**КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Наряду с ростом заболеваний органов пищеварения в детском возрасте, наметилась тенденция к увеличению числа осложнений. В последние годы имеет место рост язвенной болезни, у некоторых детей с развитием таких осложнений как перивисцериты, пенетрация, перфорация. Одним из тяжелых осложнений, представляющих реальную угрозу для жизни больного ребенка, являются желудочно-кишечные кровотечения. У детей как и у взрослых насчитывается несколько десятков причин возникновения столь грозного осложнения.

Согласно современным воззрениям, желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) подразделяют на:

.Язвенные

.Неязвенные

.Ложные и

.Неустановленной этиологии.

До недавнего времени считалось, что практически все ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта у детей связаны с язвенной болезнью. Тем не менее, очевиден рост неязвенных по механизму возникновения кровотечений. Соотношение язвенных и неязвенных ЖКК по нашим данным составляет 2 : 1.

Основными причинами язвенных ЖКК являются:

.Острая язва или изъязвления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

.Хроническая язва (язвы) двенадцатиперстной кишки и желудка

.Пептическая язва (язвы) желудочно-кишечного анастомоза.

Неязвенные ЖКК более разнообразны, требуют значительного объема диагностических исследований и лечебных мероприятий. У детей, по нашим данным, причинами неязвенных ЖКК являются портальная гипертензия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эрозивный геморрагический гастрит (дуоденит), полипоз желудка, дуоденальный стаз, так называемые редкие заболевания желудочно-кишечного тракта - синдром Маллори - Вейсса, болезнь Рандю - Вебера - Ослера, синдром Пейтца - Егерса, сосудистые эктазии кишечника и др.

Первостепенное значение приобретает дифференциация язвенных и неязвенных ЖКК, поскольку последние имеют различные патогенетические особенности, трудны в диагностическом плане, отсутствуют единые терапевтические, а также хирургические подходы.

На основании собственных данных установлен ряд диагностических различий язвенных и неязвенных ЖКК.

Основная цель настоящего сообщения - определить структуру, особенности клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики язвенных ЖКК в детском возрасте.

Среди больных преобладали дети с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, значительно реже встречалась язвенная болезнь желудка. Однако на втором месте в структуре кровотечений были острые гастродуоденальные язвы. Особый интерес представляет язвенная болезнь (прежде всего двенадцатиперстной кишки), так как начинаясь в детском возрасте, заболевание приобретает проградиентное течение, может осложняться кровотечением и приводить к ранней инвалидизации. Несмотря на то, что гастроэнтерологические заболевания чаще встречаются у лиц женского пола, кровотечения возникают преимущественно у мальчиков.

Клинические проявления остро возникшего кровотечения у детей с язвенной болезнью характеризовались классической триадой симптомов: кровавой рвотой (48%) чаще по типу "кофейной гущи", меленой (77%), сосудистым коллапсом (65%) различной степени выраженности. Частота внешних или явных признаков была различной. Кровавая рвота как единственный симптом кровотечения встречалась относительно редко ( у 10%). Мелена, напротив, наблюдалась в 4 раза чаще, чем рвота. Одновременное наличие мелены и рвоты было у 38% больных детей.

Имелись особенности кровотечений. Чаще дети поступали в клинику в связи с впервые возникшем ЖКК: однократное кровотечение было у 63% детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, многократное или рецидивное (от 2 до 5 и более раз) - у 37%. Почти у каждого пятого ребенка кровотечение явилось дебютом заболевания, о котором ранее не подозревали больные и их родители. Небезынтересно, что ни один ребенок с однократным кровотечением не получал блокаторы Н2 -рецепторов гистамина (циметидин, зантак и др.).

Скрытое кровотечение, установленное эндоскопически, было у каждого 7-8 ребенка с ЯДПК. У некоторых больных кровотечение протекало столь значительно и стремительно, что это приводило к обморочному состоянию и потере сознания. Считается, что последнее свидетельствует о тяжести ЖКК, независимо от уровня ОЦК.

У каждого 4-го больного отмечался симптом Бергмана, когда на высоте кровотечения либо сразу после него становился доступным пальпации живот. Механизм этого признака не ясен. Предполагается резкое ощелачивание желудочной среды излившейся в полость кровью. Допускается роль регуляторных пептидов, в частности эндогенных опиатов (энкефалинов). Следует отметить выраженные нейро-вегетативные и психо-эмоциональные изменения именно у детей с язвенной болезнью.

Обращало внимание наличие явного или скрытого геморрагического диатеза (21%): тромбоцитопатин, болезни Виллебранда, гемофилии. У одного ребенка с язвенной болезнью, протекавшей относительно нетяжело, имелись повторные ЖКК. Способствовало этому наличие синдрома Элерса-Данлоса. Наиболее тяжелым кровотечение было у мальчика 11 лет с синдромом Золлингера-Эллисона. По витальным показаниям была выполнена операция.

У детей с однократным ЖКК рвота и мелена отмечалась реже, чем при рецидивном характере кровотечения. Потеря сознания, напротив, была реже у больных с повторными ЖКК. Надо полагать, это обусловлено развитием компенсаторных механизмов, а также психологической настроенностью детей, уже перенесших однажды стресс.

Патогенез ЖКК сложный и до сих пор окончательно не установлен. Не вызывает сомнения роль кислотно-пептического фактора, едва ли не самого агрессивного из всех доказанных факторов ульцерогенеза. Обращает внимание высокий уровень базальной желудочной секреции (ВАО), достигавший у некоторых больных 10-12 и даже 15-17 ммоль/л. Показатели ВАО были наиболее высокими в случае локализации источника кровотечения по задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки.

На основании клинико-лабораторных и эндоскопических исследований определены неблагоприятные в прогностическом отношении признаки ЖКК:

."видимый" (аррозированный) сосуд;

.размеры язвы более: 5 мм при дуоденальной локализации, 15 мм - при желудочной локализации;

.локализация язвы: по задней стенке луковицы и по малой кривизне желудка;

.базальная желудочная секреция (ВАО) более 5 ммоль/л;

.геморрагический диатез.

Любое остро возникшее кровотечение требует безотлагательных мероприятий. Это холод, голод и покой. Транспортировка больного только на носилках. Далее в стационаре осуществляется полный лечебно-диагностический комплекс.

При непрекращающемся кровотечении врач-эндоскопист проводит гемостаз эндоскопический, по возможности гемостаз эндоваскулярный, в последние годы получающий все большее распространение в клинической практике. Большое значение имеет гемостаз терапевтический, в частности внутривенное введение факторов свертывания крови, сандостатина (соматостатина), а также блокаторов Н2 -рецепторов гистамина - ранитидина (Зантак) и др.

Для остановки кровотечения используются общеизвестные терапевтические и хирургические методы лечения.

Все дети, перенесшие кровотечение, подлежат этапному лечению и наблюдению. Наряду с диетотерапией, решающее значение принадлежит медикаментозному лечению и прежде всего адекватному выбору антисекреторных лекарственных средств. Это блокаторы Н2 -рецепторов гистамина, включая ранитидин (Зантак).