## Осложнения язвенной болезни у детей на современном этапе. Кровотечение

Болезни органов пищеварения занимают одно из первых мест в структуре соматической заболеваемости как взрослого так и детского населения. Наиболее распространенными являются хронический гастрит и язвенная болезнь (ЯБ) [1-3].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - гетерогенное, хроническое, с различной периодичностью рецидивирующее заболевание, с различными вариантами течения и прогрессирования, у части больных приводящее к серьезным осложнениям [2].

Рис.1.

Распространенность ЯБ в детской популяции значительно колеблется в различных странах мира.

Большинство специалистов сходится во мнении, что ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) выявляется у 81-87% детей, ЯБ желудка (ЯБЖ) - у 11-13% детей, а сочетанная локализация у 4-6% детей [4-7] с данным заболеванием.

Рис.2. Распространенность язвенной болезни у детей в РФ.

Анализ частоты локализаций ЯБ выявил:

у подавляющего большинства детей, страдающих ЯБ в 93,3% диагностируется локализация язвенного дефекта в ДПК, в 6,4% - в желудке, а сочетанная локализация (желудок и ДПК) в 0,28%;

у подростков страдающих язвенной болезнью ЯБДПК диагностируется в 81-87%, ЯБЖ в 11-13%, сочетанная в 4-6%;

Рис 3. Частота локализаций ЯБ у детей. Рис 4. Частота локализаций ЯБ у подростков.

Рис 5. Соотношение частот локализации ЯБ.

Наряду с ростом заболеваний органов пищеварения в детском возрасте, наметилась тенденция к увеличении. Числа осложнений.

Рис.6 Осложнения язвенной болезни.

По данным мировой литературы в последние годы имеет место рост язвенной болезни, у некоторых детей с развитием таких осложнений как первисцериты, пенетрация, перфорация. Одним из тяжелых осложнений, представляющих реальную угрозу для жизни больного ребенка, являются желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК).

Основные причины язвенных ЖКК:

Острая язва или изъязвление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Хроническая язва (язвы) двенадцатиперстной кишки и желудка

Пептическая язва (язвы) желудочно-кишечного анастомоза.

Не стоит забывать о том, что ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта не всегда связаны с язвенной болезнью. Соотношения язвенных и неязвенных ЖКК составляет 2:

1. Причинами неязвенных ЖКК у детей являются портальная гипертензия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эрозивный геморрагический гастрит (дуоденит), полипоз желудка, дуоденальный стаз и так называемые редкие заболевания желудочно-кишечного тракта - синдром Маллори-Вейса, болезнь Рандю-Вебера-Ослера, синдром Пейтца-Егерса, сосудистые эктазии кишечника и др. [8].

Кровотечение возникает в связи с аррозией стенок сосудов. Проявляется яркими клиническими симптомами:

Кровавая рвота (48%): содержимое желудка имеет вид "кофейной гущи" (hematemeses), более характерно для кровотечений из язв желудка. Коричневый цвет рвотных масс зависит примеси от примеси хлоргемина. При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизмененной крови.

Черный дёгтеобразный стул (77%): melena, более характерно для кровотечения из дуоденальной язвы, но может быть и при язве любой другой локализации при кровопотери от 80-200 мл. Черная окраска кала зависит от примеси сернистого железа и свидетельствует о высокой локализации кровотечения.

Внезапная слабость.

Обморок.

Падение артериального давления.

**Особенности:**

1) Чаще дети поступают в клиники в связи с впервые возникшем ЖКК: однократное кровотечение наблюдается у 63% детей с язвенной болезнью ДПК, многократное и рецидивное (от 2-5 и более раз) - у 37%. Почти у каждого пятого ребенка кровотечение является дебютом заболевания, о котором ранее не подозревали больные и их родители [].

2) У каждого 4-го больного отмечается симптом Бергмана, когда на высоте кровотечения либо сразу после него становится доступен 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).

3) Выраженные нейро-вегетативные и психо-эмоциональные изменения. Потеря сознания, встречается реже у больных с повторным ЖКК, что видимо обусловлено психологической настроенностью детей, уже перенесших однажды стресс и развитием компенсаторных механизмов.

**Классификация степени активности кровотечения по Forrest по сути является критериями эндоскопического прогноза рецидива кровотечений:**

**Forrest I. Продолжающееся кровотечение**:

Ia) массивное струйное артериальное кровотечение из крупного сосуда;

Ib) умеренное, когда излившаяся кровь из венозного или малого артериального сосуда быстро заливает источник после ее смывания и стекает по стенке органа широкой струёй; струйное артериальное кровотечение из мелкого сосуда, струйный характер которого периодически прекращается;

Ic) слабое (капиллярное), слабое подтекание крови из источника, который может быть прикрыт сгустком.

**Forrest II. Состоявшееся кровотечение:**

IIa) наличие в источнике кровотечения тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, с большим количеством измененной крови со сгустками или содержимого типа "кофейной гущи";

IIb) видимый сосуд с тромбом коричневого или серого цвета, при этом сосуд может выступать над уровнем дна, умеренное количество содержимого типа "кофейной гущи";

IIc) наличие мелких точечных тромбированных капилляров коричневого цвета, не выступающих над уровнем дна, следы содержимого типа "кофейной гущи" на стенках органа.

**Forrest III. Отсутствие видимых в момент осмотра признаков состоявшегося кровотечения.**

**Классификация по степени кровотечения:**

**I степень** -Легкое кровотечение - потеря крови в количестве более 10% ОЦК (объем циркулирующей крови). Клинически при этом общее состояние больного сравнительно удовлетворительное, сознание сохранено, могут быть легкая тошнота, однократная рвота, познабливание, сухость и солоноватый вкус во рту, бледность кожных покровов, небольшая слабость, склонность к понижению артериального давления.

При **II степени** кровотечения (кровотечение средней степени тяжести - кровопотеря составляет 25 - 30% ОЦК) развивается первая стадия геморрагического шока:

больной несколько возбужден, но находится в сознании;

кожные покровы бледные, конечности холодные на ощупь;

подкожные вены на руках находятся в спавшемся состоянии;

пульс свыше 100 ударов в минуту, артериальное давление понижено до 90 мм рт. ст.;

олигурия.

При кровопотере более 25-45% ОЦК (**III-IV степени)** развивается декомпенсированный, но обратимый геморрагический шок. Такое кровотечение считается тяжелым. Клинически такое кровотечение протекает со следующей симптоматикой:

больной находится в бессознательном состоянии;

кожные покровы очень бледные, покрыты холодным липким потом;

цианоз слизистых резко выражен;

одышка;

пульс нитевидный, частота его больше 140 ударов в минуту, артериальное давление не определяется;

характерна олигоанурия.

Постгеморрагический шок носит черты железодефицитной анемии, которая оказывает, в свою очередь неблагоприятное влияние на функциональность клеток желудка, создавая тем самым порочный круг, способствующий развитию очередных обострений язвенной болезни, а также возникновению повторных кровотечений.

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

"Видимый" (аррозированый) сосуд;

Размеры язвы более 5 мм при дуоденальной локализации, и 15мм - при желудочной локализации;

Локализация язвы по задней стенке луковицы и по малой кривизне желудка;

Базальная желудочная секреция (ВАО) более 5 ммоль/л;

Геморрагический диатез.

За прошедшие 13 лет значительно изменилась частота осложнений течения ЯБДК. Выявлено статистически значимое (р<0,5) снижение частоты ЖКК с 8% в 1995г. До 1,8% в 2008г. За период с 1995 по 2008гг. отмечено также статистически значимое (р<0,2) снижение частоты стенозирования бульбо-дуоденального перехода с 4,35 до 0,5% и рубцовой деформации луковицы ДПК с52% до 16,3%, последнее свидетельствует о более доброкачественном рубцевании язвенного дефекта нежным рубцом [4].

**Тактика действий:**

Любое остро возникшее кровотечение требует безотлагательных мероприятий. Неотложные мероприятия у детей с ЯБ состоят из назначения охранительного режима, голодания и полного покоя. Транспортировка больного только на носилках. Далее в стационаре осуществляется полный лечебно-диагностический комплекс.

Большое значение имеет гемостаз терапевтический, в частности внутривенное введение факторов свертывание крови, сандостатина (соматостатина), а также блокаторов Н2-рецепторов гистамина - ранитидина (зантак), фамотидин и др.

При непрекращающемся кровотечении врач-эндоскопист проводит гемостаз эндоскопический, по возможности гемостаз эндоваскулярный, в поледние годы получающий все большее распространение в клинической практике.

Для остановки кровотечения используют 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).

Для профилактики **рецидивов** обычно назначается:

жесткая диета;

антациды;

блокаторы Н2 рецепторов гистамина;

Кратность диспансерных обследований не меньше 2 раз в год;

кратность эндоскопического исследования не менее 2-3 раз в год или индивидуально

Рис. Частота осложнений ЯБДК с 1995 по 2008 гг.

За прошедшие 13 лет значительно изменилась частота осложнений течения ЯБДК. Выявлено статистически значимое (р<0,5) снижение частоты ЖКК с 8% в 1995г. До 1,8% в 2008г. За период с 1995 по 2008гг. отмечено также статистически значимое (р<0,2) снижение частоты стенозирования бульбо-дуоденального перехода с 4,35 до 0,5% и рубцовой деформации луковицы ДПК с52% до 16,3%, последнее свидетельствует о более доброкачественном рубцевании язвенного дефекта нежным рубцом [4].

## Литература

1. Дорофеев Г.И., Успенский В.М. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте. - М., 1984.
2. Leoci C., Ierardi E.,Chiloiro M. // J. Clin. Gastroenterol. - 1995. - Vol.44, №.2. - 104-109.
3. Tovey F.I. // J. Gastroenterol. Hepatol. - 1992. - Vol.7, №.4. - P.427-431.
4. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология. Новейший справочник. М.: Изд-во Эксмо, 2006: 331-355.
5. Цветкова Л.Н. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей - взгляд с позиции 30-летнего изучения проблемы детской диетологии. 2004; 2 (2): 42-46.
6. Кильдиарова Р.Р., Захарова М.Г. особенности клинических проявлений язвенной болезни у детей на современном этапе. Материалы XIV конгресса детских гастроэнтерологов России. "Актуальные проблемы в абдоминальной патологии у детей". Под ред.В.А. Таболина. М.: ИД Медпрактика - М, 2007.
7. Марченко Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования: руководство для врачей. - Таганрог: Сфинкс, 1997.
8. http://www.varles. narod.ru/leczii/124. htm. Кровотечения у детей с язвенной болезнью.
9. Цветкова Л.Н., Горячева О. А, Нечаева Л.В., Гуреев А.Н. Современное течение язвенной болезни у детей. М: Педиатрия. 2008; 8: 31 - 33.