



EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS FOR GASTROINTESTINAL BLEEDING IN CHILDREN

B.Khamidov

TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE, TASHKENT,
UZBEKISTAN

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15009823>

ARTICLE INFO

Received: 05th March 2025

Accepted: 11th March 2025

Online: 12th March 2025

KEYWORDS

Haemorrhagia, hamatemesis, haemaptysis, melaena, hamatochezia, gastrointestinal tract.

ABSTRACT

The role of timely diagnostics in the complex therapy of patients with gastrointestinal bleeding from the stomach cavity and duodenum and small intestine is studied. The use of immunotropic drugs is recommended, including tablets and injections of polyoxidonium. In most cases, hemostatic therapy ensures stopping the bleeding. In gastrointestinal bleeding with signs of acute abdomen, emergency surgery is indicated.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Хамидов Б.Х.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Г.ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15009823>

ARTICLE INFO

Received: 05th March 2025

Accepted: 11th March 2025

Online: 12th March 2025

KEYWORDS

Кровоизлияние, кровавая рвота, кровохарканье, мелена, кровавый стул, желудочно-кишечный тракт.

ABSTRACT

Изучена роль своевременной диагностики в комплексной терапии больных с желудочно-кишечными кровотечениями с полости желудка и 12-перстной и тонкой кишки. Рекомендуется использование иммунотропных препаратов, в том числе таблеток и инъекции полиоксидоний. В большинстве случаев гемостатическая терапия обеспечивает остановку кровотечения. При желудочно-кишечными кровотечениями с признаками острого живота показана экстренная операция.

Актуальность. В последнее время появляется всё больше публикаций, посвященных консервативной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в которых чаще всего упоминается о сочетанном использовании в лечении различных ингибиторов протонного насоса с двумя антибиотиками [1,2,3].

Внутреннее кровотечение- характеризуется истечением крови в какую – либо полость организма. Если полость имеет прямую связь с окружающей средой и кровь



из полости изливается наружу, то такое внутреннее кровотечение принято называть открытым [].

По характеру течения ЖКК может быть острым (возникает внезапно) и хроническим (начинается незаметно и нередко продолжается длительное время) [2,3,4,5,6].

Причины ЖКК у детей отличаются от таковых у взрослых и имеют возрастные особенности, что необходимо учитывать в выборе диагностической и терапевтической тактики.

Разнообразие клинической симптоматики при отсутствии выраженной общей реакции организма, взаимосвязь клинических симптомов с размерами язв и их морфологической особенностью, зачастую не позволяют во время диагностировать это заболевание, и большинстве случаев дети поступают в стационар с осложненными формами язвенной болезни кровотечения и перфорация.

Целью данного исследования стало оценка клинико иммунологической эффективности полиоксидоний в комплексной терапии при желудочно-кишечных кровотечениях путем сравнительной оценки ближайших и отдаленных результатов лечения.

Материалы и методы: В данной статье представлена анализ результатов лечения 118 больных детей с желудочно кишечными кровотечениями (ЖКК) различной этиологии. В возрасте до года было 15 (12,7 %) детей, до 3 лет – 21 (17,7%), 3-7 лет - 11 (9,3%), 7-10 лет – 32 (27,2%), 10-14 лет – 39 (33,0%). Из них было 68 (57,6%) мальчиков и 50 (47,4%) девочек.

Всем поступившим проведено комплексное обследование: клинико-биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости.

По показаниям назначали МСКТ, МРТ, гастрофиброскопии, колоноскопии. В ходе проведенной работы использованы следующие методы визуальной исследования: динамическое наблюдение за симптомами: местные кровавая рвота-гематомезис, дегтеобразный стул – малана, алая кровь из ануса – гематохезис. Общие симптомы: бледность кожных покровов, потливость, слабость, головокружение снижение уровня АД. Результаты проведенного лечения оценивалась на основании динамики жалоб пациентов, клинических симптомов основного заболевания, сопоставления лабораторных, УЗИ данных до и после проведенных лечения.

Результаты и обсуждение. Причинами гастроинтестинальных кровотечений были: инвагинация кишечника (ик) – у 57 больных; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) - 13; острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ОЯЖДПК) после принятия нестероидных противовоспалительных препаратов – у 18; эрозивный гастродуоденит (ЭГД) – у 11.

Тщательное изучение анамнестических данных помогает предположить возможную локализацию и причину кровотечения. У 13 имелось язвенный анамнез, причем у 5 отмечались рецидивы кровотечения, у 18 больных выявлены типичные жалобы и клинические симптомы и признаки язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, у 5 больных повторные кровавые рвоты выявлено при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.



С момента поступления больным проводилось гемостатическое лечение. При снижении уровня эритроцитов $<2,9 \times 10^{12}/л$ и гемоглобина <65 г/л 74 больным проведены переливание плазмы, альбумина и эритроцитарной массы, в 64 случаях однократно, в 26 случаях до 3 раза.

У 57 больных кровотечение удалось остановить в первые 3 часа нахождения в стационаре. Для уточнения диагноза и лечения инвагинации кишечника у 57 детей применяли пневмоирригоскопию открытым методом без obturatora. На первом этапе диагностируется наличие инвагината, а дальнейшее нагнетание воздуха способствует расправлению его. Положительные результаты получены у 17 больных. Критерием дезинвагинации является заполнение воздухом всего толстого кишечника и проникновение его в тонкую кишку. После дезинвагинации изученный ребенок обычно засыпает ещё в рентген-кабинете, пальпируемое опухолевидное образование живота исчезает, а через 2-3 часа у него появляется стул.

У 40 больных, расправить инвагинацию кишечника путём пневмоирригоскопии не удалось. Они оперированных. Консервативная гемостатическая лечения была эффективной у больных детей с ЯБЖДПК и ГПОД, а также ЭГ, и ОЯЖДПК. Часть из этих детей оперированы в плановом порядке им проведены соответствующие виды операций.

Тяжесть состояния было обусловлено развившейся анемией и степенью кровопотери. При поступлении общие состояние 8 детей было расценено как очень тяжелое; 42 больных тяжелое; 68 средне тяжелое. Анализы крови при лабораторных исследованиях колебались в различных пределах.

При кровотечениях нежной этиологии и локализации у большинства больных в анамнезе выявлен приём лекарственных препаратов относящихся к группе нестероидных гормонов и салицилатов на фоне гипертермии при ОРВИ простудных заболеваниях. Интенсивность и продолжительность кровотечения варьировала: от незначительного – у 77 больных; геморрагии средней интенсивности наблюдались – у 41 больных. У 82 больных отмечен кровавый стул. В 36 случаях кишечное кровотечение сочеталось с гемотомезисом.

Всем больным проведена предоперационная подготовка направленная на восстановление ОЦК, улучшение самочувствия пациента, антибактериальная терапия сопутствующих воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Продолжительность предоперационной подготовки зависело от тяжести состояния больного и длилась не менее 2-х часов. Предоперационная подготовка начиналась сразу после поступления больного в отделение. Производилась коррекция белкового и электролитного обмена.

Анализ клинического материала показывает наиболее часто причиной гастроинтестинальных кровотечений у детей, является инвагинация кишечника и эрозивные гастродуодениты. В последние годы увеличивается удельный вес заболеваний язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выводы: Благодаря комплексному лечению с включением усыпана, полиоксидоний и плазмафареза эффективность лечения выросла и клинико-лабораторные выздоровление составило у 89,6% пациентов.



В большинстве случаев гемостатическая терапия обеспечивает остановку кровотечения. После остановки гастроинтестинальных кровотечений у детей нужна провести инструментальный и другие исследования для выявления источника кровотечения и выбора тактики дальнейшего лечения.

References:

1. M.M. Aliyev, A.Yu. Kazumovskiy Bolalar xirurgiyasi Toshkent "Yangi Nashr" – 2018.
2. K.U. Ashkratt, T.M. Xolder: ingl. Dan tarjima, T.2.1997
3. D.M. Xenderson Ovgat hazmgilish a'zolarining patofiziologiyasi. M. 2007, 288 c.
4. Б.Х. Хамидов, М.Х. Саидов Атипичные формы осложнений язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у ребёнка. Центральноазиатский научно-практической журнал, новости дерматовенфологии и репродуктивного здоровья. № 1-2 (153-154) 2016.
5. Н.Ш. Эргашев, Б.Х. Хамидов, Ш.Ф. Расулов, М.Р.Якубов Диагностическая и лечебная тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у детей. «Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии- реанимации, травматологии и нейрохирургии детского возраста». 5-6 октябрь – 2004 г. Ташкент. Научно-практическая конференция.
6. Ю.Ф. Исаков Национальное руководство по детской хирургии. М., 2010.