

Эргашев Н.Ш., Саматов О.С., Хуррамов Ф.М., Маркаев А.Я., Аллаберганов И.К.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Детская городская хирургическая клиническая больница №2, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) – одна из актуальных проблем неотложной хирургии. Основные заболевания, являющиеся причиной желудочно-кишечных кровотечений у детей хорошо изучены. Однако в клинической практике мы столкнулись с несколькими наблюдениями длительного диагностического поиска источника желудочно-кишечного кровотечения.

Цель работы – демонстрация трудно диагностируемых причин кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у детей.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2023 гг. в клинической базе кафедры Госпитальной детской хирургии ТашПМИ получали лечение трое детей с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения неясного генеза. Все дети имели длительный анамнез рецидивирующего желудочно-кишечного кровотечения с развитием тяжелой постгеморрагической анемии, требовавшей повторных гемотрансфузий, и были многократно обследованы в стационарах, но без верификации источника кровотечения.

Выполнено комплексное обследование: УЗИ брюшной полости, эндоскопическое обследование (ЭГДС, ректосигмоколоноскопия), МСКТ, рентгенконтрастное исследование ЖКТ.

Результаты. Выбранный диагностический алгоритм позволил выявить источник кровотечения у всех детей. Во всех наблюдениях это были редкие заболевания, требующие дифференцированного подхода к выбору метода лечения.

1. Мальчик, 6,5 лет. Причиной ЖКК явился геморрагический ангиоматоз толстой кишки (с поражением прямой и начальных отделов сигмовидной кишки).

Этиология и патогенез геморрагического ангиоматоза недостаточно изучены, имеются указания, что болезнь передается по аутосомно-доминантному типу. Для генерализованной формы заболевания характерно расположение телеангиэктазий на слизистых и серозных оболочках, коже, внутренних органах (легких, печени, селезенке, почках), в костях. Поражение толстой кишки – редкое наблюдение.

Больному выполнена операция Swenson: резекция участка толстой кишки, несущего гемангиому с наложением наданального анастомоза. Послеоперационный период – гладкий, проведена консервативная терапия – гемотрансфузии, антибактериальные препараты. Состояние стабилизировалось. Кровотечение остановлено радикально. Больной на 11-е сутки выписан из стационара с удовлетворительными показателями красной крови. Последующее наблюдение (в течение года): кишечное кровотечение не отмечено, периодическое носовое кровотечение.

2. Больная М., 12 лет. Поступила в отделение плановой хирургии с направительным диагнозом: «Хронический запор. Рецидивирующий абдоминальный болевой синдром. Рецидивирующее кишечное кровотечение». По результатам МСКТ исследования установлен диагноз: Тубулярное удвоение толстой кишки.

Удвоение желудочно-кишечного тракта представляет собой редкий порок развития



и может локализоваться в любом отделе пищеварительной трубки. Частота встречаемости данного заболевания составляет 1:4500 новорождённых. В большинстве случаев удвоения желудочно-кишечного тракта диагностируются до двухлетнего возраста и встречаются как у девочек, так и у мальчиков с незначительным преобладанием у последних. Дубликации ЖКТ представляют собой кистозные или тубулярные структуры, тесно связанные и имеющие общее кровоснабжение с каким-либо участком пищеварительного тракта. Признаками удвоения являются хорошо развитый слой гладких мышц в стенке дубликации и наличие слизистой оболочки. Тип слизистой оболочки образования, как правило, соответствует отделу ЖКТ, из которого оно исходит, однако эктопированная ткань встречается в 29-35% случаев. Спектр клинических симптомов удвоения ЖКТ крайне разнообразен, и зачастую диагностика заболевания представляет большие сложности для хирурга и зависит от типа дубликации, локализации, размеров, наличия эктопированной слизистой и связи с просветом здорового участка пищеварительного тракта.

Больному проведено оперативное лечение: Лапаротомия. Резекция тубулярной удвоенной части толстой кишки с анастомозом «конец в конец». Колопексия.

Течение послеоперационного периода – гладкое. В анамнезе рецидива ЖКК не было.

3. Больной Н., 2,5 лет, доставлен в больницу с жалобами на периодические боли в животе, эпизоды кровавого стула, припухлости в правой подвздошной области. Из анамнеза известно, что дебют болевой симптоматики отмечен за 5-6 суток до поступления, характеризовался периодическим кровавым стулом, эпигастральной абдоминальгией с последующей постепенной миграцией болей слева направо, сверху вниз в течение суток. При МСКТ исследование выявлен воспалительный инфильтрат в правой подвздошной области. В центре инфильтрата определяется инородное тело продолговатой формы, размерами 2 мм на 40 мм.

Ребенок оперирован с подозрением на осложнение инородного тела в ЖКТ. При ревизии выявлена перфорация зубочисткой в терминальной части подвздошной кишки, проникающая в просвет червеобразного отростка через все слои средней части. Из-за интимного припаяния петель кишечника в зонах перфорации абсцессы не формировались. Операция завершена аппендэктомией, ушиванием перфоративного отверстия подвздошной кишки. Течение послеоперационного периода – гладкое.

Выводы. В ряде случаев причиной желудочно-кишечных кровотечений могут быть редкие заболевания, сложные для диагностики. Комплексное обследование, включающее современные диагностические технологии позволяет установить причину подобных кровотечений и выбрать оптимальную хирургическую тактику.