



New Day in Medicine  
Новый День в Медицине

NDM



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
Н.Н. ЗОЛОТОВА  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**10 (60)**

**2023**

*октябрь*

*Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.*

**УДК 616.33/002.45-035.7-053.4**

## **ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

<sup>1</sup>Жанна У. Тастанбекова<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-5617-3838>

Василий М. Лозовой, <https://orcid.org/0000-0003-3091-8202>

Галымжан Б. Бураев, <https://orcid.org/0000-0002-2536-9547>

<sup>2</sup>Асем Р. Шакеева, <https://orcid.org/0000-0003-3391-3263>

<sup>1</sup>НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, ул. Бейбітшілік 49а, 010000, электронный адрес [tastanbekova\\_doc@mail.ru](mailto:tastanbekova_doc@mail.ru) телефон 8-701-464-53-56

<sup>2</sup>Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

✓ *Резюме*

*Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки являются редкими причинами перитонита у детей. В медицинской литературе описаны лишь несколько случаев. Это неотложное хирургическое состояние, которое при поздней или неправильной диагностике и тактике лечения может привести к летальному исходу. Мы описываем случай 4-летнего мальчика с клинической картиной разлитого перитонита. При хирургическом вмешательстве выявлена перфорация пищеводного отдела желудка. Проведено ушивание язвы желудка с оментопексией. Послеперационный период протекал гладко. В клинической практике детским хирургам следует учитывать наличие перфоративной язвы гастроудоденального отдела при дифференциальной диагностике с другими хирургическими заболеваниями, особенно при состояниях с пневмоперитонеумом.*

**Ключевые слова:** дети, язва желудка, перфорация, перитонит, пневмоперитонеум.

## **4 ЖАСАР БАЛАДА АСҚАЗАННЫң ТЕСІЛГЕН ОЙЫҚ ЖАРАСЫ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ СИПАТТАМАСЫ**

<sup>1</sup>Жанна О. Тастанбекова, <https://orcid.org/0000-0002-5617-3838>

Василий М. Лозовой, <https://orcid.org/0000-0003-3091-8202>

Галымжан Б. Бураев, <https://orcid.org/0000-0002-2536-9547>

<sup>2</sup>Асем Р. Шакеева, <https://orcid.org/0000-0003-3391-3263>

<sup>1</sup>«Астана медицина университеті» ҰАО, Астана қ., көш. Бейбітшілік 49а, 010000, электрондық мекенжай [tastanbekova\\_doc@mail.ru](mailto:tastanbekova_doc@mail.ru) телефон 8-701-464-53-56

<sup>2</sup>«Астана медицина университеті» коммерциялық емес акционерлік қоғамы, Астана, Қазақстан

✓ *Rezutite*

*Асқазан мен он екі елі ішектің перфорациялық жаралары – балаларда кездесетін перитониттің сирек себептерінің бірі болып табылады. Медициналық әдебиеттерде бұл жайлы тек бірнеше жағдай сипатталған. Егер кеші немесе дұрыс диагноз қойылмаса және емдеу тактикасы дұрыс таңдалмаса, өлімге әкелуі мүмкін жедел хирургиялық жағдай болып саналады. Біз жайылмалы перитониттің клиникалық көрінісі бар 4 жасар баланың жағдайын сипаттаймыз. Хирургиялық ота жасау барысында асқазанның пишорикалық болігінің перфорациясы анықталды. Асқазан жарасын тілгі мен оментопексия жүргізілді. Операциядан кейінгі кезең бірқалыпты өтті. Клиникалық тәжірибеде балалар хирургтары пневмоперитонеум кезінде басқа да хирургиялық аурулармен дифференциальді диагностика жүргізу барысында гастроудоденальді бөлімнің перфорациялық жараларының болуы мүмкіндігін ескеруі керек.*

**Түйін сөздер:** балалар, асқазан жарасы, перфорация, перитонит, пневмоперитонеум.

## PERFORATED GASTRIC ULCER IN A 4-YEAR-OLD CHILD: DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE

<sup>1</sup>Zhanna U. Tastanbekova, <https://orcid.org/0000-0002-5617-3838>

Vassiliy M. Lozovoy, <https://orcid.org/0000-0003-3091-8202>

Galymzhan B. Burayev, <https://orcid.org/0000-0002-2536-9547>

<sup>2</sup>Assem R. Shakyeva, <https://orcid.org/0000-0003-3391-3263>

<sup>1</sup>NAO “Astana Medical University”, Astana, st. Beybitshilik 49a, 010000, email address tastanbekova\_doc@mail.ru phone 8-701-464-53-56

<sup>2</sup>Non-profit joint-stock company “Astana Medical University”, Astana, Kazakhstan

### ✓ *Resume*

*Perforated gastric and duodenal ulcers are rare causes of peritonitis in children. Only a few cases have been described in the medical literature. This is a surgical emergency that, if diagnosed and treated late or incorrectly, can be fatal. We describe the case of a 4-year-old boy with a clinical presentation of diffuse peritonitis. Surgical intervention revealed perforation of the pyloric part of the gastric. The gastric ulcer was sutured with omentopexy. The postoperative period proceeded smoothly. In clinical practice, pediatric surgeons should take into account the presence of a perforated gastroduodenal ulcer in differential diagnosis with other surgical diseases, especially in conditions with pneumoperitoneum.*

**Key words:** *children, gastric ulcer, perforation, peritonitis, pneumoperitoneum.*

### Актуальность

Актуальность язвенной болезни в детском возрасте в последние годы увеличивается и связана с ее нарастающей распространностью, хроническим течением и возможностью опасных для жизни осложнений [8,9,10,13]. По данным российских авторов, распространность язвенной болезни 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. [1]. В структуре осложнений превалирует кровотечение (70%), перфорации (15%), реже – стенозы (10%), и пенетрации язвы (5%) [12,13]. Кроме того, из особенностей современного течения язвенной болезни у детей также отмечено нивелирование сезонности обострений и их бессимптомное течение у большей части больных. Распространенность язвенной болезни составила 8,1% у детей, которым проведена эзофагогастродуоденоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта по поводу болей в животе, причем большинство из них были мальчиками старше 10 лет [8,9,10,12,13].

Основными факторами риска в детском возрасте были определены инфекция *Helicobacter pylori* и прием нестероидных противовоспалительных препаратов [4,5]. У детей острое течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается редко, а их перфорация является наиболее серьезным и опасным для жизни осложнением [4,5]. Оперативное лечение детей с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки выполняется по экстренным показаниям при развитии клинических проявлений «острого живота» [9,10].

Основными причинами перитонита в детском возрасте являются деструктивные формы острого аппендицита, но при обнаружении свободного газа в брюшной полости, необходимо учитывать возможность перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [9,10].

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

**Цель исследования:** представление описания клинического случая пациента, ребенка 4 лет, с перфорацией язвы пилорического отдела желудка, как редкой причины перитонита у детей.

### Клинический случай

Ребенок М., 4 года, поступил экстренно в отделение экстренной хирургии в ГКП на ПХВ «Многопрофильная детская клиническая больница №2» г. Астана (Казахстан) 2 декабря 2022 года имеется информированное согласие родителей на проведение лечебных манипуляций, а

также согласие на освещение результатов лечения в открытой печати, без предоставления персональных данных.

У мальчика, со слов мамы, появились острые боли в животе и рвота 1 раз, длящиеся 6 часов до поступления в стационар. В анамнезе в течение 4 дней ребенок получал амбулаторное лечение у педиатра по поводу острой респираторной вирусной инфекции, а именно нестероидные противовоспалительные средства с жаропонижающей целью ибупрофен в дозировке 100 мг 3 раза в день, орошение носа и зева раствором натрия хлорида 0,9% 4-5 раз в день.

При первичном осмотре состояние ребенка тяжелое, за счет выраженных симптомов интоксикации и болевого абдоминального синдрома. Отмечалась гипертермия выше 38,2°C, тахикардия 115 ударов в минуту и тахипноэ 29 в мин. Живот умеренно вздут с резкой болезненностью во всех отделах и напряжением мышц передней брюшной стенки.

Лабораторные исследования показали количество лейкоцитов 11,8\*10/мл (в норме 4.3 - 9.5), с преобладанием сегментоядерных нейтрофилов 69% (в норме 25-60), лимфопенией 17% (в норме 25-60), гемоглобин (HGB) в крови 104.0 г/л (в норме 120 – 140), гематокрит (HCT) в крови 29.7 % (в норме 32 – 42), повышение СОЭ до 35.0 мм/час. Биохимический анализ крови - общий белок в сыворотке крови 56.4 г/л (в норме 65 – 85), калий в сыворотке крови 2.78 ммоль/л (в норме 3.5 - 5.1), натрий в сыворотке крови 130 ммоль/л (в норме 136 – 146), глюкоза в сыворотке крови 10 ммоль/л (в норме 3.3 - 5.5), определение «С» реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови 6.80 мг/л (норма - ниже 7). Результат бактериологического посева из брюшной полости – отрицательный.

Рентгенограмма брюшной полости в положении стоя показала наличие свободного воздуха в брюшной полости (Рисунок 1).



Рисунок 1- Рентгенограмма брюшной полости в вертикальном положении, с захватом основания легких, показывает пневмоперитонеум под правой и левой частью диафрагмы.

Короткий сегмент аддинамической кишечной непроходимости (паретическая кишка)

Figure 1 - Erect abdominal X-ray covering the lung bases showing pneumoperitoneum beneath the right and left hemidiaphragm. Short segment of adynamic ileus (sentinel loop)

УЗИ брюшной полости показало наличие свободной жидкости в брюшной полости в большом количестве (в правой подвздошной области высотой до 29 мм, в правом мезагастрии, межпетельно до 10 мм и в малом тазу до 28 мм локализуется свободная жидкость). Проведена предоперационная подготовка в течение 1 часа, в виде инфузационной терапии 250 мл натрия хлорида 0, 9%, перед операцией назначены антибиотики широкого спектра действия (цеф 3+метронидазол). Учитывая наличие симптомов перитонита проведена экстренная диагностическая лапароскопия брюшной полости. В брюшной полости обнаружено большое количество серозной жидкости темно-зеленого цвета, аспирировано 60 мл. По передней стенке пилорического отдела желудка обнаружена перфорация размером почти 1 см., с ровными краями. Края язвы не были инфильтрированы, как при перфорации язвы у взрослых (Рисунок 2).

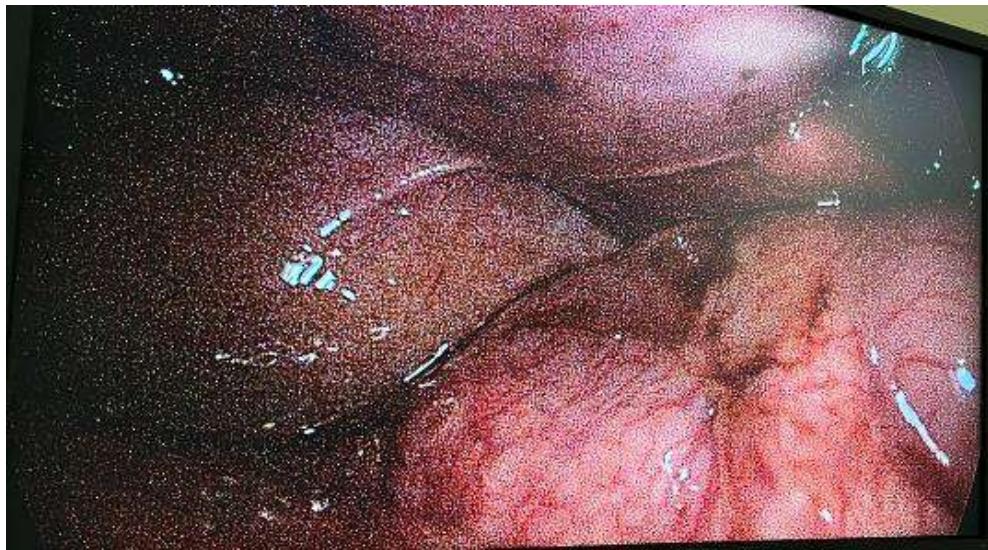


Рисунок 2- Интраоперационный вид перфоративной язвы антрального отдела желудка при диагностической лапароскопии

*Figure 2 - Intraoperative view showing a gastric perforation of the antrum during diagnostic laparoscopy*

Двенадцатiperстная кишка и другие органы брюшной полости в норме. Далее проведена конверсия с переходом на лапаротомию верхнесрединным доступом. Перфорацию язвы ушили 4 узловыми серозно-мышечными викриловыми швами 3-0 с дальнейшей оментопексией близлежащей частью сальника (Рисунок 3).

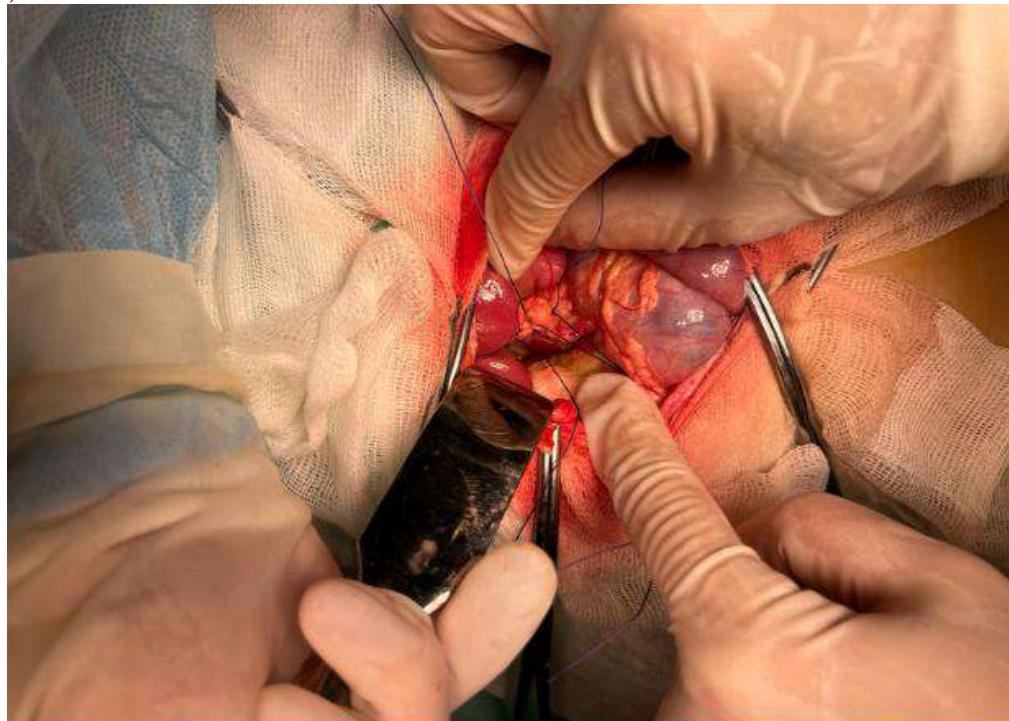


Рисунок 3 – Интраоперационный вид в конце операции ушивания перфорации с оментопексией

*Figure 3 - Intraoperative view at the end of surgery after closure of the perforation with omentopexy*

После промывания брюшной полости до чистых вод и установки страховых дренажей в подпеченочное пространство и полость малого таза, брюшную полость ушили наглухо. Послеоперационный период протекал гладко. В послеоперационном периоде продолжена антибактериальная терапия в комбинации с ингибиторами протонной помпы - омепразола. При бактериологическом исследовании выпота из брюшной полости патологическая флора не выделена. Назогастральный катетер был удален на 3-й день после операции и пероральное питание было постепенно восстановлено без каких-либо проблем.

Анализ сыворотки крови на антитела к *Helicobacter pylori*, проведенный после операции, дал отрицательный результат.

На 8-й день после операции пациент был выписан на амбулаторное лечение на пероральный прием омепразола в дозе 20 мг ежедневно в течение 2 недель. Рекомендовано наблюдение детского гастроэнтеролога амбулаторно по месту жительства, через 2 месяца проведение исследования - эзофагогастродуоденоскопия.

### Обсуждение

Язва представляет собой дефект слизистой оболочки, достигающий мышечного и даже серозного слоя; в отличие от язв, эрозии поверхностны и затрагивают только слизистую оболочку. Различают острые и хронические язвы. Острые имеют округлую или овальную форму, размеры от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, края язвы отечны, гиперемированы, дно выстлано фибрином. Хронические язвы могут быть округлой, треугольной или неправильной формы, могут быть воронкообразными, края и дно язвы уплотнены за счет соединительной ткани (каллезная язва). При заживлении язвы на месте мышечного слоя развивается соединительная ткань, вновь образующийся эпителий располагается на рубцовой, бедной сосудами ткани, поэтому язва может образоваться в том же месте повторно. Заживление острой язвы может быть без образования рубца, хронической — всегда с образованием рубца, часто с деформацией органа.

Гистологически в области дна язвы в острый период определяется зона фибринOIDного некроза, ограниченного грануляционной тканью. Обнаруживаются фибринOIDные изменения и воспалительная инфильтрация стенок сосудов, тромбоз. Язва всегда сопровождается активным воспалением окружающих тканях — гастродуоденитом [3].

Язвенная болезнь у детей возникает по разным причинам, однако, наиболее частые причины, это язвенная болезнь, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, и, ассоциированная с нестероидными противовоспалительными препаратами.

*H. pylorus* — это грамотрицательная палочка, которая обнаруживается в эпителиальных клетках желудка. Эта бактерия ответственна за 90% язв двенадцатиперстной кишки и от 70% до 90% язв желудка. Инфекция *H. pylori* чаще встречается у лиц с более низким социально-экономическим статусом и обычно передается в детстве. Организм обладает широким спектром факторов вирулентности, позволяющих ему прилипать к слизистой оболочке желудка и вызывать воспаление. Это приводит к гипохлоргидрии или ахлоргидрии, что приводит к язве желудка [2,6,9,10,11].

Использование нестероидных противовоспалительных препаратов — вторая по частоте причина язвенной болезни после инфекции *H. pylori*. Секреция простагландинов обычно защищает слизистую оболочку желудка. НПВП блокируют синтез простагландинов, ингибируя фермент ЦОГ-1, что приводит к снижению выработки желудочной слизи и бикарбоната, а также к снижению кровотока через слизистые оболочки [2,8,9,11].

Признаки язвенной болезни у ребенка могут различаться в зависимости от локализации заболевания и возраста. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки можно дифференцировать по времени появления симптомов в связи с приемом пищи. Ночная боль часто встречается при язве двенадцатиперстной кишки. Дети с обструкцией выходного отверстия желудка обычно сообщают о вздутии живота или переполнении [3].

Диагностика язвенной болезни желудка у ребенка требует сбора анамнеза, физического осмотра и инвазивных / неинвазивных медицинских тестов. Необходимо собрать тщательный анамнез и отметить наличие каких-либо осложнений. Сообщения детей о боли в эпигастральной области живота, раннем насыщении и чувстве насыщения после еды вызывают подозрение на язвенную болезнь. Боль при язве желудка усиливается через 2–3 часа после еды и может привести к потере веса, тогда как боль при язве двенадцатиперстной кишки уменьшается после еды, что может привести к увеличению веса. Любой ребенок с анемией, меленой, гематемезисом или потерей веса должен быть дополнительно обследован на предмет осложнений ЯБ, преимущественно кровотечения, перфорации или рака. Медицинский осмотр может выявить болезненность в эпигастральной области живота и признаки анемии [3].

У детей острое течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается редко, а их перфорация является наиболее серьезным и опасным для жизни осложнением. Оперативное лечение детей с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки выполняется по экстренным показаниям при развитии клинических проявлений «острого живота». Основными причинами перитонита в детском возрасте являются деструктивные формы острого

аппендицита, но при обнаружении свободного газа в брюшной полости, необходимо учитывать возможность перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [1,4,5,7,13].

Острое начало заболевания и тяжесть состояния больных диктует необходимость экстренной лапароскопии или лапаротомии, в ходе которых уточняется диагноз и определяется вид оперативного вмешательства. Клиническая картина и диагностика перитонита у детей в большинстве случаев не вызывает трудностей, в то время как этиологическая причина не всегда ясна для детского хирурга, вследствие этого, необходимо более тщательно собирать анамнез заболевания пациента. У нашего пациента причину возникновения язвы можно связать с приемом нестероидных противовоспалительных средств.

Перфорация-тяжелое острое осложнение язвенной болезни, обычно проявляется внезапно возникшей сильной "кинжалной" болью в эпигастрии, тошнотой, сопровождающейся доскообразным напряжением мышц передней брюшной стенки, затем боль опускается вниз, общее состояние больного прогрессивно ухудшается, рвота не приносит облегчения, появляется субфебрильная температура тела [1,2,3].

Основным методом диагностики является обзорный рентген брюшной полости, на котором определяется свободный газ над печенью. Перфорация является показанием к экстренной операции [3].

Это заболевание можно наблюдать в любом возрасте, но чаще всего встречается в возрасте после 12 лет и чаще встречается у подростков мужского пола. Исследование 20 случаев перфоративной пептической язвы у детей, опубликованное Yan X. at al, показали, что более 80 % пациентов были мужчинами, а 90 % - подростками (в возрасте 14–18 лет) [14]. Перфорация язвы желудка у детей встречается значительно реже по сравнению со взрослыми пациентами. В большинстве случаев в анамнезе имеется уже выявленная язва и, в основном, локализующаяся в двенадцатиперстной кишке [7,11]. Наш клинический случай отличается от большинства случаев нехарактерным ранним возрастом (4 года) и отсутствием предыдущего язвенного анамнеза, отрицательным анализом на *Helicobacter pylori*. Клиническая картина перфорации язвы проявляется в виде картины разлитого перитонита и отражает тяжелое состояние пациента с наличием выраженных симптомов интоксикации, тахикардии, тахипноэ, высокой гипертермией. Наличие свободного газа под диaphragмой на обзорной рентгенограмме брюшной полости в вертикальном положении должно указывать на эту патологию. Лечение перфорации язвы заключается в хирургическом ушивании дефекта желудка [11,12]. Экстренная операция проводится после интенсивной предоперационной подготовки как можно в ранние сроки. Основная задача детского хирурга – это правильно выставить диагноз и выбрать наиболее подходящую хирургическую тактику лечения пациента. Там, где это возможно, лапароскопия позволяет хирургу поставить верный диагноз и провести ушивание язвы, малоинвазивно, с более коротким сроком пребывания пациента в стационаре. В нашем случае из-за отсутствия технического оснащения для лапароскопического ушивания язвы, мы были вынуждены выполнить лапаротомию. Ушивание перфорации язвы с оментопексией или без нее является одним из наиболее часто используемых методов лечения [11,12]. Для снижения риска рецидива язвы и ее осложнений у этих пациентов рекомендуются ингибиторы протонной помпы в течение 8 недель в сочетании с лечением антибиотиками *H. pylori* при обнаружении (амоксициллин и кларитромицин). Эндоскопическое исследование должно быть рекомендовано провести в послеоперационной периоде, для профилактики рецидива перфорации язвы желудка [11,12].

Таким образом, среди экстренно оперированных больных в детском возрасте на долю пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки приходится не менее 1%, но о наличии этого состояния должен помнить любой детский хирург, работающий в экстренной хирургии. В клинической картине заболевания превалируют внезапные симптомы «острого живота» в брюшной полости в виде выраженного болевого абдоминального синдрома. При отсутствии свободного газа на рентгенографии брюшной полости рекомендуется проведение ЭФГДС. Это состояние является тяжелым и может иметь летальный исход. Экстренная операция показана во всех случаях. «Золотым» стандартом оперативного вмешательства является лапароскопическое ушивание желудка [11,12]. Среди ограничений для лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки отмечают размеры перфорации, выраженность перифокального воспаления, а также распространенность перитонита. В послеоперационном периоде необходимо дообследовать ребенка и, если обнаружена *H. pylori*, адекватное эрадикационное лечение поможет избежать рецидива язвенной болезни гастродуоденального тракта. Так как перфоративная язва гастродуоденального тракта у пациентов имеет 30% летальность [2,3], ранняя диагностика и своевременное лечение имеет решающее значение в снижении этого показателя.

Диспансерное наблюдение осуществляется пожизненно, в первый год после обострения язвенной болезни оно осуществляется 4 раза в год, со второго года - 2 раза в год. Основным методом динамического наблюдения, кроме опроса и осмотра, является эндоскопический. Следует также оценивать в динамике инфицированность НР и добиваться эрадикации [2,3].

### **Вывод**

Учитывая наше описание редкого клинического случая у ребенка 4 лет, при наличии клинической картины перитонита, при поступлении ребенка в хирургический стационар, необходимо помнить о таких редких причинах «острого живота», как перфорация язвы желудка и двенадатиперстной кишки. Наличие свободного газа в брюшной полости является частой рентгенологической находкой в этих случаях.

Необходимы дальнейшие исследования вопросов этиологии, патогенеза и эффективного лечения язвенной болезни у детей дошкольного возраста.

Представленная информация полезна для детских хирургов, детских гастроэнтерологов, педиатров.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Данный материал для публикации в другие издания ранее не подавался.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Гаврилюк В.П., Закутаева Л.Ю., Северинов Д.А., Овчаренко А.М. Перфорации верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей. Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 87-летию Курского государственного медицинского университета (4 февраля 2022 года) стр. 420-424
2. 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;5(4):44-48.
3. Шабалов Н.П.. Детские болезни: Учебник для вузов. 6-е изд. В двух томах. Т. 1. — СПб.: Питер, 2011;684-700.
4. Abdelouhab Ammor, Siham Nasri, Maria Rkain and Houssain Benhaddou. Perforated Gastric Ulcer: An Unusual Cause of Peritonitis in Children. //Afr J Paediatr Surg. Jul-Dec 2020;17(3-4):115-118.
5. Akalonu A, Yasrebi M, Molle Rios Z. Spontaneous gastric perforation in two adolescents. //Am J Case Rep. 2016;17:694-698.
6. Ángel Lanas, Patricia Carrera-Lasfuentes, Yolanda Arguedas at all, Risk of upper and lower gastrointestinal bleeding in patients taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, or anticoagulants. Clin Gastroenterol Hepatol. May 2015;13(5):906-1202. doi: 10.1016/j.cgh.2014.11.007. Epub 2014 Nov 14.
7. Hattingh G. at all. Duodenal perforation in the pediatric population: two rare cases at a small community hospital. // Journal of Surgical Case Reports. 2020;11:1-3.
8. Jia Qing Huang 1, Subbaramiah Sridhar, Richard H Hunt Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. Meta-Analysis Lancet. 5 Jan 20025;59(9300):14-22. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07273-2.
9. Kalach N, Bontems P, Koletzko S, Mourad-Baars P, Shcherbakov P, Celinska-Cedro D, et al. Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study. // Eur J Gastroenterol Hepatol. 2010;22:1174–1181.
10. Mechu Narayanan, Kavya M. Reddy, Elizabeth Marsicano. Peptic Ulcer Disease and Helicobacter pylori infection. Mo Med. May-Jun 2018;115(3):219-224.
11. Morrison S, Ngo P, Chiu B. Perforated peptic ulcer in the pediatric population: A case report and literature review. // J Pediatr Surg Case Rep. 2013;1:416–419.
12. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. // Lancet. 2015;386:1288-1298.
13. Vasuki R, Arun PS, Moothedath RM. A rare case of spontaneous gastric perforation in an adolescent. // Int Surg J. 2018;5:3171-3174.
14. Yan X. et al. Gastroduodenal perforation in the pediatric population: a retrospective analysis of 20 cases. //Pediatric surgery international. 2019;35(4):473-477.

**Поступила 20.08.2023**