

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

# Неотложные состояния в детской гастроэнтерологии

**Вопросы диагностики и оказания помощи при неотложных состояниях у детей составляют один из важнейших разделов педиатрии. Не является исключением и детская гастроэнтерология. Патологические изменения, требующие неотложного вмешательства, могут развиваться в любом органе пищеварительной системы. Важность знания участковыми педиатрами и семейными врачами основных неотложных состояний у детей очевидна и определяется прежде всего необходимостью распознавания тяжести состояния ребенка и оказания срочной медицинской помощи на месте происшествия, от чего во многом зависит эффективность дальнейшей госпитальной терапии, а подчас и спасение жизни ребенка.**

## Желудочно-кишечные кровотечения

С точки зрения частоты встречаемости наибольшая группа неотложных состояний у детей при заболеваниях пищеварительной системы связана с кровотечениями из ЖКТ. Кровотечение из пищеварительных органов справедливо относят к разряду опасных патологических состояний, т. к. значительная и продолжительная кровопотеря часто приводит к декомпенсации гемодинамики. При профузном кровотечении возможно развитие шока и коллапса, в генезе которых определенное значение имеет психоэмоциональный стресс, связанный с видом крови. Профилактика развития шока является основной задачей неотложной помощи у больных при кровотечениях и рвоте.

Особенностью желудочно-кишечных кровотечений у детей является их манифестация у большинства больных на догоспитальном этапе, нередко на фоне полного клинического благополучия. От профессионализма участкового педиатра или семейного врача, которые первыми наблюдают таких больных, зависит не только полнота и характер неотложных мероприятий, но также прогноз заболевания, осложнившегося кровотечением.

В разных возрастных периодах жизни ребенка преобладают различные причины кровотечений из ЖКТ. У детей раннего возраста к ним относятся инвагинация кишечника, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гемоколит при кишечных инфекциях; в возрасте 3-7 лет – язва дивертикула Меккеля, полипоз толстой кишки; у детей школьного возраста – прежде всего эрозивный гастродуоденит, острая язва желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, реже – варикозное расширение вен пищевода и желудка, синдром Мэллори-Вейса, геморрагические диатезы.

Классическая картина кровотечения включает триаду симптомов: кровавую рвоту (гематемезис), дегтеобразный черный стул (мелену), сосудистый коллапс. Кровавая рвота и мелена, как правило, предшествуют общим проявлениям кровотечения. Редко общие признаки кровотечения могут превалировать над внешними. Эта картина наблюдается при продолжительном по времени, но небольшом по объему кровотечении у детей с патологией пищевода и органов гастродуоденальной зоны.

Кровавая рвота или рвота с примесью крови является ранним признаком кровотечения. Она может возникнуть на фоне мнимого благополучия ребенка или при предшествующих слабости, головокружении, тошноте. После появления кровавой рвоты у детей возможно развитие обморочного состояния, проявляющегося резкой бледностью кожных покровов, холодным липким потом, тахикардией, тахипноэ, гипотонией.

Кровавая рвота может быть обильной или умеренной, однократной или многократной, с примесью или без примеси пищи, предшествовать мелене или появляться одновременно с ней. Рвотные массы по характеру могут напоминать

кофейную гущу либо состоять из алой неизменной крови.

Неблагоприятным прогностическим признаком является обильная и многократная рвота алой кровью, что обычно свойственно профузному кровотечению. Это наблюдается у детей с портальной гипертензией, синдромом Мэллори-Вейса, язвенной болезнью, когда возникает аррозия крупных артериальных сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки. В таких случаях развивается артериальное кровотечение (кровь бьет сильной прерывистой струей – «фонтаном»).

Вторым признаком кровотечения из ЖКТ является кровь в стуле или мелена. В случае массивного кровотечения при быстром перемещении содержимого кишечника возможна непроизвольная дефекация, при этом стул приобретает вишневую окраску.

Кровавая рвота и кровь в стуле могут быть единственным признаком кровотечения из ЖКТ. Их сочетание наблюдается у каждого третьего ребенка. Вначале возникает рвота, спустя 1-2 дня – мелена. Такая последовательность появления внешних симптомов кровотечения характерна для детей с язвенной болезнью, эрозивно-геморрагическим гастродуоденитом, портальной гипертензией. Однако не исключается обратная последовательность симптомов – вначале мелена, затем кровавая рвота. Это может свидетельствовать о продолжающемся либо рецидивирующем кровотечении и является неблагоприятным прогностическим признаком. Кровавая рвота как симптом кровотечения наблюдается у 50% детей, мелена – у 65% больных.

В ответ на кровопотерю, особенно острую, возникают разнообразные по степени выраженности общие изменения организма. Они проявляются симптомокомплексом в виде коллапса вплоть до развития геморрагического шока. У детей отмечаются общая слабость, головокружение, головная боль, шум в ушах, мелькание перед глазами, заторможенность, бледность кожных покровов, потеря сознания. Артериальное давление снижено, пульс частый, нитевидный. Эти общие признаки, наблюдаемые у 60% детей, отмечаются в случаях массивной кровопотери. Неблагоприятным в прогностическом отношении симптомом является потеря сознания.

Для диагностики кровотечения из ЖКТ важное значение придается физикальному обследованию ребенка. На высоте кровотечения или сразу же после него обращает на себя внимание мышечное напряжение передней брюшной стенки, наиболее выраженное в эпигастальной области и пилородуоденальной зоне. Глубокая пальпация живота невозможна, отмечается положительный симптом Менделя.

Ребенок с язвенной болезнью при перитонии (проникновение язвы в сопряженный орган брюшной полости, чаще всего поджелудочную железу) и перфорации (возникновение сквозного дефекта) принимает вынужденное положение – на боку, поджав ноги; на животе; на коленях

с опущенной головой. Состояние детей тяжелое. Они стонут, меняют положение, не обращают внимания на окружающих, отказываются от приема пищи и жидкости. Появляются тахикардия, тахипноэ, снижается артериальное давление.

У детей дошкольного возраста кровотечения из ЖКТ одинаково часто возникают у мальчиков и девочек, однако в препубертатном и пубертатном периодах данное осложнение в 3-5 раз чаще отмечается у мальчиков.

Клиническая симптоматика кровотечений из ЖКТ в целом зависит от локализации поражения. Основным методом диагностики кровотечения из ЖКТ и определения его источника независимо от локализации является эндоскопическое исследование.

## Кровотечение из пищевода

Кровотечения из пищевода обычно связаны с варикозным расширением вен пищевода и сопровождаются кровавой рвотой. При наличии у детей портальной гипертензии (на фоне хронического активного гепатита, цирроза печени) рвотные массы содержат преимущественно темную (венозную) кровь. Рвота повторяется при переполнении желудка. Состояние больного ребенка резко ухудшается, развивается выраженная анемия. Может отмечаться обильный зловонный дегтеобразный стул. Кровотечения обычно обильные и длительные, приводящие к развитию коллапса.

Неотложные мероприятия состоят прежде всего в придании ребенку горизонтального положения, рекомендуется холодное питье (4-6 °C). В пищевод вводят компрессионный зонд для остановки кровотечения; по возможности начинают инфузионную терапию для восполнения кровопотери. Показана немедленная госпитализация ребенка в хирургическое отделение, где после обследования решают вопрос о тактике лечения.

## Кровотечение из кардиального отдела желудка

Это кровотечение развивается обычно на почве эрозивно-язвенных поражений, проявляется примесью алой крови к рвотным массам и сопутствует также постоянной механической травме, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, врожденному короткому пищеводу, тяжелой степени гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. При диагностике важно учитывать данные анамнеза, проявления дисфагии, но решающее значение имеет эндоскопическое исследование пищевода.

## Кровотечение при синдроме Мэллори-Вейса

Кровотечение, как правило, возникает внезапно, обусловлено продольными разрывами слизистой оболочки кардиального отдела пищевода и (или) желудка. Основная причина кровотечения – резкое повышение внутрипищеводного и внутрижелудочного давления. Кровотечению предшествует повторная неукротимая рвота, приступообразный кашель,



Ю.В. Белоусов

эпигастральная боль. Часто при этом отмечается повышение температуры тела (иногда до высоких значений), слабость, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, тахикардия, головокружение, нитевидный пульс, напряжение мышц передней брюшной стенки, определяемое при пальпации. Кровь в рвотных массах содержится в объеме от нескольких миллилитров до 100 мл и более. Окончательный диагноз устанавливается при проведении эзофагогастродуоденоскопического исследования.

Неотложная помощь сводится к гемостатическим мероприятиям как общего плана (внутримышечно (в/м) – викасол, этамзилат; внутривенно (в/в) – аминокaproновая кислота через каждые 4-6 ч; при обильном кровотечении – переливание крови или ее компонентов), так и местного – орошение участка кровотечения гемостатиками через эндоскоп. При массивном кровотечении показана экстренная госпитализация в хирургический стационар.

## Кровотечение из желудка и двенадцатиперстной кишки

Характеризуется повторной неукротимой рвотой с примесью крови (иногда «кофейной гущей»), болью в эпигастальной области и пилородуоденальной зоне, что обычно является ранним признаком заболевания. Затем присоединяются резкая слабость, нарастающая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный липкий пот, головокружение. Может отмечаться непродолжительное повышение температуры тела, тахикардия, нитевидный пульс. Частым признаком кровотечения из органов гастродуоденальной зоны является напряжение мышц брюшной стенки. Основным методом диагностики – эзофагогастродуоденоскопия.

Неотложные мероприятия сводятся к приданию больному горизонтального положения, помещению на эпигастральную область грелки со льдом, отказу от приема пищи в течение 24 ч. Ребенку дают холодное питье, дробно, небольшими порциями. В/в медленно струйно вводят 10% раствор хлористого кальция (1 мл/год жизни ребенка) и блокатор H<sub>2</sub>-рецепторов (например, фамотидин 20-40 мг) или ингибитор протонной помпы (омепразол 20 мг). При необходимости препараты этих групп могут быть введены в/в. Внутримышечно вводится раствор этамзилата (0,2-0,5 мл) или викасола (0,5-1,0 мл), после чего ребенка экстренно госпитализируют в хирургический стационар. Транспортировать больного следует в горизонтальном положении, во избежание аспирации рвотных масс необходимо повернуть голову ребенка набок; важно следить, чтобы не западал язык, периодически очищать полость рта марлевыми тампонами или прополаскивать холодной водой. Во время проведения эзофагогастродуоденоскопического исследования необходимо орошать участок кровотечения 5% раствором аминокaproновой кислоты.

Продолжение на стр. 47.

**Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования**

## Неотложные состояния в детской гастроэнтерологии

Продолжение. Начало на стр. 45.

### Кровотечение из кишечника

Кишечные кровотечения сопровождаются абдоминальной болью, наличием в стуле примесей крови. Кожа ребенка умеренно бледная, пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Кровь обычно яркая, алого цвета (тогда как при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ примесь крови к испражнениям темного цвета).

Кровотечение из прямой кишки в большинстве случаев появляется при отрыве или надрыве ножки полипа и продолжается несколько дней. Чаще всего оно необильное и не ухудшает состояния больного. Для такого кровотечения характерно наличие полоски крови на каловых массах и отдельного сгустка алой крови при окончании дефекации. Обычно неотложных мероприятий это состояние не требует. Лечение оперативное — электрокоагуляция полипа.

Более массивное кишечное кровотечение наблюдается при наличии пороков развития тонкой кишки (дивертикулы Меккеля и др.) в результате язвенного процесса в кишечной стенке. В клинике превалирует боль по ходу кишечника, умеренная анемия, учащение пульса и наличие темного кала со сгустками крови, что свидетельствует о кишечном кровотечении. Окончательный диагноз устанавливается во время колоноскопии.

Неотложные мероприятия сводятся к борьбе с кровопотерей и развивающейся анемией. При массивной кровопотере, которая может угрожать жизни ребенка, показана срочная госпитализация в хирургический стационар и экстренная лапаротомия.

### Коматозные состояния

Наряду с кровотечением из пищеварительных органов существенную опасность для жизни ребенка представляют коматозные состояния.

Кома — терминальная стадия заболевания, травм, интоксикаций, которая характеризуется глубоким поражением центральной нервной системы — потерей сознания, гипотонией или арефлексией — и утратой всех жизненно важных функций организма.

### Печеночная кома

Печеночная кома является наиболее грозным осложнением хронического активного гепатита и цирроза печени, приводящим к развитию печеночной недостаточности. Выделяют пять групп этиологических факторов, обуславливающих развитие печеночной комы: заболевания печени; обтурация желчных путей и острый холецистит; заболевания сердца и сосудов, инфекционные болезни; отравления гепатотропными токсическими веществами; экстремальные воздействия на организм, ведущие к нарушению циркуляции крови в печени: травмы, операции, ожоги; инфаркт миокарда; тяжелые гнойно-септические процессы; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС); тромбоз воротной вены и др.

Выделяют две основные формы печеночной комы: эндогенную (печеночно-леточную) и экзогенную (портосистемную, портокавальную или шунтовую); по времени возникновения различают раннюю (молниеносную) и острую печеночную кому; при подостром течении процесса говорят о подострой коме.

Клинические проявления острой печеночной недостаточности определяются прежде всего обширностью и глубиной поражения гепатоцитов. Клиническая картина складывается из синдромов поражения печени, нервной системы, других органов и систем. В развитии гепатоцеребральной

недостаточности выделяют несколько стадий, которые четко проявляются при постепенном развитии печеночной комы.

Ранняя печеночная кома развивается в первые 10 дней острого гепатита, характеризуется бурным и непродолжительным (2-3, иногда 6-8 дней) течением, что и определяет название «молниеносная» кома. Предвестниками печеночной недостаточности (прекомы) являются эйфория, головокружение, спутанное сознание, неустойчивое настроение, психомоторное возбуждение (реже адинамия), нарушения сна, страх смерти, ощущение «провала» или «падения в пропасть», изредка — обмороки, зевота, икота и головная боль. Почти постоянные признаки прекомы — тахикардия и рвота. У большинства больных отмечается уменьшение размеров печени, желтуха, обычно умеренная (в отдельных случаях она не успевает развиваться). Некоторые дети жалуются на боли в животе, иногда отмечается «печеночный» запах изо рта, повышение температуры тела.

Обычно через несколько часов развивается неглубокая кома — с потерей сознания, но с сохраненной реакцией на сильные раздражители; иногда наблюдается гиперрефлексия, патологические рефлексы и автоматизмы, судороги.

По мере развития глубокой комы рефлексы угасают вплоть до развития арефлексии; ребенок кажется спокойно спящим, хотя периодически наступает нарушение дыхания по типу Куссмауля или Чейна-Стокса. Могут появиться признаки менингизма, исчезающие после проведения спинномозговой пункции (нормальный по составу ликвор вытекает под повышенным давлением). Нередко развивается отек головного мозга, который может быть заподозрен на основании гиперемии и повышенной потливости лица, судорожных подергиваний мышц плечевого пояса, галлюцинаций, менингизма, повышения артериального давления. Характерно возникновение геморрагического синдрома, при котором часто возникают желудочно-кишечные кровотечения. В ряде случаев развивается ДВС-синдром. В связи с кровопотерей и развитием ДВС-синдрома может нарушиться функция почек вплоть до олигурии и азотемии. Нередки инфекционные осложнения.

Поздняя печеночная кома при гепатите развивается в сроки от 10 до 14 дней от начала желтушного периода, в течение которого изменяется реактивность организма, что может проявиться артралгиями. Постепенно состояние больного ухудшается; нарастают интоксикация и желтуха; исчезает аппетит; появляются тошнота, рвота и иногда боль в животе; повышается температура тела, появляются кожные геморрагии и уменьшаются размеры печени. Последний признак является наиболее грозным предвестником развития острой печеночной недостаточности, как и «печеночный» запах. На этом фоне постепенно нарастает неврологическая симптоматика. Наблюдаются слабость, адинамия, головокружение, зевота, икота, ощущение «приближающейся смерти» и «провала», кошмары, преходящий хлопающий тремор, замедление речи; могут развиваться обмороки, появляться негативизм, галлюцинации, бред, оглушенность, перемежающаяся с двигательным возбуждением, появляться провалы в памяти. Но в большинстве случаев у больных на фоне отсутствия видимого возбуждения развивается неглубокая, а затем глубокая кома. В поздних стадиях наблюдаются дцеребрационная ригидность, патологические рефлексы, судороги, экзотропия. Зрачковые рефлексы сохраняются до терминальных стадий.

Печеночная недостаточность может также развиваться при лекарственных и токсических поражениях печени.

При подозрении на наличие комы у ребенка необходима его срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии. На догоспитальном этапе проводится симптоматическая терапия. Ограничивается прием белка до 40-60 г/сут при восполнении необходимого количества калорий введением 5-10% растворов глюкозы. С целью детоксикации азотосодержащих продуктов назначается лактулоза по 10-30 мл 3 р/сут до достижения слабительного эффекта или проведения сифонных клизм. Для уменьшения продукции аммиака бактериями назначаются антибактериальные препараты. Необходима коррекция портальной гипертензии с быстрым удалением крови и продуктов ее распада из кишечника и лечение, направленное на ликвидацию отечно-асцитического синдрома.

### Панкреатическая кома

Кома также может развиваться при возникновении острого панкреатита (отечно-серозного или геморрагического) или при рецидиве хронического панкреатита в результате резкого нарушения функции поджелудочной железы, чему могут способствовать механические, токсические, бактериальные, аллергические и нервно-психические факторы. Наиболее ранний симптом панкреатической комы — интенсивная, постоянная, локализуемая в левом подреберье боль, нередко опоясывающего характера. При сильной боли дети занимают вынужденное положение (коленно-локтевое или на левом боку). Характерным симптомом является мучительная, не приносящая облегчения рвота. Дыхание становится частым, поверхностным; по мере нарастания токсемии снижается артериальное давление, учащается пульс, повышается температура тела. При пальпации живота отмечается напряжение мышц в проекции поджелудочной железы (симптом Керте), положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок со серединой левой реберной дуги).

Лечение больных следует начинать на догоспитальном этапе сразу после установления диагноза, что позволит приостановить процесс некроза поджелудочной железы. На этом этапе показано парентеральное введение в возрастных дозировках анальгетиков (метамизол натрия и лекарственных комбинаций, содержащих данное вещество, трамадола, тримеперидина), спазмолитиков (папаверина, дротаверина), холиноблокаторов (прифиния бромид, гиосцина бутилбромида, платифиллина). Нельзя применять в качестве анальгетика морфий, поскольку он может вызвать спазм сфинктера Одди.

### Ацетонемическая кома

Развитие комы также возможно и при метаболических нарушениях (синдроме циклической ацетонемической рвоты). Из анамнеза известно, что на фоне жалоб на головную боль, возбуждение, анорексию появляется запах ацетона изо рта и начинается обильная, частая, не прекращающаяся рвота (вначале пищевой, затем с примесью желчи, в далеко зашедших случаях — кровью). Рвотные массы с запахом ацетона. Несмотря на сильную жажду, прием даже минимального количества жидкости провоцирует появление рвоты. Быстро развивается картина обезвоживания. Снижается тургор тканей; губы становятся сухими, темно-вишневого цвета; на языке появляется белый налет; черты лица заостряются; дыхание становится глубоким; температура тела обычно повышена. В тяжелых случаях появляются менингизм и судороги. При нарастании метаболических сдвигов нарушается сознание, возбуждение сменяется сонливостью, происходит нарушение сознания — развивается ацетонемическая кома.

При исследовании в крови больного выявляется большое количество кетоновых тел, в моче — повышенное содержание

ацетона (определяется путем экспресс-методов с использованием специальных таблеток или тест-полосок).

Лечение детей с ацетонемической комой должно быть направлено на устранение обезвоживания организма, коррекцию электролитных и метаболических нарушений, детоксикацию. Используются солевые инфузионные растворы, поляризующая смесь, сухая, нативная или свежемороженая плазма. Помимо этого, применяются витамины группы В и С, кокарбоксилаза.

### Кома при псевдопилоростенозе

При псевдопилоростенозе (синдроме Дебре-Фибигера) уменьшается продукция гидрокортизона надпочечниками, что приводит к повышению выработки адренокортикотропного гормона (АКТГ) гипофизом. Увеличение продукции андрогенов обуславливает развитие вирилизации у девочек и макрогеницитоза у мальчиков. Кроме того, вследствие действия АКТГ надпочечники усиленно выделяют натрийуретический пептид, в результате чего резко возрастает экскреция хлористого натрия с мочой. Клинические симптомы могут появиться как в первые дни жизни, так и спустя месяцы (в зависимости от характера вскармливания ребенка). Характерны частая рвота, снижение массы тела, экзикоз; часто отмечается запор. Начало комы при данном состоянии острое: развивается внезапная бледность, губы и конечности становятся цианотичными, резко снижается температура тела, появляются тахикардия и нитевидный пульс. При осмотре обнаруживается аномалия развития половых органов (у девочек — псевдогермафродитизм, у мальчиков — увеличение размеров полового члена, повышенное оволосение, коричневые пятна в области половых органов).

При лабораторном исследовании отмечается снижение уровня натрия и хлора, повышение уровня калия в крови; гиперхлорурия, увеличение количества 17-кетостероидов — в моче. Лечение начинают с внутривенного введения физиологического раствора в дозе 100-150 мл/кг/сут с добавлением преднизолона или гидрокортизона — 3-5 мг/кг/сут.

### Другие неотложные состояния

#### Ожоги пищевода

Ожоги пищевода возникают при случайном или преднамеренном проглатывании кислоты или щелочи; термические ожоги встречаются значительно реже. Наиболее выраженные изменения возникают в местах физиологических сужений пищевода.

Клиническая картина зависит от обширности и тяжести поражения. Общие токсические явления у детей наблюдаются реже, чем у взрослых, так как дети обычно проглатывают меньшее количество кислоты или щелочи. Ребенок становится беспокойным, отмечают обильное слюноотечение, боль и затруднение при глотании, при поражении гортани — признаки ее стеноза. Нередки кашель, рвота (рвотные массы бурого или черного цвета — при отравлении щелочью, зеленоватого — при ожогах соляной кислотой, желтого — азотной кислотой), иногда с примесью крови.

В качестве первой помощи ребенку дают выпить молоко или воду. Категорически запрещается вызывать рвоту, но следует промыть желудок, даже при наличии кровотечения. Промывание пищевода и желудка проводят с помощью толстого резинового зонда большим количеством воды (от 5 до 15 л в зависимости от возраста). Желательно применение нейтрализующих растворов: при ожоге кислотами — 2% раствора пищевой соды, мела, жженой магнезии, обволакивающих отваров; при проглатывании щелочей — раствора слабых кислот (0,1% хлористоводородной, лимонной, уксусной). При угрозе асфиксии, вызванной отеком надгортанника, необходима срочная трахеостомия.

Продолжение следует.

