

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-я КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

И. И. САВАНОВИЧ, А. В. СИКОРСКИЙ, В. И. АВЕРИН

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ
КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ
ВРАЧА-ПЕДИАТРА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2017

УДК 616-053.2-056.25(075.8)
ББК 57.32я73
С16

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 21.06.2017 г., протокол № 10

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. О. Н. Романова; канд. мед. наук, доц.
В. И. Твардовский

Саванович, И. И.

С16 Желудочно-кишечные кровотечения в практике врача-педиатра : учебно-методическое пособие / И. И. Саванович, А. В. Сикорский, В. И. Аверин. – Минск : БГМУ, 2017. – 28 с.

ISBN 978-985-567-810-7.

Изложены вопросы клинических проявлений и диагностики желудочно-кишечных кровотечений у детей.

Предназначено для студентов 6-го курса педиатрического факультета.

УДК 616-053.2-056.25(075.8)
ББК 57.32я73

ISBN 978-985-567-810-7

© Саванович И. И., Сикорский А. В., Аверин В. И., 2017
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2017

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 6 ч.

Клинические проявления кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта у детей являются симптомами тревоги органической патологии органов пищеварения. В большинстве случаев желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) манифестируют на догоспитальном этапе. Пациенты с клиникой острых ЖКК госпитализируются в хирургические отделения. Однако и в ситуациях малоинтенсивной кровопотери должны быть исключены патологические состояния, требующие неотложной медицинской помощи. В этой связи необходим системный подход в выборе оптимального алгоритма неотложных или плановых диагностических и лечебных мероприятий, прогнозировании рисков острых ЖКК, рецидивов ЖКК с учетом особенностей клинических проявлений и возраста ребенка.

Цель занятия: систематизировать и углубить знания по клиническим проявлениям, диагностике, дифференциальной диагностике ЖКК у детей.

Задачи занятия:

1) узнать:

- классификацию ЖКК кровотечений в зависимости от уровня локализации источника кровотечения;
- клинико-лабораторные проявления ЖКК в детском возрасте с неустановленным источником;
- наиболее частые причины ЖКК в детском возрасте;
- перечень заболеваний, проявляющихся ЖКК;
- диагностику и дифференциальную диагностику ЖКК в зависимости от возраста;
- диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов исследования (анализ гемограмм, серологических, иммунологических, биохимических, морфологических, генетических исследований, копрограммы, эндоскопических и лучевых методов диагностики).

2) научиться:

- собирать и оценивать жалобы, анамнез жизни и заболевания с соблюдением деонтологических и этических норм у пациентов с проявлениями ЖКК;
- проводить объективное обследование больного ребенка с ЖКК, оценивать общее состояние, физическое и нервно-психическое развитие, выявлять и описывать характер изменений со стороны органов и систем;
- составлять план обследования больного ребенка с ЖКК; определять диагностическую ценность, достоинства и недостатки методов с учетом принципов доказательной медицины;

– оценивать данные исследований (анализ гемограмм, серологических, иммунологических, биохимических, морфологических, генетических исследований, копрограммы, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноилеоскопии, двухбаллонной энтероскопии, капсульной энтеро- и колоноскопии);

– оценивать лабораторно-инструментальные данные и морфологические изменения слизистой оболочки ЖКТ у больных с ЖКК;

– оценивать состояние больного и результаты лабораторно-инструментальных исследований в динамике заболевания;

– ставить диагноз согласно классификации и проводить дифференциальную диагностику;

– определять тактику ведения и лечения больного после постановки клинического диагноза;

– назначать лечение, в том числе диетотерапию;

– составлять план диспансерного наблюдения и реабилитации.

Требования к исходному уровню знаний. Для успешного освоения темы студенту необходимо повторить:

– из *пропедвтики детских болезней*: возрастные анатомо-физиологические особенности органов и систем детского организма (пищеварительной, сердечно-сосудистой, системы крови и других систем), семиотику и основные проявления синдрома кровотечения, методику обследования ребенка;

– *нормальной физиологии*: физиологию системы крови, органов пищеварения;

– *патологической физиологии*: патофизиологию системы пищеварения и крови у детей;

– *патологической анатомии*: морфологические характеристики воспалительных, эрозивно-язвенных, неопластических заболеваний органов пищеварения в детском возрасте;

– *лучевой диагностики*: ультразвуковое, рентгенологическое исследование, компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов ЖКТ

– *общей хирургии*: типы кровотечений и методы остановки.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей.

3. Методы исследования органов ЖКТ у детей.

4. Эндоскопическая диагностика в детской гастроэнтерологии (показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению исследования, диагностические возможности метода; эндоскопические признаки основных заболеваний органов ЖКТ; показания к взятию биопсии

и морфологическому исследованию; клинико-эндоскопическая оценка полученных данных исследования).

5. Показания и противопоказания к плановому и экстренному хирургическому вмешательству при ЖКК у детей.

6. Методы лечения ЖКК: консервативные и оперативные.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация ЖКК у детей.
2. Клинико-лабораторные проявления ЖКК у детей.
3. Причины гастродуоденальных и кишечных кровотечений у детей в зависимости от возраста.
4. Причины ЖКК с неустановленным источником.
5. Особенности сбора анамнеза и клинического осмотра при ЖКК у детей.
6. Методы лабораторной диагностики скрытых ЖКК у детей.
7. Показания к экстренной и плановой эндоскопической диагностике при ЖКК у детей.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика ЖКК у детей.
9. Нозологические формы ЖКК согласно МКБ–10.
10. Терапевтический прогноз при ЖКК у детей.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кровотечением называется выхождение крови из органов сердечно-сосудистой системы (полостей сердца и сосудов) при нарушении их целостности.

Большая потеря крови называется кровопотерей. Кровопотеря опасна для жизни больного тем, что нарушается питание тканей и, в первую очередь, снабжение их кислородом. В зависимости от механизма, способствующего выходу крови за пределы сосудистой стенки, выделяют 3 пути кровотечения:

- разрыв или разрез сосуда;
- аррозия;
- диапедез (просачивание).

В зависимости от места, куда изливается кровь, различают:

1) наружное кровотечение — проявляется истечением крови во внешнюю среду и легко диагностируется;

2) внутритканевое кровотечение, когда выходящая из сосуда кровь пропитывает окружающие поврежденный сосуд ткани, вызывая образование петехий, экхимозов и кровоподтеков, или скапливается в межтканевых промежутках, раздвигая ткани и образуя гематому;

3) внутренне 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. Если полость замкнута и не имеет связи с окружающей средой, то возникающие внутриполостные кровотечения называются внутренними закрытыми.

В зависимости от сосуда, из которого происходит истечение крови, различают артериальное, венозное и капиллярное кровотечение.

В клинической работе к ЖКК относят истечение крови в просвет пищеварительного канала.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Общепринятой классификации ЖКК в детском возрасте не существует. Для постановки диагноза учитываются источник ЖКК и его локализация, характер течения, частота, длительность и объем кровопотери.

По локализации источника ЖКК делят на кровотечения из верхних (проксимальнее связки Трейца) и из нижних отделов ЖКТ. Последние могут располагаться в тонкой кишке (от связки Трейца до илеоцекального клапана) и толстой кишке (дистальнее илеоцекального клапана). В отдельную группу выделяют ректальное кровотечение. Если источник не идентифицирован, кровотечение рассматривают как с неуточненным источником.

В зависимости от источника и характера изменения слизистой кровотечения из верхних отделов подразделяются на язвенные и не язвенные. Язвенные кровотечения — осложнение язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Причинами не язвенных ЖКК чаще являются: варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, геморрагический, эрозивный гастродуоденит, острые (симптоматические) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром Меллори–Вейса, опухоли желудка и пищевода, синдром Делафуа.

По характеру течения ЖКК может быть *острым* (возникает внезапно) и *хроническим* (начинается незаметно и нередко продолжается длительное время); **по частоте** — первичное и рецидивирующее; **по длительности** — продолжающееся (активное, клинически манифестное, в том числе фульминантное) и состоявшееся (остановившееся); **по объему кровопотери** — массивное (профузное) и малое (минимальное). Принято для подростков и взрослых оценивать кровопотерю в соответствии с объемом циркулирующей крови (ОЦК) — малая (до 10 %), средняя (10–20 %), большая (20–40 %), массивная (40–70 %), смертельная (более 70 %). Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала является одним из наиболее трудных и сложных экстренных заболеваний органов брюшной полости.

ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Под причиной кровотечения понимают заболевание или состояние, которое осложнилось ЖКК. Несмотря на многообразие, их можно условно разделить на следующие группы: обусловлены непосредственно заболеваниями пищеварительной системы (язвенная болезнь, симптоматические язвы, эрозивный гастрит, дуоденит, эзофагит и др.); патология сердечно-сосудистой системы (васкулиты и сосудистые дисплазии, разрывы аневризмы, периартерииты и т. д.); патология системы гемостаза (геморрагические диатезы). Однако в абсолютном большинстве клинических случаев имеет место коморбидность — сочетание нескольких причин.

Причины ЖКК у детей отличаются от таковых у взрослых и имеют возрастные особенности, что необходимо учитывать в выборе диагностической и терапевтической тактики. Наиболее частые причины ЖКК из верхних и нижних отделов в зависимости от возраста представлены в приложении (табл. 1, 2).

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Явными клиническими признаками ЖКК у детей являются гематомезис, мелена, гематохезия, а при острых ЖКК и значительном объеме кровопотери — симптомы гиповолемии и гемодинамические нарушения. При ЖКК из верхних отделов наблюдаются гематомезис и мелена, а из нижних отделов — мелена и гематохезия. ЖКК, которое невидимо для врача или пациента, называется скрытым (оккультным). Его верифицируют по наличию скрытой крови в стуле (оккультная кровь), анемии, реактивном тромбоцитозе.

Гематомезис — рвота с примесью свежей крови, сгустками крови или «кофейной гущей». Характер рвотных масс зависит от локализации источника и скорости кровопотери, экспозиции крови в желудке. Гематомезис указывает на кровотечение проксимальнее связки Трейца. При этом важно исключить попадание в желудок примесей крови из дыхательных путей при гемоптизисе (кровохарканье), а также из ротовой полости, а у детей на грудном вскармливании — заглатывание материнской крови при трещине сосков.

Мелена — измененная (черная, дегтеобразная) кровь, выделяющаяся из прямой кишки. Обычно возникает при кровотечении проксимальнее связки Трейца, но может происходить и из восходящей толстой кишки, а также при кровотечениях из верхних отделов при медленном пассаже. Как правило, меленой проявляется также синдром «проглоченной мате-

ринской крови», для дифференциальной диагностики которого необходим целенаправленный сбор анамнеза, осмотр сосков матери, а также проведение пробы Апта (рвотные массы или кал смешивают с водой, в осадок добавляют 1 мл 1 % гидрата окиси натрия, цвет коричнево-желтый — кровь материнская, цвет розовый или не изменился — кровь ребенка).

Гематокезия — наличие неизменной крови в кале, при этом ее цвет и количество будет зависеть от характера заболевания. Считается, чем ярче выделяющаяся при дефекации кровь, тем дистальнее расположен источник. При его локализации проксимальнее ректосигмоидного отдела толстой кишки кровь, как правило, перемешана с каловыми массами. Дивертикул Меккеля, кровоточащие опухоли и полипы подвздошной кишки, а также высокорасположенные гемангиомы сопровождаются большим количеством примесей темной крови в стуле. При массивном кровотечении формирование мелены не происходит, а из прямой кишки может выделяться малоизмененная алая или «вишневая» кровь.

Прожилки алой крови в кале обычно наблюдаются при поражении сигмовидной кишки. При кровотечениях вследствие поражения перианальной зоны (геморрой, анальные трещины) выделяющаяся кровь в виде следов на туалетной бумаге или капель, попадающих на стенки унитаза, обычно не смешана с калом.

Несформированные каловые массы, перемешанные с жидкой кровью разного цвета, нередко с примесью слизи, свидетельствуют о воспалительном поражении слизистой, которое может сопровождать неинфекционные (болезнь Крона, язвенный колит, аллергический колит и другие) и инфекционные колиты.

При инвагинации кишечника у детей в первые часы заболевания стул может быть самостоятельный и без патологических примесей. Через 3–6 часов от начала заболевания у ребенка появляется стул с примесью темной крови без каловых масс и с примесью слизи. Иногда выделения из прямой кишки выглядят как кровянистая желеобразная масса (стул по типу «малинового желе»).

При хронических кровотечениях низкой интенсивности наблюдается анемия и связанные с ней клинико-лабораторные проявления.

Следует отметить, что названные признаки явных ЖКК зависят от темпа и объема кровопотери, от скорости транзита по кишечнику, а цвет кала пациентами детского возраста оценивается достаточно субъективно.

При анализе перечисленных выше симптомов важно учитывать наличие абдоминальных болей. Боли, предшествующие эпизоду кишечного кровотечения, свидетельствуют об острых инфекционных или хронических воспалительных заболеваниях кишечника, острых ишемических поражениях тонкой или толстой кишки. Боли в области прямой кишки при акте дефекации либо усиливающиеся после него характерны для ге-

морроя или трещины заднего прохода. Массивное кишечное кровотечение без боли может возникать при дивертикулезе кишечника, телеангиоэктазиях.

Среди повреждений печени встречаются так называемые внутренние разрывы, сопровождающиеся кровотечением из гематомы, располагающейся глубоко в паренхиме печени. Кровь изливается не в брюшную полость, а через поврежденные желчные пути в просвет двенадцатиперстной кишки. Это явление называется гемобилией. Она сопровождается триадой симптомов:

- рецидивирующими кровавыми рвотой и стулом, иногда меленой;
- перемежающейся желтухой из-за закупорки желчных путей кровяными сгустками;
- увеличением печени за счет внутripеченочной гематомы.

Свидетельством гемобилии будет кровотечение из дуоденального сосочка, выявляемое при эзофагогастродуоденоскопии.

Важно помнить, что в течении острого ЖКК различают два периода: скрытый и явный.

Наибольшую сложность представляет диагностика кровотечения в скрытый период, который начинается с излития крови в ЖКТ. Клинические проявления его неспецифичны и обусловлены нарушениями внутриорганного кровообращения в результате кровопотери и, как следствие, развиваются гиповолемия и гипоксия. Степень выраженности симптоматики зависит от интенсивности кровотечения, возраста, сопутствующих заболеваний. К симптомам скрытого периода относят беспокойство ребенка, слабость, бледность кожи, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, тремор рук, холодный пот, сердцебиение. При профузном кровотечении — коллапс с нарушением и потерей сознания.

Проявлением явного периода является гематемезис, мелена и гематозия, нарастание симптомов гиповолемии (общая слабость, гипотония, тахикардия, бледность кожных покровов, гипотермия), вплоть до клинической картины шока.

Необходимо помнить о наличии ложных гастроинтестинальных кровотечений при употреблении продуктов, лекарственных средств и других субстанций, которые изменяют цвет кала, что пациентами ошибочно может восприниматься как проявление гастроинтестинальных кровотечений. К ним относятся препараты железа, висмута, активированный уголь, лакрица и лакричные конфеты, черника, шпинат, свекла, кровяная колбаса, а также как проявления геофагии при поедании земли, грязи, глины и т. д.

ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ОСОБЕННОСТИ СБОРА АНАМНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА ПРИ ЖКК У ДЕТЕЙ

В диагностике заболеваний, сопровождающихся ЖКК, как при любой другой патологии, важен тщательный сбор анамнеза и осмотр пациента, так как на этапе первичного осмотра уже можно предположить причину заболевания. Важно установить, что параметры гемодинамики у ребенка стабильны, поскольку при острых кровотечениях диагностическая и терапевтическая стратегия будет иной, чем у пациента с кровянистыми прожилками в стуле при анальных трещинах как следствие запора.

При сборе анамнеза наряду с клиническими проявлениями ЖКК и объемом кровопотери необходимо учитывать спектр наиболее частых причин ЖКК, характерных для данного возрастного промежутка. Уточняется:

- характер стула (запор/понос);
- наличие тошноты/рвоты;
- локализация и характер абдоминальных болей;
- наличие заболеваний печени, крови, неоплазий, аллергопатологии;
- операции на органах ЖКТ;
- лучевая и химиотерапия;
- травмы брюшной полости, челюстно-лицевой области, органов дыхания;
- прием антибактериальных препаратов и препаратов ulcerogenного действия;
- выезды в страны с неблагоприятной ситуацией по кишечным инфекциям;
- наследственная отягощенность по язвенной болезни, воспалительным заболеваниям кишечника, онкопатологии;
- особенности вскармливания у детей грудного и раннего возраста;
- прием лекарственных средств, продуктов, субстанций, изменяющих цвет каловых масс;
- медицинские манипуляции в полости рта и носа, частые носовые кровотечения;
- нарушения пищевого поведения (например, при анорексии прием слабительных, очистительные клизмы, вызывание рвоты и т. д.);
- характер менструального цикла у девочек-подростков;
- употребление алкогольных напитков, наркотических средств.

В медицинской документации при осмотре пациента должен быть отражен уровень сознания, а также состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, характер мочеиспускания. При этом обращается

внимание на цвет и температуру кожного покрова, время капиллярного наполнения (свыше 2 сек.), наличие тахикардии, проявлений ортостатической гипотензии. Например, показатели пульса более чем на 20 ударов в минуту и снижение систолического давления более 10 мм рт. ст. при переходе из положения лежа в положение стоя могут свидетельствовать о снижении ОЦК более 20 %.

Для первичной ориентировочной оценки степени тяжести острой кровопотери можно рассчитать шоковый индекс по методу Альговера — отношение частоты пульса в 1 мин к величине систолического артериального давления. В норме он равен 0,5. При показателе 1,0 существует дефицит объема циркулирующей крови 20–30 %, 1,5 — 50 %, а при 2,0 — 70 %. В последующем тяжесть кровотечения более целесообразно оценивать, учитывая одновременно величину артериального давления, частоту пульса, данные пульсоксиметрии:

- при дефиците ОЦК до 10 % — слизистые оболочки клейкие, тургор кожи тестообразный, диурез снижен, конечности до кистей и стоп теплые, психическое состояние нормальное, симптом «бледного пятна» не более 2 с, пульс не изменен, АД в пределах возрастной нормы, ЧСС не изменена;

- при дефиците ОЦК до 20 % — слизистые сухие, тургор кожи в форме «шатра», диурез резко снижен, конечности теплые до локтевых и коленных суставов, раздражительность или тревога, симптом «бледного пятна» более 2 с, периферический пульс ослаблен или отсутствует, АД снижается в ортостатическом положении, ЧСС повышена до 10–20 % относительно нормы;

- при дефиците ОЦК до 30 % — слизистые сухие, тургор кожи в форме «шатра», диурез отсутствует, конечности холодные на всем протяжении, полубессознательное состояние, симптом «бледного пятна» более 5 с, периферический пульс слабый или отсутствует, АД снижено, ЧСС повышена на 30–40 % относительно нормы;

- при дефиците ОЦК 50 % и выше — слизистые сухие, тургор кожи в форме «шатра», диурез отсутствует, конечности холодные на всем протяжении, полубессознательное состояние, симптом «бледного пятна» более 5 с, периферический пульс слабый или отсутствует, АД снижено, ЧСС повышена на 30–40 % относительно нормы.

При осмотре кожи и слизистых могут выявляться телеангиоэктазии или пигментные пятна на губах и слизистых оболочках, что может свидетельствовать о наличии у пациента болезни Ослера–Вебера–Рандю, синдрома Пейтца–Егерса или сосудистых эктазий желудочно-кишечного тракта; геморрагическая сыпь — о наличии геморрагических диатезов, звездчатые ангиомы — хронических заболеваний печени.

При осмотре области живота учитывается его форма, цвет кожи, наличие общего или местного выпячивания, метеоризма, состояние пупка,

видимой перистальтики, сосудистой сети, размер печени и селезенки, наличие послеоперационных рубцов, болезненности и т. д. Следует помнить, что для закрытых травм живота появление гемобилии наиболее характерно в поздние сроки.

Оценивается физическое развитие, нутритивный статус, динамика весо-ростовых показателей, проводится визуальный осмотр анальной зоны для диагностики анальных трещин, анита, геморроидальных узлов, пальцевое исследование прямой кишки для выявления полипов; по возможности осматриваются каловые массы.

Детям раннего возраста важно исключить пищевую аллергию, в том числе на белок коровьего молока. В таких ситуациях целесообразно использовать бальную оценку CoMiSS (Cow's Milk-related Symptom Score), которая учитывает кожные, желудочно-кишечные и респираторные симптомы проявлений заболевания (прил., табл. 3).

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

С учетом жалоб и клинических проявлений пациентам проводится комплекс лабораторно-инструментальных исследований с целью выявления источника кровотечения и его причины, оценки степени тяжести и темпа кровотечения, прогноза рецидива кровотечения и диагностику сопутствующей патологии. Объем обследований определяется причиной (источником) кровотечения, тяжестью кровопотери, наличием сопутствующей патологии.

Следует напомнить, что согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.02.2007 г. № 90 «Об утверждении клинических протоколов оказания скорой медицинской помощи детскому населению» пациентам с острым ЖКК неотложная помощь включает следующее:

- строгий носилочный режим, при коллапсе — транспортировка в положении Тренделенбурга;
- запрещается прием пищи и воды;
- «холод» на живот;
- инфузия плазмозамещающих растворов: декстрана/натрия хлорида из расчета 10 мл/кг массы тела, 10 % раствора гидроксипропилкрахмала, затем при АД больше 80 мм рт. ст. — капельно;
- введение этамзилата натрия 2–4 мл 12,5 % раствора в/в;
- оксигенотерапия;
- экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

По показаниям при острых ЖКК необходимая диагностическая программа осуществляется параллельно с проведением интенсивной гемостатической и инфузионной, антисекреторной терапии.

Лабораторная диагностика должна включать общий анализ крови с эритроцитарными индексами, лейкоцитарной формулой, количеством ретикулоцитов. Необходимо помнить, что при острых ЖКК на высоте кровотечения или в первые часы после его начала качественный состав крови меняется несущественно. Сразу после кровопотери может отмечаться умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В дальнейшем (обычно на вторые сутки) происходит разжижение крови тканевой жидкостью, и содержание гемоглобина и эритроцитов снижается, хотя кровотечение может уже остановиться. При острых ЖКК обязательно определяется: группа крови и резус фактор; гемостазиограмма, включающая протромбиновый индекс, активированное частичное тромбoplastиновое время (АЧТВ), фибриноген, показатель международного нормализованного отношения (МНО); биохимический анализ крови, включающий уровни билирубина, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, железо, ферритина, общий белок, мочевины, креатинина.

Для диагностики кишечных инфекций обследование проводится согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2012 г. № 961 «Клинический протокол диагностики и лечения детей с инфекционными заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь».

По показаниям проводится серологический скрининг на целиакию, алергодиагностика, диагностика инфекции *Helicobacter pylori* (гистологический метод, ¹³С-дыхательным тестом, определение *H. pylori* в стуле), определяются маркеры воспаления в стуле (кальпротектин, лактоферрин) и другие.

«Скрытая» кровь в стуле. При подозрении на скрытое ЖКК проводят копрологическое обследование для идентификации «скрытой» крови, не видимой при визуальном осмотре фекалий. В настоящее время для проведения данного обследования используют различные модификации биохимических (пероксидазные пробы) и иммунохимических тестов.

Пероксидазные пробы (гваяковая проба Вебера–ВанДеена, бензидиновая проба («реакция Грегерсена»)) основаны на выявлении в кале гема, обладающего свойствами катализатора окислительно-восстановительных реакций (пероксидазоподобная активность гема). В гваяковой пробе используется гваяковая смола, а гем катализирует реакцию окисления между ней и перекисью водорода, что визуально приводит к изменению окраски в синий цвет. Данная реакция лежит в основе различных вариантов скрининговых тест-систем, так называемых гемокульт-тестов (Немосcult, Немосcult II, Немосcult SENSA), обладающих различной чувствительностью и специфичностью в зависимости от модификации (реакция будет положительной при кровопотере от 10–50 мл мл/сут). Недо-

статком метода является наличие ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Последние могут быть связаны с употреблением аскорбиновой кислоты, блокирующей пероксидазные реакции, а ложноположительные наблюдаются при употреблении продуктов животного происхождения, содержащих в своем составе значительное количество гемового железа, а также овощей и фруктов с большим содержанием растительных пероксидаз. Для уменьшения вероятности ложноположительных результатов скрининга рекомендуется в течение 7 дней до исследования не использовать нестероидные противовоспалительные средства, пероральные формы препаратов железа, а также в течение 3 дней не употреблять в пищу красное и полусырое мясо, некоторые овощи (редис, капуста, хрен), а также аскорбиновую кислоту как в составе витаминных комплексов, так и соковой продукции. Следует помнить, что тест неспецифичен для идентификации источника кровотечения.

В иммунохимическом тесте на скрытую кровь используются моно- и/или поликлональные человеческие антитела, взаимодействующие с белковой частью молекулы гемоглобина — глобином. В отличие от пероксидазных проб для иммунохимического теста не требуется диетической подготовки. Тест более специфичен в отношении кровотечений из нижних отделов ЖКТ, так как в них отсутствуют условия для деградации глобина пищеварительными ферментами. Существуют различные модификации иммунохимических тестов, в которых наряду с гемоглобином могут идентифицироваться комплексы гемоглобин/гаптоглобин и трансферрин, что повышает их диагностическую предсказательную ценность.

Инструментальная диагностика. Основным инструментальным методом диагностики кровотечений из верхних и из нижних отделов является ЭГДС и колоноилеоскопия, двухбаллонная энтероскопия и капсульная энтеро- и колоноскопия, которые в зависимости от показаний проводятся экстренно или в плановом порядке. При данных обследованиях устанавливают источник кровотечения, величину, глубину и локализацию эрозивно-язвенных поражений; при продолжающемся кровотечении — его характер и интенсивность; при остановившемся — наличие тромбированных сосудов, их размер и вид.

Необходимо стремиться к максимальной диагностической информативности, визуализации и архивированию данных эндоскопического исследования, так как его результаты могут быть решающими в последующем выборе лечебной тактики.

Показания для экстренной ЭГДС у детей:

- установление источника кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта;
- инородные тела;
- подозрение на врожденные пороки ЖКТ у детей 1-го года жизни;
- химические ожоги пищевода.

При ЭГДС также верифицируются признаки активности кровотечения и проводится оценка риска ЖКК в соответствии с классификацией J. A. Forrest:

1) продолжающееся:

- Ia — струйное артериальное;
- Ib — капельное артериальное, подтекание крови из-под сгустка;

2) остановившееся:

- IIa — четко видимый тромбированный сосуд;
- IIb — фиксированный сгусток в дне язвы;
- IIc — гематин в дне язвы;
- III — отсутствуют признаки кровотечения, наложения фибрина в дне язвы.

В зависимости от эндоскопической картины диагностическая ЭГДС может трансформироваться в лечебную с проведением эндоскопических методов гемостаза. При экстренной эндоскопии решение о заборе биопсийного материала решается индивидуально.

Показаниями для экстренной колоноскопии являются:

- обнаружение источника и определение интенсивности кишечного кровотечения;
- определение причин кишечной непроходимости;
- инородные тела.

Противопоказания для проведения экстренной ЭГДС и колоноскопии в каждом конкретном случае определяются индивидуально. При наличии крови в кишечнике, затрудняющей визуализацию, обследование может быть ограничено осмотром ректосигмоидного отдела.

Показания для проведения плановой ЭГДС у детей:

- подозрение на врожденные пороки ЖКТ у детей 1-го года жизни;
- ГЭРБ;
- стеноз пищевода;
- эозинофильный эзофагит;
- гастрит;
- гастродуоденальные язвы и эрозии;
- целиакия;
- болезнь Крона;
- аллергические гастроэнтеропатии;
- гастроинтестинальные кровотечения;
- химические ожоги;
- полипоз;
- реакция трансплантат против хозяина (РТПХ);
- дефицитные анемии средней и тяжелой степени;
- абеталипопротеинемии;
- синдром портальной гипертензии.

Показания для проведения плановой колоноилеоскопии у детей:

- нижние гастроинтестинальные кровотечения;
- болезнь Крона, НЯК;
- псевдомембранозный колит;
- аллергический колит;
- стенозы;
- инородные тела;
- реакция трансплантат против хозяина.

При плановом эндоскопическом обследовании забор биопсийного материала является обязательным. При ЭГДС проводится биопсия из желудка (из угла желудка, тела желудка и антрального отдела), двенадцатиперстной кишки и постбульбарного отдела, из пищевода — по показаниям; при колоноилеоскопии — множественные биопсии (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела кишечника). Необходимо помнить о помещении фрагментов из каждого отдела в отдельные флаконы с соответствующей маркировкой.

При высокой активности колита и тяжелом состоянии пациента для первичного установления диагноза допускается проведение ректосигмоскопии с биопсией, а колоноилеоскопия откладывается до стабилизации состояния пациента. В качестве альтернативы в таких ситуациях возможно проведение капсульной колоноскопии.

ДИАГНОСТИКА ТОНКОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Тонкая кишка является самым сложным для эндоскопического осмотра отделом ЖКТ. Часто больные с кровотечением из тонкой кишки длительно наблюдаются по поводу железодефицитной анемии неясного генеза. ЭГДС и колоноилеоскопия не позволяют осмотреть все отделы тонкой кишки. Исключение составляют начальный отдел двенадцатиперстной и терминальный отдел подвздошной кишки, которые доступны традиционной эндоскопии. Остальные отделы (тощая и подвздошная кишка) остаются труднодоступными для инструментальных методов диагностики. Их визуализация является особенно актуальной при кровотечениях с неустановленным источником.

На сегодняшний день единственным методом высококачественного неинвазивного осмотра слизистой оболочки тонкой кишки на всем её протяжении служит видеокапсульная энтероскопия (ВКЭ). Показаниями для проведения ВКЭ у детей являются: подозрение на тонкокишечное кровотечение, полипозы кишечника, тонкокишечная форма болезни Крона, целиакия, новообразования.

Один из основных недостатков ВКЭ — отсутствие возможности получения биопсийного материала с последующей морфологической верификацией выявляемых изменений.

Управляемый доступ в глубокие отделы тонкой кишки при наличии показаний на сегодняшний день способна обеспечить баллонно-ассистированная энтероскопия (БАЭ). БАЭ, являясь инвазивным методом диагностики, позволяет оценить состояние слизистой оболочки глубоких отделов тонкой кишки, просвета, выполнять биопсию, удалять новообразования, останавливать кровотечения, осуществлять баллонную дилатацию стриктур и другое. Показаниями для БАЭ являются:

- подозрение на тонкокишечные кровотечения с возможностью эндоскопической остановки кровотечения;
- подозрение на опухоли тонкой кишки с возможной биопсией;
- уточнение диагноза при болезни Крона с поражением тонкой кишки;
- множественные полипы в тонком отделе кишечника;
- проведение баллонной дилатации стриктур тонкой кишки;
- проведение эндоскопической полипэктомии из тонкой кишки.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Лучевые методы (обзорная рентгенография, рентгеноконтрастное исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, селективная ангиография и др.) в диагностике гастроинтестинальных кровотечений, как правило, не используются в качестве основных. Их выбор и методика выполнения исследования во многом зависят от характера предполагаемого заболевания, остроты процесса и ведущего клинического синдрома, результатов предшествовавших клинических и параклинических исследований.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости позволяет выявить признаки кишечной непроходимости, перфорации полого органа, рентгенконтрастные камни, инородные тела и т. д.

Основное назначение трансабдоминального УЗИ — выявление заболеваний паренхиматозных органов, патологических изменений рельефа слизистой оболочки полых органов, двигательной дисфункции, скоплении газа и жидкости в кишечнике, брюшной полости и т. д. Трансабдоминальное УЗИ кишечника позволяет провести ориентировочную оценку протяженности поражения, оценить вовлеченность тонкой кишки, определить локализацию поражения. Перспективными методиками в этой связи являются чреспищеводное и эндоскопическое УЗИ.

Ирригоскопия и ирригография с дозированным введением через прямую кишку воздуха проводятся при инвагинации. Рентгенологические методы исследования толстой кишки с барием, в том числе ирригография, самостоятельного значения в поиске местоположения источника кровотечения не имеют.

В число методов диагностики ЖКК входят радиоизотопное сканирование и ангиография. Сканирование может быть осуществлено с помощью коллоидного сульфата ^{99m}Tc или эритроцитов, меченных ^{99m}Tc пертехнетатом. Сканирование с мечеными эритроцитами — чувствительный метод для выявления источника с низким темпом кровотока (более 0,1 мл/мин). Недостаток метода — неточное определение локализации источника кровотечения из-за наложения петель кишечника и перемещения крови в просвете кишки вследствие перистальтики. Поздний положительный результат сканирования малоинформативен в отношении выявления точной локализации источника кровотечения, но может подтвердить продолжающееся или интермиттирующее кровотечение при небольшом объеме кровопотери. При негативном результате сканирования нет необходимости выполнять ангиографию в связи с ее меньшей чувствительностью. Для выявления источника кровотечения при ангиографии (селективной мезентерикографии) необходим более высокий его темп, чем в случае сканирования, — не менее 0,5–1,0 мл/мин. Чувствительность метода оценивают в 30 % при рецидивирующем кровотечении и в 47 % при продолжающемся кровотечении, специфичность достигает 100 %. Венозное кровотечение при ангиографии обычно выявить не удастся. Возможно использование КТ-ангиографии, достоверность которой в определении источника кровотечения достигает 60–80 %, но маленькие и плоские мальформации при этом обнаруживаются плохо. Например, ангиодисплазию диаметром 1–2 см этим методом обычно выявить не удастся.

Рентгеноконтрастные методы исследования с введением контрастного вещества перорально при остром кровотечении противопоказаны.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЖКК

Хирургические методы диагностики и лечение являются методами выбора при массивных кровотечениях, продолжающемся кровотечении, повторных кровотечениях и при сочетанной хирургической патологии.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. При кровотечении вследствие кишечного полипа верно всё, кроме:
 - a) кровь обычно алой окраски;
 - b) скудное количество крови;
 - c) кровь определяется в конце дефекации;
 - d) положительны симптомы раздражения брюшины.

2. Наиболее часто встречающаяся эктопированная ткань в стенке дивертикула Меккеля:
 - a) ткани щитовидной железы;
 - b) поджелудочной железы;
 - c) желудка;
 - d) лимфоидная ткань.
3. Гематемезис — это:
 - a) кровавая рвота;
 - b) каловые массы черного цвета;
 - c) мелкие кровоизлияния в кожу и слизистые;
 - d) прожилки крови в каловых массах.
4. Для диагностического поиска источника ЖКК используется:
 - a) ангиография;
 - b) ЭГДС;
 - c) илеоколоноскопия;
 - d) всё вышеперечисленное.
5. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются:
 - a) боли в животе;
 - b) наличие крови в кале;
 - c) нарушение функции кишечника;
 - d) анемия;
 - e) все перечисленные выше симптомы.
6. Какие из отделов пищеварительного тракта поражаются при болезни Крона?
 - a) толстая кишка;
 - b) тонкая кишка;
 - c) пищевод;
 - d) желудок;
 - e) все отделы пищеварительной трубки.
7. Основные патогномоничные клинические признаки язвенно-некротического энтероколита у новорожденного:
 - a) вздутие живота;
 - b) ярко-красная кровь из прямой кишки;
 - c) отсутствие перистальтики кишечника;
 - d) метеоризм;
 - e) отек и гиперемия передней брюшной стенки.

8. При колоноилеоскопии возможен осмотр следующих отделов кишечника, кроме:
- а) дистального отдела прямой кишки;
 - б) сигмовидной кишки;
 - в) нисходящего отдела толстой кишки;
 - г) поперечно-ободочной кишки;
 - д) нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.
9. Язвенный колит необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
- а) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
 - б) амебиаза;
 - в) дизентерии;
 - г) полипоза кишечника.
10. Для каждого патологического состояния, связанного с кровотечением, подберите соответствующее ему определение:
- | | |
|--------------------|---|
| а) гематокольтос; | 1) скопление крови в полости брюшины; |
| б) гематемезис; | 2) скопление крови в плевральной полости; |
| в) гематокезия; | 3) скопление крови во влагалище; |
| г) гемоперитонеум; | 4) кровавый стул; |
| д) гемоторакс. | 5) кровавая рвота. |

Ответы: 1 — д; 2 — б; 3 — д; 4 — г; 5 — д; 6 — д; 7 — г; 8 — д; 9 — а; 10: а — 3; б — 5; в — 4; г — 1; д — 2.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шабалов, Н. П. Детские болезни : учеб. для вузов. В 2 т. / Н. П. Шабалов. 7-е изд., перераб. и доп. Санкт-Петербург : Питер, 2013. Т. 1. 922 с.
2. Детские болезни : практ. пособие для врачей / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. Минск : ФУАинформ, 2013. 892 с.
3. Детская хирургия : учеб. / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского ; отв. ред. А. Ф. Дронов. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1040 с.
4. Медицинская лабораторная диагностика : программы и алгоритмы : руководство для врачей / ред. А. И. Карпищенко. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 696 с.
5. Учайкин, В. Ф. Неотложные состояния в педиатрии : практ. руководство / В. Ф. Учайкин, В. П. Молочный. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 256 с.
6. Эндоскопия. Базовый курс лекций : учеб. пособие / В. В. Хрячков [и др.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 160 с.

Причины ЖКК из верхних отделов ЖКТ

Возраст	Причины
Новорожденные	Заглатывание материнской крови Носовые кровотечения Механические травмы верхних дыхательных путей и ротовой полости интубационной трубкой, назогастральным зондом и т. д. Аллергия к белкам коровьего молока Некротизирующий энтероколит Коагулопатии Эрозивный эзофагит Гастродуоденальные язвы, эрозии Сосудистые мальформации Пороки развития органов ЖКТ Кишечная непроходимость
Дети грудного и раннего возраста	Заглатывание материнской крови Носовые кровотечения Механические травмы верхних дыхательных путей и ротовой полости интубационной трубкой, назогастральным зондом и т. д. Аллергия к белкам коровьего молока Коагулопатии Эрозивный эзофагит Гастродуоденальные язвы, эрозии Сосудистые мальформации Пороки развития органов ЖКТ Кишечная непроходимость Варикозное расширение вен пищевода и желудка Синдром Пейтца–Егерса, Синдром Гарднера Синдром Таркота Синдром Мэллори–Вейса Отравление ядами прижигающего действия Инородные тела Травмы органов ЖКТ
3–18 лет	Варикозное расширение вен пищевода и желудка Гастродуоденальные язвы, эрозии Эрозивный эзофагит Геморрагический гастрит Неоплазии Полипы Сосудистые мальформации Синдром Мэллори–Вейса Коагулопатии Геморрагический васкулит Пороки развития органов ЖКТ

Возраст	Причины
	Кишечная непроходимость Травмы органов ЖКТ Синдром Пейтца–Егерса, Синдром Гарднера Болезнь Крона Синдром Таркота Отравление ядами прижигающего действия Инородные тела Механические травмы верхних дыхательных путей и ротовой полости Гемобилии Синдром Дъелафуа

Таблица 2

Причины кровотечений из нижних отделов ЖКТ у детей

Возраст	Причины
Новорожденные	Заглатывание материнской крови Аллергия к белкам коровьего молока Кровотечения из верхних отделов ЖКТ Некротизирующий энтероколит Болезнь Гиршпрунга Коагулопатии Инфекционные энтероколиты Пороки развития органов ЖКТ
Дети грудного и раннего возраста	Аллергия к белкам коровьего молока Кровотечения из верхних отделов ЖКТ Болезнь Гиршпрунга Инвагинация кишечника Коагулопатии Анальные трещины Инфекционные колиты бактериальной и вирусной этиологии (Salmonella, Shigella, Campylobacter, E coli 0 157, Yersinia enterocolitica, Clostridium difficile, ЦМВ, туберкулез, ВИЧ, амёбиаз и т. д.) Антибиотико-ассоциированная диарея Псевдомембранозный колит (Clostridium difficile) Кандидозы верхних и нижних отделов ЖКТ Гемолитико-уремический синдром Паразитозы: гельминтозы, амёбиаз и другие; Дивертикул Меккеля Сосудистые мальформации Целиакия Пищевая аллергия Пороки развития органов ЖКТ Операции на органах ЖКТ

Оценка клинических симптомов у детей раннего возраста, индуцируемых белком коровьего молока (CoMISS — The Cow's Milk-related Symptom Score)

Симптом	Оценка			
Плач	0	≤ 1 ч/день		
	1	1–1,5 ч/день		
	2	1,5–2 ч/день		
	3	2–3 ч/день		
	4	3–4 ч/день		
	5	4–5 ч/день		
	6	≥ 5 ч/день		
Срыгивание	0	0–2 эпизода/день		
	1	≥ 3– ≤ 5 небольшого объема		
	2	> 5 эпизодов в объёме > 1 кофейной ложки		
	3	> 5 эпизодов в объёме ± половины употреблённой порции < половины кормления		
	4	Постоянное срыгивание в небольшом объеме в течение > 30 мин после каждого кормления		
	5	Срыгивание от половины до всего объема порции питания во время, по меньшей мере, половины кормления		
	6	Срыгивание всей порции питания после каждого кормления		
Стул (Бристольская шкала)	4	Тип 1 и 2 (твёрдый стул)		
	0	Тип 3 и 4 (нормальный стул)		
	2	Тип 5 (мягкий стул)		
	4	Тип 6 (жидкий стул, если не связан с инфекцией)		
	6	Тип 7 (водянистый стул)		
Кожные симптомы	0–6	Атопическая экзема	Голова, шея, туловище	Руки, ноги
		Отсутствует	0	0
		Слабовыраженная	1	1
		Умеренная	2	2
	Тяжёлая	3	3	
	0-6	Крапивница	Нет	Да
		0	6	
Респираторные симптомы	0	Отсутствуют		
	1	Слабовыраженные		
	2	Умеренные		
	3	Тяжёлые		

Интерпретация результатов

При подозрении на аллергию к белкам коровьего молока оцениваются все симптомы и выбирается соответствующий балл, затем балльные оценки суммируются. Максимальная оценка по каждому из симптомов составляет 6, за исключением респираторных, где максимальная оценка — 3 балла.

Плач принимается в расчет, только если ребенок систематически плачет на протяжении 1 недели и более без явной причины, по мнению родителей или лиц, ухаживающих за ребенком.

Оценка может варьировать в интервале от 0 до 33 баллов. АБКМ считается вероятной, если суммарный балл 12 и выше. Для клинического подтверждения диагноза ребенок должен быть переведен на элиминационную диету (безмолочная диета матери, если младенец находится на грудном вскармливании, если на искусственном — заменители грудного молока на основе полного гидролиза белка коровьего молока или аминокислотные смеси).

Коды заболеваний органов пищеварения, а также симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических или других исследованиях, сопровождающиеся ЖКК в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ–10)

Другие болезни органов пищеварения (K92)

Исключено: желудочно-кишечное кровотечение у новорожденного (P54.0–P54.3)

K92.0 Кровавая рвота

K92.1 Мелена

K92.2 Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное

Кровотечение: желудочное БДУ, кишечное БДУ. Исключены: острый геморрагический гастрит (K29.0) кровотечения из заднего прохода и прямой кишки (K62.5) с пептической язвой (K25-K28)

Другие неонатальные кровотечения (P54)

Исключены: кровопотеря у плода (P50.-) легочное кровотечение, возникающее в перинатальном периоде (P26.-)

P54.0 Гематемезис новорожденных

Исключен: обусловленный заглатыванием материнской крови (P78.2)

P54.1 Мелена новорожденного

Исключена: обусловленная заглатыванием материнской крови (P78.2)

P54.2 Кровотечение из прямой кишки у новорожденного

P54.3 Желудочно-кишечное кровотечение у новорожденного

P54.9 Неонатальное кровотечение неуточненное

Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (K20-K31)

Другие болезни пищевода (K22)

K22.1 Язва пищевода

Эрозия пищевода. Язва пищевода БДУ, вызванная: химическими веществами, лекарственными средствами и медикаментами, грибковая, пепти-

ческая. При необходимости идентифицировать причину используют дополнительный код внешних причин (класс XX)

К22.2 Непроходимость пищевода

К22.3 Прободение пищевода

К22.6 Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром

Синдром Маллори–Вейсса

К22.8 Другие уточненные болезни пищевода

Пищеводное кровотечение БДУ

Варикозное расширение вен пищевода (I85)

I85.0 Варикозное расширение вен пищевода с кровотечением

I85.9 Варикозное расширение вен пищевода без кровотечения

Варикозное расширение вен пищевода БДУ

Язва желудка (K25)

K25.0 Острая с кровотечением

K25.1 Острая с прободением

K25.2 Острая с кровотечением и прободением

K25.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением

K25.5 Хроническая или неуточненная с прободением

K25.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

Язва двенадцатиперстной кишки (K26)

K26.0 Острая с кровотечением

K26.1 Острая с прободением

K26.2 Острая с кровотечением и прободением

K26.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением

K26.5 Хроническая или неуточненная с прободением

K26.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

Пептическая язва неуточненной локализации (K27)

K27.0 Острая с кровотечением

K27.1 Острая с прободением

K27.2 Острая с кровотечением и прободением

K27.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением

K27.5 Хроническая или неуточненная с прободением

K27.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

Гастроэюнальная язва (K28)

K28.0 Острая с кровотечением

K28.1 Острая с прободением

K28.2 Острая с кровотечением и прободением

- K28.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением
- K28.5 Хроническая или неуточненная с прободением
- K28.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

Гастрит и дуоденит (K29)

K29.0 Острый геморрагический гастрит

Острый (эрозивный) гастрит с кровотечением Исключена: эрозия (острая) желудка (K25.-)

Неинфекционный энтерит и колит (K50–K52)

K50 Болезнь Крона

K51 Язвенный колит

K52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты

Другие болезни кишечника (K55–K63)

K55 Сосудистые болезни кишечника

Исключен: некротизирующий энтероколит плода или новорожденного (P77)

K56 Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи

K57 Дивертикулярная болезнь кишечника

K60 Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки

Исключены: с абсцессом или флегмоной (K61.-)

K61 Абсцесс области заднего прохода и прямой кишки

K62.5 Кровотечение из заднего прохода и прямой кишки

K63 Другие болезни кишечника

K63.0 Абсцесс кишечника

K63.3 Язва кишечника

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Общая характеристика кровотечений	5
Классификация желудочно-кишечных кровотечений.....	6
Причины желудочно-кишечных кровотечений у детей.....	7
Клинико-лабораторные проявления желудочно-кишечных кровотечений.....	7
Диагностика желудочно-кишечных кровотечений.....	10
Особенности сбора анамнеза и клинического осмотра при ЖКК у детей	10
Лабораторно-инструментальная диагностика.....	12
Диагностика тонкокишечных кровотечений.....	16
Лучевая диагностика.....	17
Хирургические методы диагностики ЖКК	18
Самоконтроль усвоения темы	18
Список использованной литературы.....	20
Приложение.....	21

Учебное издание

Саванович Ирина Ивановна
Сикорский Анатолий Викторович
Аверин Василий Иванович

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Н. Войтович
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 08.09.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,22. Тираж 50 экз. Заказ 633.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.