

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ №1

Тема: «КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ»

Ташкент – 2007

Тема № 13

1. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ

2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Обучить студентов самостоятельной постановке раннего диагноза в первичном звене здравоохранения и на дому при наиболее распространенных формах кровотечений из ЖКТ у новорожденных и детей в различных возрастах и на различных этапах их лечения.

3. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов:

1. Этиологии, патогенезу, классификации кровотечений из ЖКТ у детей.
2. Клинике кровотечений из ЖКТ у детей.
3. Проведению обследования детей с подозрением на кровотечения из ЖКТ (осмотр, пальпация, перкуссия, ректальные исследования).
4. Назначению необходимых лабораторных методов обследования больных с кровотечениями из ЖКТ .
5. Дифференциальной диагностике кровотечений из ЖКТ .
6. Принципам лечения кровотечений из ЖКТ.

ВОПРОСЫ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ:

1. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения.
2. Определение кровотечений из ЖКТ.
4. Значение анамнеза у детей с кровотечениями из ЖКТ.
5. Этиология и патогенез кровотечений из ЖКТ.
6. Классификация кровотечений из ЖКТ.
7. Клиническая картина кровотечений из ЖКТ.
8. Методы обследования больных с кровотечениями из ЖКТ (осмотр, пальпация, перкуссия, ректальное исследование).
9. Лабораторные, рентгенологические и эндоскопические методы исследования.
10. Дифференциальная диагностика кровотечений из ЖКТ.
11. Принципы лечения кровотечений из ЖКТ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Этиологию, патогенез, классификацию кровотечений из ЖКТ.
2. Клиническую картину кровотечений из ЖКТ.
3. Методы обследования при кровотечениях из ЖКТ
3. Принципы лечения кровотечений из ЖКТ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Определять местные симптомы кровотечений из ЖКТ.
2. Интерпретировать данные лабораторных анализов.
3. На основании полученных клинических, лабораторных, инструментальных и специальных методов обследования установить клинический диагноз.
4. Проводить дифференциальную диагностику кровотечений из ЖКТ.
5. Оказать первую помощь при кровотечениях из ЖКТ

План занятия.

1. Переключка
2. Участие на утренней врачебной конференции

3. Определение темы и цели занятия, обоснование актуальности, особенностей течения кровотечений из ЖКТ. Важность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики кровотечений из ЖКТ у детей.
4. Устный опрос,
5. Разбор ОЛКМС.
6. Интерактивные методы.
7. Курация больных и обсуждение результатов
8. Решение тестов и ситуационных задач.
9. Оценка знаний студентов. Занесение баллов в учебный журнал и
10. конспекты студентов.
11. Объяснение новой темы.
12. Домашнее задание

4. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

КЛАССИФИКАЦИЯ.

1. По течению – острое
хроническое
2. По расположению – А) Из верхние отделы ЖКТ.
Б) Из нижние отделы ЖКТ.

КЛИНИКА. Клинические проявления кровотечений из ЖКТ во многом зависит от расположений.

Кровотечение из верхних отделов ЖКТ (кровотечение из пищевода при портальной гипертензии, кровотечение из желудка и 12 перстной кишки при язвенной болезни, кровотечение при синдроме Меллори-Вейса).

Кровотечения при портальной гипертензии

Наиболее частыми осложнениями синдрома портальной гипертензии у детей являются пищеводно-желудочные кровотечения. Кровотечение, как правило, возникают из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка в результате эрозий слизистой оболочки пищевода при пептическом эзофагите или разрыве истонченных стенок вен. Возникновению кровотечения способствует нарушение свертываемости крови у больных с поражением печени и явлениями гиперспленизма. Наличие высокого давления в системе воротной вены обуславливает массивные кровотечения у подобных больных.

Классификация Портальной гипертензии:

- Внепеченочная форма (надпеченочная-с-м и болезнь Бадда-Киари; подпеченочная-каверноматоз, тромбоз или врожденный стеноз воротной вены, тромбоз селезеночной вены)
- Внутрпеченочная форма (цирроз печени, врожденный фиброз печени)
- Смешанная форма

КЛИНИКА. Синдром портальной гипертензии включает комплекс симптомов, обусловленных длительным повышением давления в системе воротной вены и развитием коллатерального кровотока в местах естественных портокавальных и кавакавальных анастомозов.

ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЕ портальной гипертензии симптомы повышения портального давления основываются на клинических проявлениях цирроза печени. На первое место выступают симптомы поражения печени. Больной жалуется на слабость, повышенную утомляемость, исхудание, боли в животе, увеличение его объема. Чувство тяжести в эпигастральной области, диспептические явления, головные боли, повышенную кровоточивость. Отмечаются сухость и бледность кожных покровов. Для тяжелого поражения печени характерно появление сосудистых «паучков» и «звездочек»

на коже. В начальных стадиях отмечается умеренное увеличение печени, поверхность ее гладкая. В поздних стадиях заболевания печень, как правило, не увеличена, нередко даже уменьшена в размерах, плотная, с бугристой поверхностью. Увеличение селезенки различной степени выраженности наблюдается в большинстве случаев. Селезенка плотная, безболезненная. При пальпации степень подвижности ее зависит от наличия перистальтики.

Лабораторные данные. – нарастание билирубина в крови (с преобладанием прямой фракции).

Уменьшение количества общего белка сыворотки крови со снижением альбумина – глобулинового коэффициента возможно уменьшение количества сахара в крови, снижение антитоксической функции печени. Со стороны крови характерна умеренная анемия, лейко- и тромбоцитопения, ускоренная СОЭ.

ВНЕПЕЧЕНОЧНАЯ ФОРМА. Первыми признаками заболевания в большинстве случаев является спленомегалия или внезапно возникающие на фоне кажущегося полного здоровья массивные пищеводно-желудочные кровотечения. Селезенка внепеченочной формы большой величины, плотностью, поверхность ее часто неровная, подвижность ограничена вследствие выраженного периспленита. Изменение в печени связано преимущественно с нарушением печеночного кровотока и не с внепеченочной формой портальной гипертензии, как в крови: (умеренная анемия, лейкопения, тромбоцитопения). После кровотечения селезенка нередко сокращается.

СМЕШАННАЯ ФОРМА: В большинстве случаев не отличается от таковой у больных с внутripеченочной формой портальной гипертензии.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВ ЖКТ.

Язва – дефект слизистой оболочки округлой или овальной формы, окруженный гиперемизированным отечным валиком.

КЛАССИФИКАЦИЯ: Общепринятой классификации гастродуоденальных язв у детей нет, но обычно их различают.

1. По причине возникновения (первичные, вторичные).
2. По течению (острое, хроническое).
3. По характеру осложнений (кровотечений, прободение, ателекзирование).

Образование первичных язв – как правило, считают спонтанным, поскольку не удается установить первопричину заболевания, не редко они являются и проявлением язвенной болезни.

Вторичные стрессовые язвы – возникают на фоне другого заболевания, сопровождающегося значительными обменами, неврогенными или сосудистыми нарушениями.

Кровоточащие язвы желудка и 12-перстной кишки в детском возрасте встречаются редко. Для клинического проявления желудочно-кишечного кровотечения характерна кровавая рвота цвета «кофейной гущи» и дегтеобразный стул.

Состояние больных резко ухудшается, бледность кожных покровов проявляются признаки коллапса. Более объективными критериями являются показатели объема циркулирующей крови, гемоглобина и гематокрита. Иногда при развитии всех признаков кровотечения рвота и дегтеобразный стул не выявляются в течении 2-3 дней и это объясняется значительной вместимости кишечника. В этих случаях целесообразно воспользоваться диагностической очистительной клизмой.

СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА.

Определение. Не язвенное кровотечение характеризующееся возникновением спонтанных разрывов слизистой оболочки и более глубоких слоев стенки проксимальной части желудка и зоны пищеводно-желудочного перехода.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ.

Диафрагмальные грыжи у детей чаще всего являются врожденными и представляют собой порок развития диафрагмы, вследствие которого возможно выхождение органов брюшной полости в грудную полость через дефект в диафрагме. Травматические диафрагмальные грыжи у детей встречаются редко.

Различают три основных вида диафрагмальных грыж.

1. Грыжи ложные.
2. Грыжи истинные.
3. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

КЛИНИКА. Периодические наступающие приступы цианоза, одышка особенно после кормления. Временами рвота и задержка стула.

При осмотре – запавший «ладьевидный» живот в некоторых случаях асимметрия грудной клетки.

Перкуторно – тимпанит над соответствующей половине грудной клетки. Смещение в левую сторону границ сердца. При аускультации – ослабление дыхания. Иногда перистальтика. Шум плеска. Кровотечение в основном встречается при грыжах диафрагмы пищеводном отверстии.

- Боли в животе.
- Анемия.
- Рвота с примесью крови, мелена или скрытая кровь в испражнениях.

Наличие геморрагического синдрома объясняется кровоточивостью слизистой оболочки пищевода и желудка.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОМ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ.

Порок развития связывают с нарушениями в эмбриогенезе процесса опускания желудка в брюшную полость. При не опущении желудка изменяется угол Гисса между пищеводом и желудком, нарушается сфинктерная функция кардиального жома пищевода с диафрагмой. Агрессивное воздействие желудочного сока на слизистую оболочку пищевода являются причиной эзофагита, эрозий, язв и может привести к выраженному сужению пищевода.

КЛИНИКА –Боли. Рвота с примесью крови. Анемия. Дистрофия паренхиматозных органов. В случаях осложненных стенозах на первый план выступает:

- Дисфагия.
- Регургитация.
- Нарушение питания.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЖКТ.

Меккелев Дивертикул. Под названием МД известна патология когда необлитированной остается проксимальная часть желточного протока. Обычно МД располагается на противоположной брыжейке стороне подвздошной кишки в 20-70 см. от Баугиниевой заслонки. Составляет от 2 до 5% . Стенка МД по строению аналогична тонкой кишки, но в его оболочке встречается гетеротопические ткани (желудка, поджелудочной железы). Среди осложнений вызванных ДМ пептическая язва и кровотечение занимают по частоте 2 место после кишечной непроходимости. Эктопированная в дивертикуле ткань желудка или поджелудочной железы и вызывает изъязвление слизистой оболочки, эрозию сосудов и кровотечение.

КЛИНИКА. Кровоточащая пептическая язва дивертикула чаще встречается у детей раннего возраста. Кровотечение чаще возникает среди полного здоровья, может

развиваться обморочное или коллаптоидное состояние. Кровь обычно имеет темно-вишневый цвет со сгустками. При обильном кровотечении каловых масс не бывает. Присоединяются боли в животе, связанные с раздражением кишечных петель излившейся кровью.

Диагноз. Кровотечение из ДМ представляет собой определенные трудности. Поступление темного кишечного содержимого из тонкой кишки слепую при эндоскопии указывает на локализацию источника кровотечения в тонкой кишке. Иногда контрастное исследование ЖКТ устанавливает топическую диагностику.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ.

Опухоли тонкой кишки составляет от 1% до 6% всех новообразований ЖКТ. Среди злокачественных опухолей наиболее часто встречается рак, саркома. Доброкачественные опухоли тонкой кишки – миомы, невромы, лейкомиомы.

КЛИНИКА. Основными клиническими проявлениями доброкачественной опухоли тонкой кишки являются кишечные кровотечения. Бледность кожных покровов, анемия, тахикардия, шум в сердце.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ТОНКОЙ КИШКИ.

При брюшном тифе кровотечение встречается у 2,2-3,6%. Кровотечение необильное, у некоторых больных носит рецидивный характер. Брюшно-тифозные язвы в большинстве случаев бывают множественными располагаются в терминальном отделе подвздошной кишки, имеют хрящевидную плотность. Кровотечение малого характера обычно восстанавливают консервативным лечением. Описаны случаи консервативного лечения.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Выделение крови из прямой кишки могут быть при заболеваниях прямой, слепой, ободочной и толстой кишки. Анамнез играет важную роль и позволяет установить длительность интенсивность кровотечений. Чем дистальнее располагается источник кровотечений, тем чаще наблюдается свежая кровь. Важное значение имеет определение соотношения каловых масс и крови. В правой половине ободочной кишки, где содержимое находится в полужидком виде, кровь переливается с ним и выделяется в виде дегтеобразного кала или плотных масс черного цвета. Кровь, выделяемая левой половины ободочной и прямой кишки – в виде сгустков или прожилок располагающихся по поверхности каловых масс, которые сами по себе могут быть обычными, коричневой окраски.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Среди больных запущенными стадиями часто встречаются осложненные формы и к ним относятся развитие кишечной непроходимости. Перфорация опухоли, нагноение опухоли профузное кровотечение.

Кровотечение из опухоли является результатом распада ткани с эрозией сосуда. Это чаще бывает при экзофитном и язвенном росте опухоли, но при язвенной форме кровотечения может быть массивным вследствие эрозий крупных сосудов иногда артериальных расположенных в основании опухоли или в стенке кишечника или за ее пределы, в том числе брыжейки кишки.

Кишечное кровотечение у 2,6% больных раком толстой кишки и во всех случаях это был рак 4 стадии. Однако многие авторы подчеркивают, что выделение крови является ранним признаком заболевания.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛИПОВ И ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ.

Полипы чаще располагаются в левой половине ободочной кишки и в прямой кишки. Одним из наиболее важных симптомов этих заболеваний являются выделение крови из прямой кишки, обусловленное повреждением поверхности полипов каловыми массами. В некоторых случаях ребенок жалуется на боли во время дефекации. При жалобах на кровотечение из прямой кишки в первую очередь надо думать о полипах.

Обследование начинают с осмотра области заднего прохода и исключают трещину, геморрой ангиомы. Затем переходят к пальцевому исследованию прямой кишки. Эндоскопию должен выполнять опытный специалист.

Задача №1 ДИАГНОСТИКА.

Портальная гипертензия:

1. лабораторное обследование (общий анализ крови, биохимия сыворотки крови, коагулограмма)
2. УЗИ
3. ЭФГДС
4. Спленомонометрия и спленопортография.
5. Ангиография (возвратная мезентерикопортография, аортография, каваграфия)
6. Пункционная биопсия.

Язвенное кровотечение:

- Лабораторное обследование (общий анализ крови – анемия, биохимия сыворотки крови).
- ФЭГДС.
- Рентгенография с бариевой взвесью. симптом «Ниша»

Синдром Мейлори-Вейсона:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- кал на скрытое кровотечение.
- Биохимический анализ крови.
- Коагулограмма.
- Группа крови.
- ЭФГДС (В субкардиальном и кардиальном отделе желудка появляются продольные трещины слизистой оболочки: размеры длина от 1 до 5 см. ширина 1-4 мм. Встречаются один или несколько дефектов).

Кровотечение при диафрагмальной грыже:

Клиническая симптоматика.

Решающим в диагностике является рентгенологическое исследование (пассаж контрастного вещества по ЖКТ в положении Транделенбурга)

При обзорной рентгенографии выявляется - в грудной клетке на стороне поражения обнаруживают дополнительные патологические тени овальной или шаровидной формы, прозрачность которых зависит от степени заполнения кишечных петель воздухом.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОМ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ:

Контрастное рентгенологическое исследование пищевода, которое производят в положении лежа.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ.

- Рентгенологический.
- Эндоскопический.
- Радиоизотопический.
- Селективная верхне-брыжеечная ангиография.

ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.

Цель: Диагностика заболеваний прямой кишки и органов малого таза.

Показания: Патология со стороны прямой кишки – полипы, стенозы, ббцесс Дугласово пространства, инвагинация кишечника, опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства.

Оснащение: Резиновые перчатки и вазелин.

Проводимые шаги:

1. Надеть перчатки

2. Общий подход к пациенту. Положение больного – коленно-локтевое, на боку или спине с приведенными к животу коленями.
3. Надевают перчатку, второй палец смазывают вазелином и вводят в анальный канал.
4. Последовательно по всей окружности исследуют прямую кишку, отмечая наличие болезненности, инфильтрации, полипов, состояние наружного и внутреннего сфинктера.
5. После манипуляции осматривают палец на наличия патологических выделений (гной, кровь, слизь).
6. Снимают перчатки.

Задание № 2 ЛЕЧЕНИЕ.

Портальная гипертензия: Терапию целесообразно начинать с проведением консервативных мероприятий направленных на остановку кровотечения, возмещение потерянной крови и предупреждение возможных осложнений. В случае выраженной кровопотери сначала струйно переливают 80-100 мл. крови в зависимости от состояния ребенка, затем переходят на капельное введение так как быстрое введение большого количества крови может провоцировать рецидив кровотечения. Общее количество переливаемой крови зависит от степени анемии и состоянии ребенка. Одновременно назначают викасол, хлористый кальций в возрастных дозах. Кровопотеря у больных с поражением печени и портальной гипертензии, резко ухудшает функцию печеночных клеток и может явиться причиной развития острой кишечной недостаточности. С целью предупреждения печеночной недостаточности и крови внутривенно и внутримышечно вводят комплекс витаминов, глютаминовую кислоту. Во избежание рвоты и усиления кровотечения, питание через рот исключают. Для освобождения кишечника от излившейся крови и продуктов распада и для уменьшения токсического действия этих продуктов на печень принимают сифонные клизмы.

Если консервативные мероприятия не приводят к остановке кровотечения и улучшение состояния больного, показано сдавление варикозно-расширенных вен пищевода и желудка зондом Блекмора.

Язвенное кровотечение: В комплекс гемостатической терапии входит постельный режим, диета, введение викасола, витаминов, переливание гемостатической дозы крови, плазмы, прямые переливания крови, введения хлористого кальция. Применение эпсилон-аминокапроновой кислоты должно быть обусловлено биохимическими тестами и тромбозластограммой. У взрослых широкое распространение получил метод локальной гипотермии. Хирургическое вмешательство показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течении 6-12 часов. Практикуется три операции при язвенном кровотечении:

1. ушивание кровоточащей язвы
2. Резекция желудка.
3. Ваготомия, сочетанная с дренирующими операциями.

Временная и окончательная остановка кровотечений через эндоскоп. Временное промывание желудка ледяной водой: инфильтрации слизистой оболочки сосудосуживающими препаратами (адроксол, адреналин с новокаином). Локальное орошение слизистой оболочки 96% спиртом, хлор этилом.

Окончательное: диатермическая или лазерная коагуляция. Повторная ЭФГДС через 5-7 дней. При неэффективности оперативное лечение – высокая гастротомия.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОМ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ:

Оперативное. Основными этапами операции является низведение внутренних в брюшную полость, иссечение грыжевого мешка.

Ряд авторов, рассматривая порок как не опущение желудка, считают необходимым проводить консервативную терапию в расчете на спонтанное опущение желудка с возрастом. Рекомендуется возвышенное положение кормления дробными порциями густой пищей симптоматическое и укрепляющее лечение. К оперативному лечению прибегают при возникновении стеноза.

Хирургическое лечение заканчивается в резекции суженного участка.

ЛЕЧЕНИЕ. Экстренная операция показана при успешном консервативном лечении. Основным методом лечения является клиновидная резекция дивертикула. Однако в зависимости от локализации дивертикула и обнаруженных изменениях в прилегающих петлях кишечника может быть выполнение операции полной резекции кишечника с дивертикула Меккеля с последующим анастомозом.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ.

ЛЕЧЕНИЕ. Сегментарная резекция пораженного участка с наложением анастомоза.

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.

1. Сбор анамнеза заболеваний и жизни.
2. Осмотр больного.
3. Пальцевое исследование прямой кишки.
4. Общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови.
5. Введение зонда в желудок и определение крови в желудочном и дуоденальном содержимом.
6. Ректоскопия.
7. Фиброколоноскопия.
8. Ирригоскопия.
9. Радиоизотопное исследование.
10. Селективную ангиографию.
11. Диагностическую лапоротомию.

ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

- Лабораторные данные.
- Рентгенограммы 41-45.
- Видеозаписи спленопортографии.

Задание № 3

1. Новорожденному –
Rp : S. Spasgani - 2.0 ml
Dtd № 5 in ampull
S . По 0,1 мл. в мышцу 2-3 р. в день.
2. Ребенку 1 год
Rp : Inf. Herbae Thermopsisidis 0.2 : 100 мл.
D.S. По 1 ч.л. 3 р в день.
- 3 .Ребенку 5 лет
Rp : Tab. Nistatini 250 000 ЕД № 40
D.S – По 1 т. х 3 р. в день
1. Ребенку 12 лет
Rp : Euphyllini 0.1
Ephedrini hydrochloridi 0.025
Sacchari 0.2.
M.f. pulv. Dtd № 12 in caps.

S – По 1 кап. х 3 р. в день.

2. Взрослому:

Rp : Sol.Acetylcysteini 10% pro inectionibus 2 ml in ampull.

D.S – для в/м инъекций.

S. По 2 мл. х 3 р. Вдень

Задание № 5 Дифференциальный диагноз

Дифференцируют между высеperечисленными патологиями

6. ТЕСТЫ

ТЕСТЫ	
1. При подозрении на кровотечение из язвы 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является: А. Ультразвук. Б. Обзорный рентгеновский снимок. В. Лапороскопия. Г. Гастродуоденоскопия. Д. Исследование желудка с бариевой взвесью.	Г
2. Кровавая рвота у ребенка старше 3 лет обычно связана с: А. Носовым кровотечением. Б. Гематомой пищевода. В. Язвенной болезнью. Г. Расширением вен пищевода. Д. Хронической непроходимостью желудка.	Г
3. У ребенка выявлено массивное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Действие хирурга включает: А. Спленэктомию. Б. Установление зонда Блекмора В. Перевязка артерии селезенки. Г. Перевязка вен желудка Д. Спленэктомию с имплантацией пульпы.	Г
4. В комплекс гемостатических способов при портальной гипертензии входит все кроме: А. Постельного режима. Б. Исключение кормления через рот. В. Зондирование желудка. Г. Инфузионно-гемостатической терапии. Д. Парентерального питания.	А
5. Первые признаки внепеченочной формы портальной гипертензии. А. Кровотечение из вен пищевода при спленомегалии. Б. Боли в животе. В. Асцит. Г. Повышенная кровоточивость.	А
6. Причиной кровотечений из вен пищевода не является: А. Повышенное давление в системе воротной вены «портальный	

<p>криз».</p> <p>Б. Эзофагит.</p> <p>В. Нарушение свертываемости крови.</p> <p>Г. Повышение артериального давления.</p>	
<p>7. Наиболее частая причина кровотечения из прямой кишки у детей.</p> <p>А. Лейкоз.</p> <p>Б. Трещина заднего прохода.</p> <p>В. Язвенный колит.</p> <p>Г. Полипы.</p> <p>Д. Гемофилия.</p>	Г
<p>8. У ребенка кровотечение во время дефекации. При ректальном осмотре – полип прямой кишки. Следует проводить:</p> <p>А. Прошивание ножки и удаление полипа.</p> <p>Б. Колоноскопия, осмотр толстой кишки, коагуляция полипа.</p> <p>В. Ректороманоскопия, электрокоагуляция полипа.</p> <p>Г. Осмотр в зеркалах, электрокоагуляция полипа.</p> <p>Д. Криодеструкция полипа.</p>	Г
<p>8. У ребенка кровотечение в конце акта дефекации. Следует проводить:</p> <p>А. Наружный осмотр.</p> <p>Б. Колоноскопию, осмотр толстой кишки.</p> <p>В. Ректороманоскопию,</p> <p>Г. Осмотр в зеркалах,</p> <p>Д. Фиброгастроскопию .</p>	В

7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	ЗАМЕТКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ
<p>1. Больной 7 лет. Жалобы на периодические боли в животе коликообразного характера, дегтеобразный стул, иногда с чистой кровью в фекальных массах. При пальпации живот мягкий, слабо болезнен вокруг пупка. В анализах крови: Нв-86 г/л. Эр.-$2,6 \times 10^{12}/л.$ Гематокрит – 27%. Анализы кала – эритроциты в большом количестве. На ЭФГДС - изменений со стороны пищевода, желудка, 12-перстной кишки не обнаружено. На колоноскопии изменений не обнаружено. Ваш диагноз? Дальнейшая тактика.</p>	<p>1. Диагноз: Кровотечение из ЖКТ. Дивертикулит Меккеля.</p> <p>2. Оперативное лечение.</p>
<p>2. Больной 11 лет. Жалобы на боли в животе через 30-40 мин. после приема пищи, дегтеобразный стул. Слабость. При осмотре ребенок пониженного питания. Кожа и слизистые бледные. Живот обычной формы. При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Анализ крови: Нв-76 г/л. Эр. $-2,1 \times 10^{12}/л.$ Гематокрит – 26%. Ваш предварительный диагноз?</p>	<p>1. Диагноз: Язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>2. ЭФГДС, контрастная рентгенография.</p>
	<p>1. Диагноз: Кровотечение из</p>

<p>Дальнейшая тактика обследования?</p> <p>3. Ребенок 3 года. Жалобы со слов матери на кровавую рвоту. Кровь в рвотных массах в виде сгустков. При осмотре общее состояние тяжелое. Бледность кожных покровов и слизистых. Ребенок вялый, адинамичный. При осмотре живот обычной формы. При пальпации селезенка выступает из под реберной дуги на 10 см. Печень не увеличена. В анализах крови Нв-85 г/л. Эр.- $2,3 \times 10^9$/л. Гематокрит – 2,7%. На ЭФГДС – Расширение вен пищевода с участками кровотечения. Ваш диагноз? Дальнейшая тактика.</p> <p>4. Ребенок 7 лет. Жалобы на рвоту с кровью, в виде сгустков, дегтеобразный стул, слабость, вялость. Из анамнеза в 4 летнем возрасте перенес гепатит В. При осмотре общее состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые чистые. Живот несколько увеличен. Видны расширенные вены передней брюшной стенки. При пальпации живота печень увеличена + 4см. Селезенка + 12 см. Анализ крови: Нв – 87 г/л. Эр.- $2,7 \times 10^9$/л. Гематокрит – 29%. Анализ кала – эритроциты в большом количестве. Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика обследования и лечения.</p> <p>5. Больной 5 лет. Жалобы на выделение алой крови с калом. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледноватые. Живот мягкий. Безболезненный. В конце акта дефекации отмечается выделение крови. В анализах крови Нв- 97 г/л. Эр.- $2,7 \times 10^{12}$/л. Гематокрит - 30%. Ваш предварительный диагноз. Тактика обследования.</p>	<p>варикозно-расширенных вен пищевода. Внепеченочная портальная гипертензия.</p> <p>2. Остановка крово-течения (вазопрессоры, гемостатики, переливание крови, плазмы).</p> <p>3. После остановки кровотечения: спленопортография, спленомонометрия, 4. опер. лечение.</p> <p>1. Диагноз Цирроз печени. Внутрипеченочная портальная гипертензия. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода.</p> <p>2. Тактика: Голод. Назначение вазопрессоров, гемостатиков, переливание крови и плазмы. Инфузионная терапия.</p> <p>3. ЭФГДС.</p> <p>1.Диагноз: Полип толстого кишечника.</p> <p>2.Колоноскопия.</p>
---	--

8. ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения.
2. Определение кровотечений из ЖКТ.
2. Значение анамнеза у детей с кровотечениями из ЖКТ.
3. Этиология и патогенез кровотечений из ЖКТ.
4. Классификация кровотечений из ЖКТ.
 1. Клиническая картина кровотечений из ЖКТ.
5. Методы обследования больных с кровотечениями из ЖКТ (осмотр, пальпация, перкуссия, ректальное исследование).
6. Лабораторные, рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

7. Дифференциальная диагностика кровотечений из ЖКТ.
8. Принципы лечения кровотечений из ЖКТ.