

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ТОНКОЙ КИШКИ В СТРУКТУРЕ ГЕМОРРАГИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Н.Ш.Эргашев^{1,2}, О.С.Саматов¹, И.Х. Бобокулов¹

¹Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский медицинский университет, Узбекистан

SMALL INTESTINAL BLEEDING IN THE STRUCTURE OF HEMORRHAGES OF THE LOWER GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN

N.Sh. Ergashev^{1,2}, O.S. Samatov¹, I.X. Boboqulov¹

¹National Children's Medical Center, Tashkent, Uzbekistan

²Tashkent Medical University, Uzbekistan

Резюме. В работе представлены данные литературы и результаты собственных наблюдений по диагностике и лечению 355 детей с кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта, находившихся на лечении в клиниках кафедры госпитальной детской хирургии в период с 2019 по 2023 г. У 243 (68,5%) пациентов имело место толстокишечное кровотечение, у 104 (29,3%) – тонкокишечное, у 8 (2,2%) установить точную локализацию источника кровотечения не удалось. При установлении диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинического осмотра, динамика лабораторных показателей, а также данные комплекса инструментальных методов диагностики: ультразвукового исследования, рентгенографии, эндоскопии, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), лечебно-диагностической лапароскопии и гистоморфологического анализа биопсийного и операционного материала. Изучены частота, течение патологии в динамике и возникавшие осложнения. Определены показания к консервативному и хирургическому лечению. У 36 (32,1%) детей кровотечение удалось устранить консервативными методами, в то время как 76 (67,9%) потребовали оперативного вмешательства. На этапах диагностики имели место трудности и тактические ошибки. Своевременная, комплексная и адекватная диагностика, а также применение соответствующих тактических подходов позволяют снизить частоту неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение нижней локализации, тонкокишечное кровотечение, причины, клиника, диагностика, тактика лечения, дети.

Abstract. The paper presents the data of literature and the results of our own observations on the diagnosis and treatment of 355 children who were in the clinics of the Department of Hospital Pediatric Surgery in the period from 2019-2023 with bleeding from the lower parts of the gastrointestinal tract: 243 (68.5%)- with large intestinal bleeding, 104 (29.3%) - with small intestinal bleeding, in 8 (2.2%) children the exact localization of bleeding could not be established. Anamnestic data, results of clinical examinations and laboratory data in dynamics, as well as a complex of special diagnostic methods (Ultrasound examination, X-ray, endoscopic, CT diagnostics, therapeutic-diagnostic laparoscopy) and histomorphological examination of biopsy and surgical materials were taken into account in establishing the diagnosis. The frequency, course of pathology in dynamics and complications occurred were studied. Indications for conservative and operative treatment were established, their effectiveness was analyzed. In 36 (32.1%) children bleeding was eliminated by conservative methods, 76 (67.9%) patients underwent surgical interventions. Various difficulties and tactical errors were observed at the stages of diagnosis. Timely complex adequate diagnostics and use of appropriate tactical approaches reduce the frequency of unfavorable outcomes.

Key words: gastrointestinal bleeding of low localization, small intestinal bleeding – causes, clinic, diagnosis, tactics treatment, children.

Введение. Различные патологические состояния могут лежать в основе желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у детей. Их частота, по данным различных авторов, составляет от 6,4% до 15% среди больных с гастроэнтерологической патологией [1, 6–8, 11, 12, 15, 17, 18, 20–24]. В 85% случаев кровотечения локализуются в верхнем отделе ЖКТ (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка); на нижние отделы кишечника приходится 15%, из которых 14% – это толстокишечные и 1% – тонкокишечные кровотечения [3–5]. В 5–30% случаев локализация и источник кровотечения остаются неустановленными [5, 9–13]. Кровотечения могут быть явными (умеренными, массивными) и скрытыми, что затрудняет диагностику. Самостоятельное прекращение кровотечения

при консервативной терапии наблюдается до 80% случаев [1, 15, 17, 20–24]. Этиологическая структура и клиническое течение ЖКК у детей существенно отличаются от таковых у взрослых [1, 3–4, 6, 10–11, 19, 22]. Среди причин кровотечений у детей отмечаются соматические и инфекционные заболевания, осложнения острых абдоминальных процессов, врожденные аномалии, травмы, опухоли различной природы, ишемические поражения и воспалительные заболевания кишечника, что обуславливает необходимость проведения комплексного дифференциального диагноза. Комплексный диагностический подход, включающий анализ анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных данных, позволяет объективно оценить тяжесть кровопотери, а также определить источник и локализацию геморрагий [4, 8, 12–16]. Вопросы диагностики и тактики лечения ЖКК у детей на протяжении многих лет остаются актуальной и сложной клинической задачей [1, 4–8, 12, 13, 15, 20–24]. Хирургические аспекты, показания и методы вмешательств при патологиях тонкой кишки, в том числе сопровождающихся ТКК, подробно рассмотрены как в отечественной, так и в зарубежной литературе [2–4, 12–13, 19].

Цель. Определить частоту и причины тонкокишечных кровотечений в структуре желудочно-кишечных геморрагий различного генеза у детей, а также проанализировать диагностические аспекты на основе клинического материала.

Материалы и методы. В период с 2019 по 2023 год в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии (Городская детская клиническая больница № 2 г. Ташкента и отдел малоинвазивной детской хирургии Национального детского медицинского центра (НДМЦ)) проходили лечение 355 детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет с кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Из них у 243 (68,5%) наблюдалось толстокишечное и прямокишечное кровотечение; у 104 (29,3%) – тонкокишечное; у 8 (2,2%) установить источник и причину кровотечения не удалось. Обсcurные желудочно-кишечные кровотечения, не выявленные при эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии, но сопровождавшиеся либо клинически выраженной кровопотерей, либо скрытыми признаками, подтверждёнными лабораторно, классифицировались как кровотечения из тонкой кишки. Среди пациентов мальчики составили 222 (62,5%) случая, девочки – 133 (37,5%). В исследование не включались новорождённые. На диагностическом этапе проводился тщательный анализ анамнеза и клинических проявлений, применялись лабораторные, инструментальные, рентгенологические, ультразвуковые, мультиспиральные компьютерные исследования (МСКТ), фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, а также гистоморфологическое исследование биопсийного и операционного материала. Оценка степени тяжести кровопотери проводилась на основании гемодинамических показателей и общего состояния ребёнка в соответствии с рекомендациями ВОЗ “Management of severe bleeding in children” (Geneva: WHO, 2018), а также на основе гематологических показателей по результатам лабораторных исследований.

Результаты и обсуждение. Наличие крови в рвотных массах или стуле не всегда является прямым признаком желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). Кровь в кале у детей – серьёзный симптом, сопровождающий ряд тяжёлых заболеваний и патологических состояний, требующих расширенного клинко-инструментального обследования и проведения дифференциальной диагностики. Причины кровотечений у детей значительно отличаются от таковых у взрослых и имеют выраженные возрастные особенности. На этапе диагностики особое внимание уделялось наличию ЖКК в анамнезе, клиническим признакам геморрагии, возможной этиологии, источнику и интенсивности кровотечения. В обязательном порядке учитывались особенности гемостаза, наличие сосудистых заболеваний, характер употребляемых продуктов и лекарств в последние дни перед поступлением.

Среди 355 пациентов с ЖКК в 112 (31,5%) случаях были выявлены тонкокишечные кровотечения (ТКК). Для них была проведена верификация этиологических факторов, причин и нозологических форм с учётом возрастной группы пациента (табл. 1).

Как видно из представленных данных, в структуре ТКК преобладают хирургические заболевания, составившие 76 (67,9%) случаев. Они включают острые хирургические состояния, врождённые аномалии развития, повреждения и полипы тонкой кишки, требующие экстренного или планового оперативного вмешательства. Отсутствие опухолей тонкокишечной локализации в выборке объясняется их редкостью у детей и маршрутизацией таких пациентов в специализированные онкологические отделения.

Из 21 пациента с воспалительными заболеваниями тонкого кишечника 4 (19%) с болезнью Крона были переведены из гастроэнтерологических отделений в хирургический стационар из-за неэффективности повторных курсов комплексной консервативной терапии, прогрессирующей

Таблица 1. Распределение тонкокишечных кровотечений по нозологическим формам и возрасту больных (n=112)

| Вид патологии | | Кол-во больных | Возраст больных | | | | | |
|--|--|----------------|-----------------|---------------------|--------------------|---------------|----------------|-----------------|
| | | | от 3 до 6 мес. | от 6 мес. до 1 года | от 1 года до 3 лет | от 3 до 7 лет | от 7 до 12 лет | от 12 до 18 лет |
| Хирургические причины кровотечения (n=74) | Инвагинация кишечника | 41 | 6 | 16 | 12 | 3 | 3 | 1 |
| | Дивертикул Меккеля | 9 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | |
| | Полипы в пределах тонкой кишки | 7 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | |
| | Удвоение тонкой кишки | 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | | |
| | Мальротация кишечника с вовлечением тонкой кишки | 4 | | | 1 | 1 | 2 | |
| | Повреждение кишечной стенки | 3 | | | | 1 | 2 | |
| | Синдром Пейтца-Егерса | 2 | | | | 1 | 1 | |
| | Некротизирующий энтероколит | 2 | | 2 | | | | |
| Кровотечение на фоне воспалительного процесса кишечника (n=21) | Энтериты | 17 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 |
| | Болезнь Крона с вовлечением тонкой кишки | 4 | | | | 1 | 2 | 1 |
| Лекарственно-ассоциированное кровотечение (n=9) | | 9 | | 2 | 1 | 6 | | |
| Кровотечение неясного генеза (n=8) | | 8 | 2 | 3 | 1 | 2 | | |
| Итого | | 112 | 13 | 31 | 25 | 23 | 16 | 4 |

вания воспаления и нарастающей анемии. Им были выполнены хирургические вмешательства с целью устранения или снижения активности воспалительного процесса. Поводом для первичной госпитализации 17 (15,2%) пациентов с энтеритами в хирургическое отделение либо их перевода из соматических отделений (в 5 [29,4%] и 12 [70,6%] случаях соответственно) послужило наличие стойкого или рецидивирующего кишечного кровотечения, вызывавшего настороженность как у лечащих врачей, так и у родителей, особенно в условиях динамического наблюдения. Клиническая картина энтеритов у большинства пациентов включала сочетание следующих симптомов: абдоминальный болевой синдром, лихорадка, диспепсические проявления (многократный жидкий стул с примесью крови и/или слизи), признаки интоксикации и умеренные боли, преимущественно в околопупочной и подвздошной областях. У части больных также отмечались снижение массы тела и перианальный дерматит. Бактериологическое исследование кала проводилось у 15 пациентов (88,2%) при подозрении на инфекционную природу энтерита. У 9 детей (60%) были идентифицированы патогенные микроорганизмы: *Salmonella spp.* – у 4 пациентов; *Shigella spp.* – у 2; *Campylobacter jejuni* – у 1; *Yersinia enterocolitica* – у 1; *Clostridium difficile* – у 1 пациента. В остальных случаях результаты посева оказались отрицательными, что, в сочетании с характером течения заболевания (повторные обострения, отсутствие эффекта от стандартной противомикробной терапии), позволило расценить воспалительный процесс как неспецифический энтерит и/или аллергический колит, предположительно иммуновоспалительной природы. У 11 пациентов из данной группы была выполнена колоноскопия с интубацией терминального отдела подвздошной кишки. В результате были выявлены выраженные патологические изменения слизистой оболочки в виде эрозий и воспалительных инфильтратов. Подобные изменения, согласно литературным данным, могут быть причиной хронического воспаления и формирования микрокровоотечений (Chow et al., 2022; Gal-Mor, 2019). [14, 16]

Лекарственно-ассоциированные кровотечения были выявлены у 9 (8%) пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. У всех пациентов имел место эпизод самостоятельного приёма нестероидных противо-

воспалительных препаратов (НПВП) по поводу острых респираторных или воспалительных заболеваний, сопровождавшихся гипертермией и болевым синдромом различной локализации. Пациенты поступили с жалобами на гематомезис и/или гематохезию различной степени выраженности. У всех наблюдалась мелена. В 3 (33,3%) случаях кровотечение было массивным, потребовавшим проведения гемотрансфузий и инфузии свежезамороженной плазмы, а также активного применения гемостатических средств. Ещё у 3 (33,3%) пациентов кровотечение носило умеренный характер, однако при проведении эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии источник кровопотери выявлен не был. У оставшихся 3 (33,3%) детей наблюдалось лёгкое кровотечение, которое купировалось самостоятельно и не потребовало специфической терапии.

Среди 8 (7,1%) обследованных пациентов с обскурными (скрытыми) желудочно-кишечными кровотечениями в 5 случаях (62,5%) имелось обскурное явное кровотечение (*obscure-overt bleeding*) с визуально выраженными признаками в виде мелены или гематохезии при отсутствии установленного источника кровопотери на эндоскопии. У 3 пациентов (37,5%) диагностировано обскурное скрытое кровотечение (*obscure-occult bleeding*), не сопровождавшееся клинически выраженной кровопотерей, но проявившееся лабораторными признаками анемии и положительными результатами анализа кала на скрытую кровь. Постоянная или рецидивирующая кровопотеря у этих пациентов приводила к развитию железодефицитной анемии, что подтверждалось соответствующими лабораторными изменениями: снижением уровня гемоглобина, сывороточного железа и ферритина, повышением общего железосвязывающего потенциала сыворотки и наличием микроскопической гипохромной анемии.

Диагностика желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) базировалась на оценке анамнестических данных, клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования. В ряде случаев требовалось участие специалистов смежных профилей и проведение расширенной диагностики, особенно при выборе лечебной тактики. Важнейшую роль в этом процессе играет позиция детского хирурга.

По характеру примеси крови в кале можно предположительно судить о локализации источника кровотечения. Появление мелены – дегтеобразного чёрного стула – свидетельствует о кровотечении из проксимальных отделов ЖКТ. Если источник кровотечения расположен в подвздошной кишке, кровь в стуле приобретает вид, изменённый вследствие энзиматической и бактериальной ферментации – от тёмно-вишнёвого до чёрного цвета. Гематохезия (наличие алой или тёмно-красной крови в стуле) чаще указывает на локализацию в проксимальных отделах толстого кишечника или дистальных сегментах тонкой кишки. В ряде случаев обращают внимание также на косвенные признаки, помогающие в топической диагностике.

При первичном осмотре клиническая симптоматика ТКК включала один из вариантов желудочно-кишечной геморрагии – выделение крови (изменённой и/или неизменённой) из прямой кишки в различном объёме, интенсивности и продолжительности. У 99 пациентов (88,4%) кровотечение носило постоянный характер, у 13 (11,6%) – рецидивирующий. Последнее чаще наблюдалось при полипах (3 случая), неустановленном источнике (3), болезни Крона (2), мальротации (2), дивертикуле Меккеля (2), удвоениях кишечника (1 случай). У 104 (92,9%) детей были выраженные признаки острой кровопотери разной степени тяжести. У 8 (7,1%) пациентов обскурное кровотечение было установлено только по лабораторным показателям. Дополнительно наблюдались специфические клинические симптомы в зависимости от нозологической

Таблица 2. Гемодинамические показатели и степень тяжести состояния больных в зависимости от объёма кровопотери

| Степень кровопотери | Объём кровопотери (в % от ОЦК) | Проявления |
|---------------------|--------------------------------|---|
| лёгкая | <10% | незначительное снижение АД, тахикардия <20% от нормы, нормальный уровень гематокрита |
| средняя | 10–20% | умеренная тахикардия (на 20–30% выше нормы), снижение АД, капиллярный рефил >3 сек., слабость |
| тяжелая | 20–30% | выраженная тахикардия (>30% от нормы), значительное снижение АД, олигурия, бледность кожи |
| критическая (шок) | >30% | коллапс, спутанность сознания, анурия, гипотермия, риск полиорганной недостаточности |

формы: при инвагинации кишечника – классическая триада (боль, кровянистый стул, пальпируемое образование) у 41 (28,9%) ребёнка; признаки кишечной непроходимости – у 23 (20,5%); локальные признаки перитонита – у 18 (16%); пальпируемое опухолевидное образование, при удвоениях кишки и воспалительных инфильтратах, – у 51 (45,5%); косвенные признаки, обнаруживаемые при специальных методах диагностики, – в других наблюдениях.

Болевой синдром, как правило, отсутствовал при неосложнённых кровотечениях из дивертикула Меккеля и полипах. В то же время при болезни Крона, инвагинации, опухолях, неспецифических энтеропатиях и ишемии кишки болевой синдром был выражен в различной степени.

По характеру кровотечения ТКК могли быть явными (с умеренной или массивной кровопотерей) и скрытыми, что уточнялось при целенаправленном расспросе и лабораторной диагностике. У 55 (49,1%) детей кровотечение наблюдалось однократно, у 44 (39,3%) – двукратно, у 13 (11,6%) – многократно, с повторяющимися эпизодами (3 и более раз).

Оценка степени тяжести кровопотери проводилась согласно гемодинамическим показателям и общему состоянию пациента, на основании рекомендаций ВОЗ «Management of severe bleeding in children» (Geneva: WHO, 2018), а также по данным лабораторных исследований.

Выраженность клинической симптоматики и тяжесть состояния детей с тонкокишечными кровотечениями варьировали от незначительных проявлений до тяжёлой анемии, требующей неотложной медицинской помощи и трансфузионной терапии. В таблице 3 представлены данные о распределении степени тяжести кровопотери в зависимости от причины и нозологической формы заболевания.

Как видно из таблицы, интенсивность и выраженность кровопотери непосредственно связаны с нозологической формой патологии. В 11 (9,8%) случаях диагностировано массивное кишечное кровотечение, проявившееся следующими клиническими ситуациями: при изъязвлении слизистой оболочки и эрозии кровеносного сосуда дивертикула Меккеля – у 2 пациентов; при

Таблица 3. Степени тяжести кровопотери при тонкокишечных кровотечениях в зависимости от причин и нозологических форм (n=112)

| Вид патологии | | Степень тяжести кровопотери | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|-------|-----------|-------|------------|-------|-----------|-------|
| | | I (n=50) | | II (n=33) | | III (n=18) | | IV (n=11) | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Хирургические причины кровотечения (n=74) | инвагинация кишечника (n=41) | 23 | 56,1% | 14 | 34,1% | 4 | 9,8% | | |
| | дивертикул Меккеля (n=9) | 3 | 33,4% | 2 | 22,2% | 2 | 22,2% | 2 | 22,2% |
| | полипы в пределах тонкой кишки (n=7) | 2 | 28,6% | 3 | 42,8% | 2 | 28,6% | | |
| | удвоение тонкой кишки (n=6) | 3 | 50% | 2 | 33,3% | 1 | 16,7% | | |
| | мальротация кишечника с вовлечением тонкой кишки (n=4) | 3 | 75% | 1 | 25% | | | | |
| | повреждение кишечной стенки (n=3) | 1 | 33,3% | 1 | 33,3% | 1 | 33,3% | | |
| | синдром Пейтца-Егерса (n=2) | | | | | | | 2 | 100% |
| | некротизирующий энтероколит (n=2) | | | | | 1 | 50% | 1 | 50% |
| Кровотечение на фоне воспалительного процесса кишечника (n=21) | энтериты (n=17) | 9 | 53% | 4 | 23,5% | 4 | 23,5% | | |
| | болезнь Крона с вовлечением тонкую кишку (n=4) | 1 | 25% | 2 | 50% | 1 | 25% | | |
| Лекарственно-ассоциированное кровотечение (n=9) | | 3 | 33,3% | 2 | 22,2% | 1 | 11,2% | 3 | 33,3% |
| Кровотечение неясного генеза (n=8) | | 2 | 25% | 2 | 25% | 1 | 12,5% | 3 | 37,5% |
| Всего 112 | | 50 | 44,6% | 33 | 29,5% | 18 | 16,1% | 11 | 9,8% |

кровотечении неясного генеза – у 3; при лекарственно-ассоциированном поражении ЖКТ – у 3; при некротизирующем энтероколите – у 1; при синдроме Пейтца–Егерса – у 2 пациентов.

В патогенезе продолжающегося и прогрессирующего кровотечения существенную роль играли сопутствующие факторы, способствующие усилению геморрагического синдрома. К ним относились: исходная анемия – у 26 (23,2%) детей; нарушения системы гемостаза – у 6 (5,4%); вторичная коагулопатия, развившаяся на фоне основного заболевания, – у 6 (5,4%); цирроз печени – у 2, целиакия – у 1, болезнь Виллебранда – у 1, пурпура Шенлейна–Геноха – у 2 пациентов. Эти состояния значительно усугубляли клиническую картину и осложняли лечебную тактику, особенно при наличии сопутствующих патологий печени, иммунной системы и свёртывающего каскада.

Среди 112 детей с тонкокишечными кровотечениями консервативное лечение, направленное на стабилизацию состояния, остановку кровотечения и симптоматическую терапию, оказалось эффективным у 36 (32,1%) пациентов. Положительная динамика была достигнута преимущественно у детей с энтеритами, лекарственно-ассоциированными кровотечениями и геморрагиями неустановленной локализации. Хирургическое вмешательство потребовалось у 76 (67,9%) пациентов. Показания к оперативному лечению распределились следующим образом: а) прямые показания к экстренной или плановой хирургии – 53 (69,7%) пациента, в том числе неудачное консервативное устранение инвагинации кишечника – 24 (31,6%); повреждения кишечной стенки – 3 (3,9%); кишечная непроходимость при удвоениях тонкой кишки – 6 (7,9%); мальротация кишечника – 4 (5,3%); дивертикул Меккеля с признаками «острого живота» – 9 (11,8%); полипоз тонкой кишки – 7 (9,2%); б) операции, направленные на уменьшение активности воспалительного процесса при неэффективности консервативной терапии у 4 (5,2%) пациентов с болезнью Крона; в) диагностические и лечебные вмешательства, выполненные при отсутствии эффекта от консервативной тактики, в ходе которых был установлен источник кровотечения – у 4 (5,3%) детей: дивертикул Меккеля – у 2, инвагинация – у 1, удвоение кишечника – у 1.

Сроки выполнения оперативных вмешательств зависели от характера и срочности патологии: в течение первых 6 часов – у 16 пациентов, в интервале от 6 до 72 часов – у 51, более чем через 72 часа – у 9. Задержка с выполнением операции, как правило, была связана с необходимостью стабилизации состояния, уточнением диагноза и проведением предоперационной подготовки.

Летальный исход был зарегистрирован у 2 (1,8%) пациентов. У первого ребенка, с синдромом Пейтца–Егерса, наблюдалось массивное желудочно-кишечное кровотечение из полипнозно изменённых участков тонкой и толстой кишки. Несмотря на проведение интенсивной гемостатической терапии, остановить кровотечение не удалось, что привело к летальному исходу. У второго – с кишечной инвагинацией, поступившего в крайне тяжёлом состоянии из другого лечебного учреждения с выраженной клинической картиной и заблокированной инвагинацией. Ребёнок был недоношенным, что существенно утяжеляло течение заболевания. Позднее обращение, наличие выраженной анемии и развитие полиорганной недостаточности на фоне массивной кровопотери стали причиной летального исхода, несмотря на проводимое интенсивное лечение и экстренное хирургическое вмешательство.

Заключение. В структуре кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта доля тонкокишечных кровотечений различной интенсивности (острых и скрытых форм) составила 31,5%. Среди причинных факторов преобладали хирургические заболевания кишечника – 67,9% случаев. Существенную долю составили осложнения воспалительных заболеваний с преимущественной локализацией в тонкой кишке (20,5%) и обскурные формы кровотечений (7,1%). У 8% пациентов кровотечение возникло на фоне приёма лекарственных препаратов, преимущественно НПВП. Клинические проявления ТКК характеризовались наличием признаков острого или скрытого кишечного кровотечения, развивавшегося спонтанно или на фоне имеющейся патологии. Наличие крованистого стула, некупируемой диареи, признаков воспалительного синдрома и анемии в сочетании с результатами микробиологических и инструментальных исследований служит основанием для клинической верификации диагноза и выбора тактики ведения пациента. Степень кровопотери варьировала от лёгкой до критической и зависела от нозологической формы заболевания. Выявлены все четыре степени тяжести. Отягощающими факторами, усиливающими кровопотерю, являлись эрозивно-деструктивные процессы в стенке кишечника, сочетающиеся с нарушениями системы гемостаза. Тактика лечения подбирается строго индивидуально. При хирургических патологиях показано оперативное вмешательство. При инфекционных энтеритах, лекарственно-ассоциированных и обскурных кровотечениях целесообразно применение комплексной консервативной терапии с обязательной оценкой её эффективности в динамике.

Литература/References

1. Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Кузьмин А.И., Терехина М.И. Диагностика и лечение осложнений дивертикула Меккеля у детей. // Медико-фармацевтический журнал «Пультс». – 2020. Т. 22, № 12. – С. 162–168. DOI: 10.26787/nydha-2686–6838–2020–22–12–162–168.
2. Беседина Н.К., Главнов П.В., Молостова А.С., и др. Проблема желудочно-кишечного кровотечения (обзор литературы) // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2020, № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-zheludochno-kishechnogo-krovotecheniya-obzor-literatury>
3. Половинкин В.В., Хмелик С.В., Лиу Ж. Дивертикул Меккеля – причина рецидивирующего желудочно-кишечного кровотечения // Инновационная медицина Кубани. – 2023, № 2. – С. 100–102. <https://doi.org/10.35401/2541-9897-2023-26-2-100-102>
4. Трухан Д.И., Никоненко В.А. Дифференциальный диагноз крови в стуле. Точное обследование – залог успешного лечения // Амбулаторная хирургия. 2016. №3–4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnyu-diagnoz-krovi-v-stule-tochnoe-obsledovanie-zalog-uspeshnogo-lecheniya>
5. Федулова Э.Н., Богомолов А.Р. Причины крови в кале у детей. Клинический пример болезни Маркиафа-Микели // Педиатр. – 2014, № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-krovi-v-kale-u-detey-klinicheskij-primer-bolezni-markiafa-mikeli>
6. Харитонов А.Ю., Леонов Д.И., Капустин В.А., Горелик А.А., Шавров А.А. Желудочно-кишечные кровотечения у детей // Детская хирургия. – 2017, № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zheludochno-kishechnye-krovotecheniya-u-detey>
7. Эргашев Н.Ш., Саматов О.С., Маркаев А.Я., Хуррамов Ф.М. (2024). Кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у детей // Вестник национального детского медицинского центра, 34–36. извлечено от <https://hnchmc.uz/index.php/jour/article/view/52>
8. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Ю., Саматов О.С. Гигантский дивертикул Меккеля грудной локализации в сочетании с мальротацией кишечника и аномалией шейного отдела позвоночника у младенца: диагностические трудности и тактические ошибки на этапах хирургического лечения // American Journal of Medicine and Medical Sciences. Т. 14, № 12, 2024. – С. 3376–3383. doi: 10.5923/j.ajmms.20241412.63.
9. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я. Диагностика, особенности хирургической тактики при патологиях дивертикула Меккеля у детей // Евразийский вестник педиатрии. – Ташкент, 2023, № 2. – С. 27–33.
10. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Якубов Э.А. Показания к хирургическим вмешательствам на тонкой кишке при врожденных и приобретенных патологиях желудочно-кишечного тракта у детей и их результаты // Педиатрия. – Ташкент, 2023, № 2. – С. 156–163.
11. Эргашев Н.Ш., Маркаев А.Я., Саматов О.С. Инвагинация кишечника у детей диагностика, результаты консервативного и оперативного лечения // Новый день в медицине. – 2023, № 10. – Ташкент. – С. 145–150.
12. ASGE Standards of Practice Committee, Fisher L, Krinsky M.L. et al. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. // *Gastrointest Endosc.* 2010;72(3):471–479. DOI: 10.1016/j.gie.2010.04.032.
13. ASGE Standards of Practice Committee, Gurudu S.R., Bruining D.H., et al. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. // *Gastrointest Endosc.* 2017;85(1):22–31. DOI: 10.1016/j.gie.2016.06.013.
14. Chow A, Perica K, Klebanoff CA, Wolchok JD. Clinical implications of T cell exhaustion for cancer immunotherapy. *Nat Rev Clin Oncol.* 2022 Dec;19(12):775–790. doi: 10.1038/s41571-022-00689-z. Epub 2022 Oct 10. PMID: 36216928; PMCID: PMC10984554.
15. Gaiani F., De'Angelis N., Kayali S., Manfredi M., Di Mario F. et al. Clinical approach to the patient with acute gastrointestinal bleeding. // *Acta Biomed.* 2018;89(8-S):12–19. DOI: 10.23750/abm.v89i8-S.7861.
16. Gal-Mor O. Persistent Infection and Long-Term Carriage of Typhoidal and Nontyphoidal Salmonellae. *Clin Microbiol Rev.* 2018 Nov 28;32(1):e00088–18. doi: 10.1128/CMR.00088–18. PMID: 30487167; PMCID: PMC6302356.
17. Neidich G.A., Cole S.R. Gastrointestinal bleeding // *Pediatr Rev.* 2014;35(6):243–253. DOI: 10.1542/pir.35-6-243.
18. Oliva S., Romano C. et al. Obscure gastrointestinal bleeding in children: diagnostic challenges and management // *World J Gastroenterol.* 2019;25(35):5210–5220.
19. Palmer K. Management of haematemesis and melaena. *Postgrad Med J.* 2004 Jul;80(945):399–404. doi: 10.1136/pgmj.2003.017558. PMID: 15254304; PMCID: PMC1743041.
20. Pennazio M., Eisen G., Goldfarb N. ICCE consensus for obscure gastrointestinal bleeding // *Endoscopy.* 2005;37(10):1046–1050. DOI: 10.1055/s-2005-870319.
21. Piccirillo M., Pucinischi V., Mennini M. et al. Gastrointestinal bleeding in children: diagnostic approach // *Ital J Pediatr.* 2024;50(1):13. DOI: 10.1186/s13052-024-01592-2.
22. Raju G.S., Gerson L. et al. American Gastroenterological Association (AGA) technical review on obscure gastrointestinal bleeding // *Gastroenterology.* 2007;133(5):1697–1717.
23. Romano C., Oliva S., Martellosi S., Miele E. et al. Pediatric gastrointestinal bleeding: Perspectives from the Italian Society of Pediatric Gastroenterology // *World J Gastroenterol.* 2017;23(8):1328–1337.
24. Sahn B., Bitton S. Lower Gastrointestinal Bleeding in Children // *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2016;26(1):75–98.