детей, а язвы локализовались у верхней части (pars superior). У 7 (38,88%) детей перфоративные язвы локализовались в области пилорического отдела желудка. Перфоративные язвы желудка имели 5 (27,79%) пациентов, а язвы располагались по передней поверхности, на большой кривизне – 3, а на малой кривизне у 2. Размеры перфорати-

вних язв были в пределах от 3 до 9 мм в диаметре без склеротического циркулярного валика. Учитывая состояние раневой поверхности язвы, иссечения краев раны не проводилось. Язвы ушивались двухрядными швами с декомпрессией желудка и ДПК (постановка назогастрального зонда в желудок и пилорический его отдел). Учитывая тот момент, что при перфоративной язве желудка и ДПК в брюшной полости возникает химический ожог брюшины за счет соляной кислоты и желчи – тактика была следующей. У всех пациентов был проведен лаваж брюшной полости физиологическим раствором в объеме 10–12 литров с целью удаления последнего и минимизации влияния на брюшину. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартное протокольное лечение язвенной болезни. Все они в удовлетворительном состоянии выписаны из клиники. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. В течение первых трех лет проводили курсами противоспаечную терапию. В отдаленном периоде всем пациентам проведено эндоскопическое исследование в течение от 6 месяцев и года – язвы зажили, а рецидивирующий абдоминальный синдром больше не беспокоит. Пациенты развиваются согласно возрасту.

Выводы. Диагностика перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки достигается при использовании комплексной диагностической программы: обзорной рентгенографии в вертикальном положении пациента, а при необходимости гастроскопии. Наличие перфорации является показанием к проведению лапаротомии с ушиванием дефекта желудка или двенадцатиперстной кишки, с последующим промыванием брюшной полости физиологическим раствором для минимизации воздействия соляной кислоты и желчи на брюшину.

Литература:

1. Атлас детской оперативной хирургии /под ред. П.Пури, М.Гольварта; пер. с англ.; под общ. ред. проф. Т.К.Немиловой. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 648с.: ил
2. Ашкрафт К.У. , Холдер Т. М. Детская хирургия. СПб., 1997. – Т.1–3.
3. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей: – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 464 с.
4. Сушко В. І. та співав. Хірургія дитячого віку. Київ «Здоров'я», 2009. – 740с.