

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ

Овсейчик Д. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Ковальчук В. И.

Актуальность. По данным литературы, на долю кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей приходится 20-25% [1, с. 8]. Данная проблема продолжает оставаться актуальной и одной из наиболее сложных в неотложной хирургии детского возраста [2, с. 12-14].

Цель. Изучить особенности клиники и диагностики детей с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные историй болезни 29 детей с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, находящихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» с 2010 по 2018 год.

Результаты. Мальчиков было 21 (72,4%), девочек – 8 (27,6%). По этиологии преобладали язвенные кровотечения в 16 случаях (55,2%), неязвенные кровотечения выявлены у 13 детей (44,8%). Все дети были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям. Основные причины поступления в стационар: кровавая рвота, мелена и не прямые симптомы кровотечения (бледность кожного покрова, общая слабость, вялость, головная боль, головокружение, тахикардия, потеря сознания). Всем детям с прямыми признаками кровотечения выполнялась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) в 1-е сутки от момента поступления в стационар, в результате которой выявлена локальная причина кровотечения: язвенная болезнь желудка – в 6 случаях, язвенная болезнь 12-перстной кишки – в 8 случаях, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – в 2 случаях, варикозно расширенные вены вследствие портальной гипертензии – в 5 случаях, синдром Меллори-Вейсса – в 2 случаях, полип желудка – в 1 случае, эрозивный гастродуоденит – в 2 случаях, в других 3 случаях – эрозивно-язвенный эзофагит, эрозивный гастроэзофагит, эрозивный гастрит.

Выводы. 1. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта встречаются у детей всех возрастов, чаще у мальчиков (72,4%), чем у девочек. 2. По нашим данным отмечено преобладание пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями в возрасте 1-5 лет и 11-15 лет. 3. Наиболее достоверным методом диагностики кровотечений из верхних отделов ЖКТ у детей является экстренная фиброэзофагогастродуоденоскопия.

Литература

1. Детская хирургия: учебное пособие / Лосева А. А. – Одесса: Одесский медуниверситет, 2009. – 265 с.
2. Желудочно-кишечные кровотечения в практике врача-педиатра: учебно-методическое пособие / И. И. Саванович, А. В. Сикорский, В. И. Аверин. – Минск: БГМУ, 2017. – 28 с.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Овсейчик Д. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Ковальчук В. И.

Актуальность. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжают оставаться актуальной проблемой и одной из наиболее сложных в неотложной хирургии детского возраста [1, с. 12-14].

Цель – изучить особенности лечения детей с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные историй болезни 29 детей с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, находящихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» с 2010 по 2018 год.

Результаты. Мальчиков было 21 (72,4%), девочек – 8 (27,6%). По этиологии преобладали язвенные кровотечения в 16 случаях (55,2%), неязвенные кровотечения выявлены у 13 детей (44,8%). Лечение начинали с консервативных мероприятий. Назначали голод и покой. С гемостатической целью вводили в возрастных дозировках гемостатические препараты общего действия (викасол в/м, этамзилат натрия в/в). При гемофилии с гемостатической целью вводили препарат НовоСэвен (рекомбинантный коагуляционный фактор VIIa). С целью восстановления ОЦК проводилась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами. При дефиците факторов свертывания крови проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы. С целью коррекции кислородтранспортной функции вводили эритроцитарную массу. Эндоскопический гемостаз был применен у 7 пациентов (24,1%): у 2 пациентов, которые имели язвенную болезнь 12-перстной кишки и синдром Меллори-Вейсса соответственно, применяли инъекционный метод эндоскопического гемостаза; у пациентов с портальной гипертензией в 4 случаях было выполнено эндоваскулярное и параваскулярное эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода, а в 1 случае – клипирование в сочетании с эндоваскулярным склерозированием. После