Эргашев Н.Ш., Саматов О.С., Маркаев А.Я, Хуррамов Ф.М., Назаров Н.Н.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введение. Острые кровотечения в просвет пищеварительного канала у детей встречаются довольно часто. Летальность достаточно высока и достигает 4,5%. К сожалению, в последние годы отмечен рост гастроэнтерологической патологии, которая сопровождается развитием острых кровотечений в просвет пищеварительного канала. Это прежде всего связано с увеличением возрастного ценза больных в педиатрической практике. Задачей первостепенной важности является идентификация источника кровотечения, а также проведение комплекса мероприятий по его остановке и достижению стабилизации состояния больного.

Цель работы – анализ результатов комплексной диагностики и лечения кровотечений из нижних отделов ЖКТ у детей.

Материал и методы. В работу вошли результаты клинико-лабораторного, рентгенологического и инструментального обследования 296 детей в возрасте от периода 3 мес. до 18 лет, находившихся в клинической базе кафедры Госпитальной детской хирургии ТашПМИ за последние 7 лет, с синдромом кровотечения из нижних отделов ЖКТ. Для определения причины кровотечения использовали комплекс диагностических мероприятий: клинико-лабораторные обследования, эндоскопические методы диагностики (фиброэзофагогастродуо-деноскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия, лапароскопия), рентгенологические методы исследования и другие.

Результаты и их обсуждение. Контингент больных было представлено следующим образом: ***1) 57 ребенка с тонкокишечным кровотечением:*** кровотечение из пептической язвы дивертикула Меккеля – 4; дивертикул Меккеля осложненной инвагинацией – 7; болезнь Крона – 7; удвоение тонкой кишки – 2; осложнённые формы острой кишечной инфекции – 20; тонкокишечная инвагинация – 8; инородное тело тонкой кишки – 3; травматическое повреждение тонкой кишки – 1; полип тонкой кишки – 4; Тромбоз мезентеральных сосудов, осложненный кровотечением – 1. ***2) 233 пациента с толстокишечным и прямокишечным кровотечением:*** единичные полипы прямой и ободочной кишки – 41; диффузный полипоз толстой кишки – 1; Синдром Пейтца-Егерса – 2; илеоцекальная и толстокишечная и инвагинация – 42; удвоение толстой кишки – 4; язвенно-эрозивный проктосигмоидит – 54; геморрой – 14; трещина слизистой прямой кишки – 29; неспецифический язвенный колит – 19; химический ожог слизистой прямой кишки H_2O_2 – 14; травма толстой кишки – 1; инородное тело прямой кишки – 2; язвенно-некротический энтероколит – 2; выпадение слизистой прямой кишки осложненное кровотечением – 7. ***3) Кишечное кровотечение неясной этиологии*** встретилось в 6 случаях, что составило 2,02% кровотечений из нижних отделов ЖКТ, что соответствует литературным данным.

Кровотечение на почве пептического изъязвления слизистой дивертикула Меккеля встретилось среди наблюдаемых больных у 4 детей. Основным признаком заболевания являлись повторяющиеся кровотечения с нарушением гемодинамики (3 пациента). Каловые массы при этом приобретали темно-вишневый цвет либо имели вид смородинового желе. У одного ребенка кровотечение, помимо кишечника, было отмечено и в брюшную полость

из язвы дивертикула. Все эти пациенты были оперированы в ургентном порядке. Осложнений, летальных исходов не отмечалось.

В отличие от всех случаев тонкокишечной инвагинации у детей, при которых наблюдались кровянистые выделения в виде малинового желе, что являлось постоянным симптомом, у включенных в клиническую группу 3 пациентов наблюдалось массивное кровотечение. Это не позволило на начальных этапах диагностики предположить инвагинацию кишечника. Диагностический поиск отталкивался от факта наличия какого-либо другого источника кровотечения. После оперативного лечения наступило выздоровление.

В нашей клинической практике у одного ребенка при синдроме Ледда на 3-сутки после радикальной операции (операция Ледда) наблюдался обильное кровотечение из ануса. На основе комплекса диагностических мероприятий установлен диагноз – мезентериальный тромбоз. Ребенок повторно оперирован, на 3 сутки после операции ребенок умер от полиорганной недостаточности.

Синдром кровотечения при удвоениях тонкой кишки у детей наблюдался в редких случаях – у 2 больных. Диагноз тонкокишечного удвоения в обеих случаях установлен при помощи УЗИ: характерны специфические эхографические признаки – гиперэхогенный внутренний слой, соответствующий слизистой оболочке и относительно гипоэхогенный наружный слой, образующийся гладкой мускулатурой. В обеих случаях дупликатура находился в подвздошном кишке. Больным выполнено оперативное лечение в объеме резекция участка подвздошной кишки, несущей удвоение, тонко-тонкокишечный анастомоз «конец в конец». Исход оперативного лечения благоприятный на момент выписки.

У 7 больных с болезнью Крона имел место синдром кишечного кровотечения. 5 пациенту произведена резекция илеоцекального угла с наложением илеоасцендо-анастомоза. 2 пациенты лечились консервативно.

С полипами прямой и ободочной кишки наблюдалось 44 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. Одиночные полипы наблюдались у 41 (93,1%) больных, у остальных 3 – множественные (диффузный полипоз толстой кишки – у 1, синдром Пейтца-Егерса, то есть полипоз ЖКТ наследственно-семейного характера – у 2). Полипы прямой кишки диагностировали во время пальцевого ректального исследования или ректороманоскопии и легко удаляли с помощью ректального зеркала путем прошивания и перевязки ножки полипа либо ее диатермокоагуляции. При более высоком расположении полипов в ободочной кишке использовали только диатермокоагуляцию во время фиброколоноскопии. Осложнения в виде послеоперационного кровотечения из ножки удаленного полипа были отмечены у 2 больных. После повторных диатермокоагуляций оно было остановлено. Лапаротомию и колотомию с удалением полипов ободочной кишки выполнили одному пациенту с диффузным полипозом толстой кишки, произведена левосторонняя гемиколэктомия по Соаве. Ребенок выздоровел, рецидив заболевания не наблюдался.

Кровотечение при удвоении толстой кишки у 4 детей. Во всех случаях произведена резекция удвоенной части кишки с наложением анастомоза «конец в конец». Наступило выздоровление.

У 1 ребенка причиной кишечной кровотечения явился геморрагический ангиоматоз толстой кишки (с поражением прямой и начальных отделов сигмовидной кишки). Больному выполнена операция Swenson: резекция участка толстой кишки, несущего гемангиому с наложением наданального анастомоза. Послеоперационный период – гладкий, проведана

консервативная терапия – гемотрансфузии, антибактериальные препараты. Состояние стабилизировалось. Кровотечение остановлено радикально. Больной на 11-е сутки выписан из стационара с удовлетворительными показателями красной крови.

У 7 с выпадением прямой кишки отмечались осложнение в виде кровотечения. Проведенное комплексное консервативное лечение оказались эффективными у 6 больных. Одному больных при неэффективности консервативной и инъекционной склерозирующей терапии потребовалось оперативное лечение по Тиршу. Ребенок контрольно осмотрен через 6 мес. – полное выздоровление.

Большую группу составили больные с трещинами анального канала (29 больных) на почве хронических заболеваний толстого кишечника запоров, обусловленных аномалиями развития толстой кишки. Из них 25 больным проведена комплексная консервативная терапия без рецидивов заболевания. 4 больным проведено оперативное лечение, рецидивов не наблюдали

Дети с эрозивным проктосигмоидитом (54 больные) лечились консервативно с благоприятным исходом.

Из 14 больных с геморроем консервативное лечение было эффективным у 12; 2 больным проведено хирургическое удаление геморроидальных узлов с благоприятным исходом заболевания.

У 6 (2,02%) пациентов причина кишечного кровотечения достоверно не установлена, хотя была предпринята лапаротомия.

Выводы: Диагностика источника кровотечения в просвет пищеварительного канала у детей базируется на клинике. В случае кровотечения из нижних отделов пищеварительного канала производится фиброколоноскопия. Ультразвуковое исследование, компьютерная томография и лапароскопия позволяют уточнить редкую причину кровотечения (удвоение, полипоз, патология печени как причина синдрома портальной гипертензии). Тактика и объем лечения острого кровотечения в просвет пищеварительного канала у детей зависит от этиологии заболевания, данных инструментальных и лабораторных исследований, а также от эффективности проводимой консервативной терапии.