


Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

Затверджено
на засіданні кафедри
дитячої хірургії з
травматологією та ортопедією
протокол № 1 від 28.08.2020р.

Зав. кафедри 
доц. Пелипенко О.В.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РАБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС
ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ТА НА ЗАНЯТТІ**

Навчальна дисципліна	Дитяча хірургія
Модуль	№3
Тема заняття	Кровотечі з травної системи. Портальна гіпертензія.
Курс	V
Факультет	Медичний № 1

Полтава 2020

КРОВОТЕЧІ ІЗ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ. ПОРТАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ.

1. Актуальність теми.

Кровотеча є одним із важких та край небезпечних ускладнень у хірургії дитячого віку, яка потребує негайної допомоги. Кровотечі із шлунково-кишкового тракту відмічаються у 5-8% дітей з гастроентерологічною патологією, у 55% хворих цієї групи вона виникає при ускладненні виразкової хвороби. Розпізнавання кровотечі – відповідальна та складна діагностична проблема, яка потребує професійних знань та вмінь.

Портальна гіпертензія це симптомокомплекс, який виникає при порушенні кровообігу і підвищенні венозного тиску у системі ворітної вени внаслідок природжених та набутих захворювань печінки. При своєчасній діагностиці та лікуванні захворювання можна отримати гарні та добрі результати у більшості дітей.

2. Конкретні цілі заняття:

А. Виразкова хвороба .

1. Розпізнати основні клінічні прояви кровотеч із верхніх відділів травної системи.
2. Диференціювати кровотечу в залежності од причини.
3. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження при виразковій хворобі (УЗД, ФГДС, рентгенологічне дослідження, КТ), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нб, Нт, ОЦК).
4. Продемонструвати зондування шлунка, охарактеризувати склад шлункового вмісту та випорожнень при кровотечі.
5. Ідентифікувати особливості перебігу виразкової хвороби , що супроводжується кровотечею.
6. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення кровотечі у дітей, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
7. Запропонувати алгоритм дії лікаря при кровотечі із верхніх відділів травного тракту та тактику надання невідкладної допомоги.
8. Тракувати загальні принципи лікування виразкової хвороби у дітей різного віку, що супроводжуються кровотечею та визначити показання до хірургічного лікування.
9. Реабілітація дітей з виразковою хворобою.

Б. Портальна гіпертензія.

1. Розпізнати основні клінічні прояви кровотеч із верхніх та нижніх відділів травної системи при портальній гіпертензії.
2. Диференціювати кровотечі при портальній гіпертензії.
3. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗД, ФГДС, рентгенологічні, фіброколоноскопія, ректороманоскопія), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нб, Нт, ОЦК,).
4. Продемонструвати зондування шлунка, пальцьове ректальне дослідження, охарактеризувати склад шлункового вмісту та випорожнень, продемонструвати накладання зонду Блекмора при кровотечі.
5. Ідентифікувати особливості перебігу портальної гіпертензії, що супроводжуються кровотечею з верхніх та нижніх відділів травного тракту.
6. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення кровотечі у хворих на портальну гіпертензію.
7. Обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при кровотечі з верхніх та нижніх відділів травного тракту та тактику ведення хворого з портальною гіпертензією.

9. Тракувати загальні принципи лікування портальної гіпертензії та її ускладнень, що супроводжуються кровотечею.
10. Визначити показання до хірургічного лікування та основні принципи оперативних втручань у дітей з портальною гіпертензією
11. Прогноз перебігу портальної гіпертензії у дітей.
12. Реабілітація дітей з портальною гіпертензією.

В. Кровотечі з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморої).

1. Розпізнати основні клінічні прояви кровотеч із нижніх відділів травної системи.
2. Диференціювати кровотечі в залежності від причини виникнення.
3. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗ, ФГДС, рентгенологічний, фіброколоноскопія, ректороманоскопія), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нb, Нt, ОЦК).
4. Продемонструвати пальцьове ректальне дослідження, охарактеризувати склад випорожнень.
5. Ідентифікувати особливості перебігу дивертикулу Меккеля, що супроводжуються кровотечею.
6. Ідентифікувати особливості перебігу захворювання при поліпах травного тракту, що супроводжуються кровотечею.
7. Ідентифікувати особливості перебігу тріщин прямої кишки та геморою, що супроводжуються кровотечею.
8. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення кровотечі у хворих з тріщинами прямої кишки та гемороєм.
9. Обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
10. Запропонувати алгоритм дії лікаря при кровотечі з нижніх відділів травного тракту та тактику ведення хворого.
11. Тракувати загальні принципи лікування тріщин прямої кишки та геморою, що супроводжуються кровотечею.
12. Визначити показання до хірургічного лікування.
13. Прогноз при тріщинах прямої кишки та геморою у дітей.
14. Реабілітація дітей.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

№ п/п	Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.	Анатомія	Описувати будову органів черевної порожнини. Оцінити особливості можливих варіантів анатомічної будови органів черевної порожнини.
2.	Гістологія	Знати гістологічну картину органів черевної порожнини. Вміти визначити особливості гістологічної картини різних відділів шлунково - кишкового тракту у дітей різних вікових груп.
3.	Біохімія	Демонструвати лабораторні методи діагностики дитини з кровотечею із травного тракту. Оцінити дані клінічних та біохімічних аналізів: глюкози в аналізах крові, сечі; білка у сироватці крові, сечі; мікроелементів, печінкові показники.
4.	Фізіологія	Описувати фізіологію шлунково-кишкового тракту. Визначити особливості системи травлення у дітей різних

		вікових груп.
5.	Патологічна фізіологія	Описувати патологічні зміни при захворюваннях шлунково-кишкового тракту із кровотечею. Визначити основні моменти етіології, патогенезу при захворюваннях травного тракту, які ускладнюються кровотечею.
6.	Патанатомія	Індивідувати патологоанатомічні зміни при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, які ускладнюються кровотечею. Визначити особливості патологоанатомічних змін при кровотечі із травного тракту.
7.	Оперативна хірургія	Зобразити схематично особливості оперативних втручань у дітей. Визначити особливості топографічної анатомії черевної порожнини у дітей різних вікових груп; обґрунтувати оперативні розтини та втручання в залежності од патології та віку дитини
8.	Пропедевтика дитячих хвороб	Володіти методикою обстеження дитини з кровотечею із травного тракту. Дати оцінку та продемонструвати знання клінічних і лабораторних досліджень, основних симптомів запальних захворювань органів черевної порожнини при яких спостерігається кровотеча із травного тракту.
9.	Інфекційних хвороб	Порівняти симптоми інфекційних захворювань з якими треба проводити диференційну діагностику захворювань черевної порожнини при кровотечі із травного тракту. Провести диференціальний діагноз запальних захворювань та хірургічної патології черевної порожнини при кровотечі із травного тракту.
10.	Рентгенології, УЗД, КТ, МРТ	Інтерпретація даних рентгенологічних досліджень. Оцінити одержані результати після променевих методів діагностики, визначити основні рентгенологічні симптоми. Оцінити дані УЗД, КТ, МРТ досліджень в залежності від характеру патології та віку дитини.
11.	Фармакологія, клінічна фармакологія	Демонструвати особливості призначення лікарських препаратів у дітей. Вміти визначити дози лікарських препаратів в залежності від патології, віку дитини, особливості лікування дітей з гострою хірургічною патологією та кровотечею із травного тракту.

4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення
1. Виразкова хвороба.	Наявність виразки шлунку або дванадцятипалої кишки.
2. Кровотеча шлунково-кишкового тракту.	Наявність крові у блювоті, випорожненнях.
3. Фіброгастроскопія.	Дослідження верхніх відділів травної системи.
4. Фіброколоноскопія.	Дослідження товстого кишечника за допомогою відеолапароскопічної апаратури.
5. Ректороманоскопія.	Дослідження прямої кишки.
6. Портальна гіпертензія.	Симптомокомплекс, обумовлений порушенням кровообігу і підвищенням тиску в

	системі ворітної вени.
7. Зонд Блекмора.	Зонд для зупинки кровотечі з розширених вен стравоходу.
8. Ангіографія.	Рентгенконтрастне дослідження судин.
9. Поліпи.	Поліпи це новоутворення доброякісного та злоякісного характеру.
10. Геморой.	Геморой – це варикозне розширення вен відхідникового каналу та нижнього відділу прямої кишки.
11. Тріщини прямої кишки.	Тріщина прямої кишки – це дефект слизової оболонки аноректального каналу.

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Визначити основні клінічні прояви кровотеч із верхніх відділів травної системи. Класифікація кровотеч в залежності од причини.
2. Визначити допоміжні методи дослідження у дітей з кровотечею шлунково-кишкового тракту (УЗД, ФГДС, рентгенологічне дослідження, КТ), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нб, Нт, ОЦК).
3. Класифікація виразкової хвороби у дітей. Визначити ускладнення виразкової хвороби у дітей.
4. Основні принципи надання невідкладної допомоги дітям з кровотечею із верхніх відділів травного тракту та тактику надання невідкладної допомоги. Основні принципи лікування виразкової хвороби у дітей різного віку, що супроводжуються кровотечею та визначити показання до хірургічного лікування. Принципи реабілітації дітей з виразковою хворобою.
5. Визначити основні клінічні прояви кровотеч із верхніх та нижніх відділів травної системи при портальній гіпертензії
6. Особливості перебігу портальної гіпертензії, що супроводжуються кровотечею з верхніх та нижніх відділів Класифікація портальної гіпертензії у дітей.травного тракту. Невідкладна допомога дітям з кровотечею при портальній гіпертензії.
7. Алгоритм дії лікаря при кровотечі з верхніх та нижніх відділів травного тракту та тактика ведення хворого з портальною гіпертензією. Принципи лікування портальної гіпертензії та її ускладнень, що супроводжуються кровотечею.
8. Показання до хірургічного лікування та основні принципи оперативних втручань у дітей з портальною гіпертензією. Прогноз перебігу портальної гіпертензії у дітей. Реабілітація дітей з портальною гіпертензією.
9. Основні клінічні прояви кровотеч із нижніх відділів травної системи. Визначити класифікацію кровотечі в залежності від причини виникнення.
10. Клінічні особливості перебігу дивертикулу Меккеля, що супроводжуються кровотечею. Клінічні особливості перебігу захворювання при поліпах травного тракту, що супроводжуються кровотечею. Клінічні особливості перебігу тріщин прямої кишки та геморою, що супроводжуються кровотечею.
11. Алгоритм дії лікаря при кровотечі з нижніх відділів травного тракту та тактика ведення хворого. Загальні принципи лікування тріщин прямої кишки та геморою, що супроводжуються кровотечею.
12. Визначити показання до хірургічного лікування тріщин прямої кишки та геморою, що супроводжуються кровотечею. Прогноз при тріщинах прямої кишки та геморою у дітей.
13. Реабілітація дітей.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті.

1. Зібрати анамнез життя та захворювання у дитини з виразковою хворобою, портальною гіпертензією. кровотечею з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморой).
2. Провести огляд хворого, пальпацію, аускультацию у дитини з виразковою хворобою, портальною гіпертензією. кровотечею з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморой).
3. Описати об'єктивний статус та визначати клінічні та рентгенологічні симптоми у дитини з виразковою хворобою, портальною гіпертензією. кровотечею з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморой).
4. Обґрунтовувати та скласти план обстеження та лікування у дитини з виразковою хворобою, портальною гіпертензією. кровотечею з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморой).
5. Визначити загальні принципи лікування дитини з виразковою хворобою, портальною гіпертензією. кровотечею з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморой).
6. Надати невідкладну допомогу дитині з кровотечею із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.
7. Визначати показання і протипоказання до консервативних та оперативних методів лікування, особливості ведення дітей в післяопераційному періоді.
8. Призначити реабілітаційні заходи для дітей з виразковою хворобою, портальною гіпертензією. кровотечею з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморой).

Зміст теми.

Частіше у клінічній практиці користуємось класифікацією Стручкова В.І. шлунково-кишкових кровотеч (ШКК):

1. За локалізацією:
 - із верхніх відділів (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка);
 - із тонкої кишки (порожня, клубова);
 - із нижніх відділів (товста кишка).
2. За клінікою: активні (ті, які тривають), ті, що зупинились.
3. За об'ємом: масивні (профузні), малі (мінімальні).
4. За характером: гострі, хронічні (приховані, окультні).
5. За етіологією: виразкові, невиразкові.
6. За ступенем важкості величини крововтрати: легка, середня, тяжка крововтрата.
7. За частотою: первинні, рецидивуючі.

Прямі клінічні симптоми шлунково-кишкової кровотечі:

1. Haematemesis - кривава блювота.
2. Haematochezia - виділення незміненої чи малозміненої крові з прямої кишки.
3. Melena - виділення зміненої крові з прямої кишки у вигляді дьогтьоподібних випорожнень.

Непрямі клінічні симптоми шлунково-кишкової кровотечі.

1. Блідість шкірних покривів
2. Млявість
3. Сонливість
4. Запаморочення
5. Похолодання кінцівок
6. Частішання і ослаблення пульсу на периферійних судинах
7. Зниження артеріального тиску

ШКК із верхніх відділів травного тракту можуть викликати декілька сотень захворювань. Найчастіші із них: дуоденальна виразка, виразка шлунку, виразка

анастомозу, ерозивний гастрит, варикозне розширення вен стравоходу, синдром Маллорі-Вейса, ерозивний дуоденіт, ерозії і виразки стравоходу, судинні мальформації, захворювання тонкої кишки.

Незалежно од рівня шлунково-кишкового тракту, де виникають кровотечі, розрізняємо виразкові і невиразкові кровотечі. Невиразкові кровотечі пов'язані з локалізацією в травному тракті (туберкульоз, інвазія, геморой, ін.), або зумовлені патологічним процесом за межами шлунку і кишківника (тромбоз ворітної і селезінкової вен, захворювання системи крові, отруєння, уремія, авітамінози). Сюди відносимо травми стравоходу, шлунку, печінки: забій, розриви, хімічні і термічні опіки, сторонні тіла. До невиразкових кровотеч відносимо ускладнення різних діагностичних і лікувальних маніпуляцій (операції, лікування глюкокортикоїдами, антикоагулянтами).

Необхідно також виділити “несправжні” кровотечі, при яких діти зригують проковтнуту кров із носоглотки, порожнини рота, трахеї.

В характеристиці кровотеч дуже важливим моментом є визначення тяжкості кровотечі.

Клініко-лабораторні ознаки крововтрати різного ступеня важкості:

	Ступінь крововтрати			
	легкий	середній	важкий	вкрай важкий
1	2	3	4	5
Дефіцит ОЦК (% від належного)	10-20 до 1000* мл	21-30 1000-1500* мл	31-40 1500-2000* мл	41-70 2000-3500* мл
Пульс (уд. за 1 хв.)	до 90	90- ПО	110- 120	>120
АТ (мм рт. ст.)	>120	120-80	80-70	<70
ЦВТ (мм вод. ст.)	120-80	80-60	<60	0
Шоковий індекс (П/АТ)	0,54 – 0,78	0,78-1,38	1,38- 1,5	>1,5
Еритроцити (х 10 ¹² /л)	5,0-3,5	3,5-2,5	2,5-2,0	<2,0
Гемоглобін (г/л)	120-100	100-80	80-60	<60
Гематокрит (%)	44-38	38-32	32-22	<22
Діурез (мл/на год)	50-60	40-50	30-40	<30

Примітки:

- зафіксований колаптоїдний стан на висоті геморагічної атаки є свідченням крововтрати важкого ступеня або понад 30% ОЦК;
- хірургічна тактика при важкій та вкрай важкій крововтраті ідентична;
- вказані лабораторні показники коректні у разі тривалості кровотечі більше 12 годин;
- *величини в мл для хворого вагою 70-80 кг.

Залежно від ступеня крововтрати змінюється коагулограма дитини. При легкому ступені крововтрати концентрації фібриногену, кількість тромбоцитів, тромбіновий час, фібринолітична активність підвищені мало або знаходяться в межах нормальних величин. Середній ступінь крововтрати характеризується зниженням рівня фібриногену, кількості тромбоцитів, тромбінового часу, а фібринолітична активність підвищується мало. Тяжкий ступінь кровотечі проявляється значним зниженням концентрації

фібриногену, тромбо-цитопенією, зменшенням тромбінового часу при одночасному підвищенні фібринолітичної активності.

Особливої уваги вимагають хворі з важким ступенем крововтрати, так як у них порушення гемодинаміки і метаболізму досягають найбільших порушень: швидко розвиваються зміни гемостазу, перерозподіл крові у організмі, циркуляторні порушення. Все це в сукупності веде до розвитку шоку, гострої ниркової недостатності, печінкової недостатності, гіпоксії міокарду, мозку, інтоксикації продуктами гідролізу, білків крові, що вилились в кишківник.

Гострі кровотечі частіше бувають тривалими і інтенсивними. Хронічні кровотечі мінімальні за об'ємом, але тривалі, схильні до рецидивів і часто є приковані (окулярні). Малі за об'ємом кровотечі можуть не супроводжуватись помітною клінічною реакцією серцево-судинної системи і швидко компенсуються за рахунок перерозподілу крові і тканинної рідини. Масивні кровотечі (> 15-20% ОЦК) маніфестують чіткою клінічною картиною геморагічного шоку з розвитком поліорганної недостатності.

ШКК зустрічається у дітей всіх вікових груп: виразкові кровотечі переважають у дітей шкільного віку (10-14 років), невиразкові – частіше у хворих дошкільного віку. Частіше ШКК буває у хлопчиків незалежно од віку.

Важливо відмітити, що ШКК у дітей найчастіше спостерігаються при високому рівні секреції соматотропного гормону, що можна розглядати, як фактор ризику розвитку захворювань органів травлення і розвитку ускладнень. Підтвердженням цієї гіпотези є те, що діти з подальшою патологією органів травлення і ШКК, народжуються доношеними, часто “крупним” плодом (≥ 4000 г).

Немаловажне значення серед причин гастроінтестинальних захворювань має спадкова схильність, яка при виразковій хворобі зустрічається у 30-75% випадків. Дітям з гастроентерологічною патологією властива підвищена метеочутливість: загострення захворювання частіше восени і навесні. Невиразкові кровотечі з однаковою частотою спостерігаються на протязі року.

Клінічна картина гострих ШКК залежить від багатьох факторів, перш за все від ступеня крововтрати, характеру основного захворювання, віку, стану компенсаторних можливостей організму. Однак завжди спостерігаємо кроваву блювоту, мелену, колапс. В одних випадках явні зовнішні ознаки кровотечі (кривава блювота, мелена) в травний тракт передують появі загальних симптомів, гострої крововтрати, в інших – переважають загальні симптоми крововтрати.

Провідним симптомом гострої крововтрати із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є кровава блювота (haematemesis). Вона може бути рясною, у вигляді “кавової гущі” і алої крові з домішками або без домішків їжі, одноразовою, багаторазовою, супроводжуватись втратою свідомості, передувати мелені або виникати на тлі чорного, дьогтьоподібного калу.

При профузній кровотечі блювота виникає раптово на фоні уявного благополуччя, хоча їй передують наростаюча слабкість, головокружіння, нудота. Швидко розвивається синкопальний стан, виявом якого є різка блідість шкіри, холодний липкий піт, тахікардія, тахіпноє. Знижується АТ, над верхівкою серця вислуховується систолічний шум. Блювота звичайно виникає швидко після профузної кровотечі і представлена алою незміненою кров'ю.

Така клінічна картина властива хворим з портальною гіпертензією, синдромом Маллорі-Вейса, виразковою хворобою з локалізацією виразки у шлунку і дванадцятипалій кишці, коли ерозії підлягають крупні артеріальні судини. При значній профузній кровотечі, при портальній гіпертензії, блювота виникає “фонтаном”.

У випадку помірної кровотечі блювоті передують слабкість, головокружіння, нудота, наростання болей в животі. В блювотних масах визначаються прожилки або згустки крові. Якщо кровотеча незначна і кров затримується в шлунку, то можлива блювота “кавовою гущею”. При цьому гемоглобін крові під впливом соляної кислоти в просвіті шлунку перетворюється у солянокислий гематин. Блювотні маси набувають вигляду темної рідини, яка нагадує кавову гущу.

Кровава блювота спостерігається у дітей із патологією органів травлення. Однак дебютом захворювання вона є рідко (10%): виразкова хвороба з локалізацією виразки у дванадцятипалій кишці; ерозивно-геморагічний гастрит, портальна гіпертензія, халазія стравоходу.

Другим важливим симптомом кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту є чорний, дьогтьоподібний кал – *melena*. Цей симптом появляється у більшості хворих. Поява мелени свідчить про кровотечу із проксимальних відділів травного тракту, зокрема шлунку і дванадцятипалої кишки. Однак мелена також може бути при патології стравоходу, портальній гіпертензії, поліпозі кишечника. Повільне поступлення крові у просвіт кишки зумовлює темний колір калових мас. Поступове нагромадження крові в товстій кишці приводить до її розкладання: утворюється сірчанокиисле залізо, яке надає каловим масам колір від темно-вишневого до чорного.

У випадку масивної кровотечі можлива дефекація, коли випорожнення мають вишневий колір. Наявність у випорожненнях яскравої, темної крові вказує на те, що причина кровотечі знаходиться в дистальних відділах кишечника. При цьому необхідно виключити споживання деяких харчових продуктів, що містять багато крові (кров'яна ковбаса, печінка). Темний колір калових мас спостерігається при прийомі карболену, препаратів вісмуту, великої кількості вишень, чорниць. Вишневий відтінок випорожнень може бути при споживанні у великій кількості малини, червоної смородини.

Одночасно поява кровавої блювоти і мелени спостерігається у дітей з ШКК – до 30% випадків. Як правило, спочатку появляються кровава блювота, а через 1-2 дні – мелена. Така послідовність клінічних симптомів характерна для дітей з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і шлунку, гострими гастродуоденальними виразками, ерозивно-геморагічним гастритом, портальною гіпертензією, дуоденальним стазом. Однак не виключена поява спочатку мелени, а через 1-3 дні виникає кровава блювота. Це свідчить про тривалу рецидивуючу кровотечу.

Розвиток гострої значної кровотечі приводить до невідповідності ємкості судинного русла і ОЦК. Це супроводжується зниженням АТ, прискоренням пульсу, зменшенням хвилинного об'єму (ХО) крові. У відповідь на крововтрату наступає захистна реакція у вигляді спазму судин, зменшення об'єму судинного русла. Розвивається клінічна картина геморагічного шоку: наростають загальна слабкість, шум у вухах, мерехтіння в очах, холодний піт, загальмованість, блідість шкіри, зниження АТ, нитковидний пульс, короткочасні синкопальні стани.

Втрата свідомості є критерієм важкої кровотечі. Прогностично несприятливими є повторні, рецидивуючі кровотечі. Найчастіше рецидиви ШКК є у дітей з виразковою хворобою. При цьому розвиваються порушення в системі гемостазу, змінюється мікроциркуляція, наростають дегенеративно-дистрофічні зміни в тканинах, зокрема кругом виразкового дефекту. Дистрофічно змінені тканини некротизуються, руйнуються судини, що викликає повторні, інтенсивні кровотечі, можливу перфорацію. При цьому має місце напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо в епігастрії, пілородуоденальній зоні. Глибока пальпація живота є практично неможливою.

Захворювання при яких виникає ШКК.

Соматичні та інфекційні захворювання	Суміжні захворювання	Хірургічні захворювання
Дизентерія	Геморагічна хвороба новонароджених	Інвагінація кишечника
Геморагічний діатез	Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки	Портальна гіпертензія
Гострі лейкомічні та алейкемічні процеси	Хвороба Шенляйн-Геноха	Кила стравохідного отвору
Кишечні паразити	Неспецифічний виразковий коліт	Геморагічний гастрит
Лімфогрануломатоз кишківника	Тифо-паратифозна інфекція	Дивертикул Меккеля
Гострий гепатит	Гемофілія	Поліпи товстої кишки, хвороба Пейтца-Егерса, хвороба Маллорі-Вейса
Обмінний ретикульоз		Подвоєння кишечника, пухлини

Серед хірургічних захворювань доцільно розподіляти кровотечі за локалізацією:

Стравохід	Геморагічна хвороба новонароджених, кили стравохідного отвору, халазія стравоходу, кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку
Шлунок, дванадцятипала кишка	Геморагічний гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, хвороба Маллорі-Вейса, поліпи шлунку, пухлина шлунку
Тонка кишка	Дивертикул Меккеля, поліпоз тонкої кишки(хвороба Пейтца-Егерса), інвагінація, подвоєння тонкої кишки, лімфофолікулярна гиперплазія термінального відділу здухвинної кишки, пухлина
Товста кишка	Поліпи товстої кишки, неспецифічний виразковий коліт, інвагінація, пухлини, гемангіоми

Дуже зручною є класифікація залежно від віку:

Немовлята	1. Родова травма 2. Гіпоксія, асфіксія 3. Транзиторна схильність (геморагічна хвороба немовлят)
Грудний вік	1. Інвагінація кишечника 2. Поліпи товстої кишки Рідше: подвоєння кишечника, грижі стравохідного отвору діафрагми
1-3 роки	1. Дивертикул Меккеля 2. Подвоєння кишечника 3. Поліпи прямої кишки 4. Рідше – симптом Шерешевського-Тернера (телеангіоектазія) 5. Пухлини

Старші 3 років	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поліпи прямої кишки 2. Рідше – симптом Пейтца-Егера 3. Пухлини 4. Інвагінація
Старші 7 років	<ol style="list-style-type: none"> 1. Портальна гіпертензія 2. Геморагічний гастрит 3. С-м Маллорі-Вейса 4. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки 5. Неспецифічний виразковий коліт

Кровотечі у немовлят.

Гемостаз у нормі залежить від взаємодії тромбоцитів і розчинених у плазмі білків, які, вступаючи у взаємодію, утворюють фібринозний згусток.

Кровотеча в немовлят може бути наслідком якісної чи кількісної зміни еритроцитів або білків, що відповідають за згортання крові. Для немовлят характерне зниження на 30-70% вітамін-К-залежних факторів системи згортання, (II, VII, IX і X), у недоношених цей стан є ще більш небезпечним, оскільки введення вітаміну виявляється неефективним через транзиторну незрілість печінки.

Для дітей слабких, недоношених, які перенесли внутрішньоутробний сепсис або гіпоксію, може мати місце розсіяна внутрішньосудинна коагуляція (РВК) або ДВЗ-синдром. Поява кровотечі у зрілих доношених дітей обумовлена тромбоцитопенією внаслідок імунологічного конфлікту і виявляється класичною геморагічною хворобою немовлят.

Геморагічний гастрит.

Характеризується множинними крововиливами, гострими ерозіями або поверхневими виразками слизової шлунка. Розрізняють ерозивний і геморагічний гастрит. Під час кровотечі відрізнити геморагію від ерозії важко. Найчастіше геморагічний гастрит розвивається в результаті системних захворювань (ендокринних, інфекційних, токсичних, септичних) або під впливом локальних факторів (лікарські засоби, судинні чи аліментарні розлади), а також механічного роздратування (травма). Основне в геморагічному гастриті – порушення обмінних процесів, згортаючої системи крові, підвищення проникності стінок капілярів. Виникненню ерозій і виразок сприяє підвищення кислотності шлункового соку, унаслідок стресу, гіперкапнії, некробіотичних змін у слизовій оболонці, обумовлених гіпоксією, чи токсемією, спазмом судин, і місцева дія лікарських речовин, що ушкоджують. Клініка кровотечі (криваве блювання) є першою ознакою виразки. Іноді кровотечі виникають перед появою болю в животі.

Діагноз встановлюють на підставі ендоскопічного дослідження, проведеного на висоті кровотечі. При цьому визначають набряк слизової оболонки, її геморагію, ерозії, дрібнокрапкові крововиливи. Характерним є кровотеча з ділянок візуально неушкодженої слизової.

Синдром Маллорі-Вейса. Синдром Маллорі-Вейса – одна з причин невиразкових кровотеч, зв'язаних зі спонтанним розривом оболонки, чи більш глибоких шарів стінки шлунка стравохідно-шлункового відділу. Зустрічається дуже рідко в підлітковому віці. У патогенезі ведуче місце відводять підвищенню тиску в кардіальному відділі при недостатнім розкритті кардії при сильному кашлі, приступі бронхіальної астми, епілептичному припадкові. Така картина може спостерігатися і при сильній блювоті. До сприятливих факторів варто віднести езофагальну грижу, запальні захворювання стравоходу і шлунка.

Клініка. Блювота кольору кавової гущавини, рідше – червоною кров'ю.

До цього, як правило, спостерігається блювота без домішки крові.

Діагноз: уточнюється на основі ендоскопічного дослідження, під час якого визначають розміри ушкоджень, частіше тріщини від 1 до 5 см. Дно розривів заповнене

згустками крові. Поряд з розривами слизової можуть відзначатися більш глибокі ушкодження підслизового і м'язового шарів.

Характер лікування визначається інтенсивністю кровотечі. Починають з консервативної терапії: промивання крижаною водою, призначення судинозвужувальних засобів (адроксон, адреналін, новокаїн), за допомогою інжектора роблять локальне омивання 96% спиртом, хлоретілом, епіллон-амінокапроновою кислотою. Ці засоби допомагають припинити кровотечу для того, щоб потім зробити остаточну зупинку кровотечі за допомогою діатермічної, лазерної коагуляції. При відсутності ефекту роблять гастротомію й ушивання розривів.

Кровотеча при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки.

Кровотеча може виникати як на тлі «виразкового» анамнезу, так і без яких-небудь провісників. Перфорація і кровотеча зі шлунка в дітей (особливо якщо вони виникли на тлі важких захворювань: нефрит, сепсис, гепатит, уремія, термічні опіки) є особливо небезпечними. Так названі стресові виразки в цих хворих, як правило, розвиваються в термінальній фазі, особливо при проведенні масивної гормональної терапії.

Портальна гіпертензія.

Основна причина портальної гіпертензії – обмеження відтоку з портальної системи. Перешкода може розташовуватися вище, нижче або усередині самої печінки.

Другим фактором підвищення тиску у воротній вені є збільшення приливу крові у вісцеральне русло, зв'язане з гіпердинамічним кардіальним синдромом. Останнє спостерігається при цирозі печінки.

Діагностика та лікування портальної гіпертензії звертає на себе увагу не тільки хірургів, а і лікарів інших спеціальностей – педіатрів, рентгенологів, морфологів та ін.

Класифікація портальної гіпертензії за Auvert

1. Надпечінковий блок
2. Внутрішньопечінковий блок
3. Позапечінковий блок
4. Змішаний блок

Для хірургів більше значення має внепечінкова форма портальної гіпертензії (ВППГ).

Причиною розриву варикозних вен і виникнення кровотечі вважають:

1. Підвищений тиск у системі воротної вени.
2. Зміна слизової шлунка і стравоходу внаслідок порушення кровообігу, що виявляється ерозіями, виразками.
3. Порушення згортаючої системи крові.

Клінічно за 1-2 дня до кровотечі в хворого з'являється слабкість, нездужання, біль у епігастральній ділянці, підвищення температури до 39-40°C, що нерідко розцінюється як ГРЗ, ГРВІ. Далі настає погіршення: підсилюється слабкість, з'являється блідість шкіри і слизових, спрага, сухість у роті, тахікардія, знижується наповнення і напруга пульсу, падає АТ, розвивається клініка геморагічного шоку. Потім з'являється блювання кольору кавової гущавини, через кілька годин – дьогтеподібний стілець, при профузних кровотечах – стілець у вигляді „малинового желе” вже через 30-40 хвилин. Збільшена селезінка швидко зменшується, однак вона залишається приступною для пальпації.

Сучасне УЗД радикально змінило можливості ранньої діагностики позапечінкової форми ППГ. Раніш у більшості дітей кровотеча з вен стравоходу була першим проявом захворювання. Тепер діагноз може встановлюватися до розвитку кровотечі.

Ультразвуковими ознаками ВППГ є нормальна структура печінки без її збільшення. Головною ознакою ВППГ на УЗД є відсутність правильно сформованої воротної вени і її внутрішньопечінкових гілок. На УЗД визначається конгломерат звитих вен і фіброзної тканини (портальна кавернома). Іншим симптомом є стовщення судин малого сальника до розмірів черевної аорти.

Використовуючи доплерографію можна знайти зворотний кровоток у судинах малого сальника, а також уповільнення струму крові в 2-3 рази в судинах брижі і селезінковій вені.

Під час УЗД необхідно установити не тільки причину портальної гіпертензії, але і варіанти анатомії вісцеральних вен, з якими можна буде накладати декомпресивний анастомоз.

На УЗД візуалізується верхньобрижева вена (при ВПГ вона збільшена, стінки її стовщені), можна простежити селезінкову вену, нижню порожню вену і ліву ниркову вену, пороки якої при ВПГ зустрічаються в 10% випадків, що може затруднити її виділення під час операції.

При портальній гіпертензії використовується метод дослідження судин за допомогою ангіографії, що дозволяє побачити вени черевної порожнини в реальному зображенні. Спленопортографія в даний час використовується вкрай рідко.

Фіброезофагогастроскопія дозволяє побачити розширені варикозно змінені вени стравоходу і кардіального відділу шлунку. Ознакою ПГ є розширення, вибухання вен, їхня напруга. Наявність вишневих плям на венах стравоходу, гіперемії, фібринозних накладень, звитість є грізними попередниками кровотечі.

Лікування ВПГ на сучасному етапі зводиться до запобігання кровотечі або лікуванню кровотечі з розширених вен стравоходу і шлунка з метою запобігання їх у майбутньому.

Лікування кровотеч у гострому періоді починають з консервативної терапії і продовжують протягом декількох годин. У шлунок уводять зонд і видаляють вміст, а також його залишають для контролю за інтенсивністю кровотечі. Незважаючи на триваючу кровотечу, обсяг інфузійної терапії скорочують до 50% обсягу добової потреби. Включають препарати, спрямовані на поліпшення реології. Хворому переливають еритромасу і свіжозаморожену плазму. Ціль подібного переливання – зниження системного тиску і підвищення в'язкості крові.

Дуже важливою складовою частиною лікування є глибока седативна терапія для виключення занепокоєння хворого через спрагу і наявність зонду в шлунку.

У Росії професором А.Ф.Леонтьєвим розроблені і широко використовуються венозні шунтування. На висоті кровотечі доцільно використовувати накладення найбільш широких анастомозів, здатних цілком припинити кровобіг у варикозних венах стравоходу і шлунка. Найчастіше накладають сплено-ренальний або сплено-супраренальний анастомоз «бік-в-бік». Рідше застосовують мезентеріко-кавальний анастомоз, ще рідше використовують вставку з внутрішньої яремної вени.

Як вказує проф. А.Ю.Разумовський (клініка академіка Ю.Ф.Ісакова), шунтуючі операції показані при збереженні функції печінки в хворих із позапечінковою ПГ, а також уродженим фіброзом печінки. При внутрішньопечінковій формі ПГ показана склеротерапія або деваскуляризація по Сугіурі.

КЛІНІЧНА КАРТИНА КРОВОТЕЧ ІЗ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.

Захворювання характеризуються: загальною слабкістю, старші діти скаржаться на шум у вухах, запаморочення, мелькання в очах, при огляді звертає на себе увагу липкий піт, блідість шкірних покривів і слизових, похолодання кінцівок, загострення рис обличчя, загальмованість, в окремих випадках ейфорія, що змінюється затемненням свідомості, при тривалій кровотечі відзначається тахікардія, аритмія, серцеві тони приглушені. При спробі підняти хворий може знепритомніти, АТ падає, знижується ЦВТ, ОЦК. Захворювання супроводжується кривавим блюванням, дьогтьоподібним стільцем, стільцем за типом “малинового желе”, витіканням червоної крові з ануса.

Діагностика кровотеч із ШКТ.

Діагностика кровотеч із травного тракту складається з:

1. Визначення обсягу крововтрата (за даними пульсу, АТ, Ер, Нб, Нт, ОЦК, ЦВТ).

2. Виявлення джерела кровотечі. Останнє визначається на підставі:
 - а) характеру крові в блювоті;
 - б) характеру крові у випорожненнях.

Додаткові методи дослідження при шлунково-кишкових кровотечениях

- 1.Рино-фаринго-ларингоскопія.
- 2.Фіброгастроскопія
- 3.Фіброколоноскопія
- 4.Рентгеноскопія ШКТ.
- 5.Пневмоколографія
- 6.Гепатоспленопортографія
- 7.Ангіографія
- 8.Ультразвукове дослідження
- 9.Радіоізотопна сцинтиграфія
- 10.Лапароскопія.

Кровотеча з верхніх відділів ШКТ (слизова стравоходу, шлунку, 12-палої кишки) носить характер «кавової гушавини», оскільки гемоглобін, під дією соляної кислоти, перетворюється в солянокислий гематит, здобуваючи коричневого кольору. Однак, при масивній крововтраті така зміна гемоглобіну не відбувається, тому блювота має колір малозміненої крові.

При кровотечениях із дивертикула Меккеля кров, змішуючись з вмістом кишечника, здобуває дьогтьоподібний колір, колір малинового желе. При поліпах прямої кишки кров розташовується на поверхні калу, колір її не змінений.

При невеликих кровотечениях зі шлунка, стравоходу, блювання може і не бути, про кровотечу можна судити по кольору випорожнень або по лабораторним даним (прихована кров).

Як додаткові методи використовують рентгенологічні, ендоскопічні і спеціальні дослідження.

Рентгенологічний метод широко використовувався раніше при кровотечениях з варикозно розширених вен стравоходу, шлунка (портальна гіпертензія), виразкової хвороби шлунка, 12-палої кишки (дефект наповнення), поліпозі кишечника (подвійне контрастування). В даний час частіше застосовується фіброезофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, що дозволяють оглянути слизову, визначити джерело кровотечі й одночасно зробити коагуляцію або склерозування судин, що кровоточать.

При портальній гіпертензії вирішальне не тільки діагностичне, але і лікувальне значення має доплерографія.

Серед спеціальних методів діагностики важливу роль грають радіоізотопні методи, ангіографія й ін.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ.

Методи консервативної терапії гострих шлунково-кишкових кровотеч

1. Катетеризація периферичної чи центральної вени (при інтенсивній кровотечі - обов'язково центральної).
2. Внутрішньовенне переливання кровозамісних препаратів.
3. Переливання еритроцитарної маси.
4. Застосування гемостатичних препаратів.

Місцева зупинка кровотечі:

1. Промивання шлунка (чи товстої кишки) холодними розчинами, розчином амінокапронової кислоти, ковтання шматочків льоду, міхур з льодом на передню черевну стінку.
2. Введення в стравохід і кардіальний відділ шлунка спеціального компресійного зонда Блекмора (при встановленні кровотечі з варикозних вен стравоходу).
3. Ін'єкції склерозуючих препаратів (варикоцид) у варикозно розширені вени стравоходу через ендоскоп.

При огляді у приймальному відділенні підставою для встановлення наявності шлунково-кишкової кровотечі є:

- а) скарги хворого, анамнестичні об'єктивні дані;
- б) при відсутності блювоти та випорожнень з достовірним домішком свіжої або зміненої крові, обов'язково проводять пальцове ректальне дослідження з визначенням кольору та стану вмісту прямої кишки.

Попередній діагноз встановлюється на основі скарг, анамнезу, об'єктивних проявів, залежно локалізації шлунково-кишкової кровотечі в залежності від характеру захворювання:

а) при наявності блювоти з ознаками червоної крові із згустками підозрюється локалізація джерела кровотечі у стравоході або в кардіальному відділі шлунка, що можливо при кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу або при органічному ураженні кардіального відділу шлунка;

б) при наявності блювоти важливо відокремити шлункову кровотечу від легеневої, яка проявляється не блюванням, а кашлем з пінистим кривавим вмістом (легенева кровотеча може супроводжуватись заковтуванням та зригуванням крові);

в) наявність блювоти шлунковим вмістом типу «кавової гущі», мелени може свідчити про джерело кровотечі у дистальних відділах шлунка або у дванадцятипалій кишці, що частіше є проявом виразкової хвороби, пухлини шлунка, або іншим органічним ураженням слизової оболонки шлунка;

г) при наявності неперетравленої темної крові із прямої кишки слід підозрювати джерело кровотечі в товстому кишечнику,

д) кровотеча із прямої кишки наприкінці акту дефекації може свідчити про її гемороїдальне походження, а наявність червоної крові на поверхні калового вмісту - про тріщину прямої кишки.

Усі переміщення хворого зі шлунково-кишковою кровотечею в стаціонарі, при проведенні діагностичних чи лікувальних заходів, повинні проводитись на каталці в лежачому положенні хворого.

Показання до оперативного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч:

1. Відсутність ефекту від консервативного лікування кровотечі.

Консервативне лікування варто вважати неефективним при наступних обставинах.

1.1. Кровотеча, що продовжується, у виді блювоти чи виділення крові з прямої кишки на тлі переливання крові упродовж 90 хвилин. (Cox K/ Ament M., 1979);

1.2. Виникнення другої хвилі кровотечі (блювота з кров'ю, випорожнення із кров'ю, порушення гемодинаміки) після чи на тлі проведеної консервативної терапії;

1.3. При втраті крові дитиною у віці до року в обсязі 1 вікового обсягу циркулюючої крові (ОЦК) чи дитиною старше року в обсязі більше 1/2 вікового ОЦК (Dunn S/ et al., 1983).

2. Наявність у хворого гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини, одним із симптомів якого є кровотеча.

3. Кровотеча, що виникає в ранньому післяопераційному періоді після втручань на шлунково-кишковому тракті

Лікування кровотеч із травного каналу залежить від характеру захворювання, його інтенсивності, локалізації, механізму порушення системи крові, що згортає.

У немовлят у період адаптації, зниження рівня тромбіну (2-3 сут.), тромбоцитопенії, дефіциту вітамін-залежних факторів лікування зводиться до призначення вікасола, переливання препаратів крові, кровозамісників, адроксона.

У дітей грудного віку при інвагінації лікування зводиться до консервативного, рідше оперативної дезінвагінації; при поліпах прямої кишки – до поліпектомії.

Хірургічними методами усувається кровотеча при грижах стравохідного отвору, пухлинах, подвоєнні кишечнику.

Тактика лікування портальної гіпертензії викладена у відповідному розділі.

При геморагічному гастриті, виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки лікування проводиться по 3 напрямкам:

1. Боротьба з гіповолемією і анемією (обсяг інфузійної терапії скорочують до 50% добової потреби), включають препарати, що поліпшують реологічні властивості крові. Хворому переливають еритроцитарну масу і свіжозаморожену плазму з метою зниження системного тиску і підвищення в'язкості крові.
2. Гемостатична терапія: призначення препаратів, що прискорюють тромбоутворення або знижують фібриноліз (вікасол 0,1 мл на рік життя, хлористий кальцій 10% 1 мл на рік життя, але не більш 10 мл, гемофобін 1,5% 1-2 мл на кг, фібриноген по 1-4 г сухої речовини, адроксон 0,025% по 1 мл в/м).
3. Місцева зупинка кровотечі: коагуляція, склеротерапія, уведення епсілон-амінокапронової кислоти, шматочків льоду і т.д.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.

Ситуаційні завдання.

1. Причиною кровотечі зі шлунково кишкового тракту у дітей може бути:
2. Надайте класифікацію портальної гіпертензії за Auvvert
3. Встановіть послідовність дій при гострій кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу у дитини 10 років, яка спостерігається з приводу портальної гіпертензії
 - 1) Фіброезофагогастродуоденоскопія, з проведенням склерозування варикозно розширених вен стравоходу.
 - 2) Незважаючи на триваючу кровотечу провести інфузійну терапію.
 - 3) Включають препарати, спрямовані на поліпшення реології
 - 4) У шлунок вводять зонд Блекмора і видаляють вміст, а також його залишають для контролю за інтенсивністю кровотечі
 - 5) Хворому переливають еритромасу і свіжозаморожену плазму
4. У дитини 8 років раптово з'явилася масивна кривава блювота. Через годину кров з'явилася в калі. З анамнезу відомо, що за 2 дні до кровотечі у хворого відзначалася слабкість, біль в епігастральній ділянці, підвищення температури до 38 °С, що було розцінено як початок ГРВІ. Зі слів матері після народження дитина перебувала у відділенні реанімації немовлят, де проводилася катетеризація пупочної вени. При огляді - відзначається слабкість, млявість, блідість шкірних покривів, хворий скаржиться на спрагу, відзначається розширення вен передньої черевної стінки. Пальпаторно визначається спленомегалія.
 1. Поставте попередній діагноз.
 2. Визначте тактику лікаря.
5. Дитина 3 років захворіла знезапечно, у стугі з'явилося значна кількість зміненої крові. Блювоти немає. Загальна слабкість. Живіт помірно болісний при пальпації біля пупка. В анамнезі ніяких захворювань не виявлено.
 1. Встановіть діагноз.
 2. Лікувальна тактика
6. У дитини 2-х років відзначається різкий біль під час дефекації, остання порція калу з прожилками червоною кров'ю. В анамнезі постійні запори.
 1. Поставте попередній діагноз.
 2. Визначте тактику лікаря.

7. У дитини 6 років періодично відзначається виділення калу з домішкою червоної крові й слизу, кров в останній порції калу. Загальний стан дитини не порушений. При ректальному пальцевому дослідженні на глибині 4 см визначається пухлиноподібне утворення, 1,5 - 1,5 см, округлої форми на вузькій тонкій ніжці.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Визначте тактику лікаря.

Тестові завдання.

1. Дитина 15 років госпіталізована в клініку зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, блювання з домішками червоної крові. АТ-100/60 мм рт.ст., Нt – 28%; Нb – 80г\л. Яке дослідження потрібно провести для діагностики причини кровотечі?

- A. Бронхоскопію.
- B. Колоноскопію.
- C. Лапароскопію.
- D. Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини.
- E. Фіброгастродуоденоскопію.

2. Дитина 12 років госпіталізована до лікарні зі скаргами на погіршення самопочуття, різку слабкість, біль в епігастральній ділянці, блювання з домішками червоної крові. Зроблена фіброгастродуоденоскопія: слизова оболонка шлунка набрякла, гіперемована, судини ін'єковані, спостерігаються множинні крововиливи в слизову оболонку та підслизовий шар, в окремих ділянках крапкові ерозії, деякі до 0,5 см, покриті нальотом фібрину. Яке захворювання є причиною кровотечі?

- A. Геморагічний гастрит.
- B. Синдром портальної гіпертензії.
- C. Синдром Маллорі-Вейса.
- D. Виразкова хвороба шлунка.
- E. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

3. Дитина 11 років надійшла в клініку зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, блювання типу "кавової гущі", періодично червоною кров'ю, приступи пароксизмального кашлю. Дитина страждає епілепсією. Зроблена фіброгастродуоденоскопія: у кардіальному та субкардіальному відділах шлунка виявлені подовжні тріщини слизової оболонки, які локалізуються між складками довжиною до 2 см і шириною 2 мм. Яке захворювання є причиною кровотечі?

- A. Виразкова хвороба 12-палої кишки.
- B. Синдром портальної гіпертензії.
- C. Синдром Маллорі-Вейса.
- D. Геморагічний гастрит.
- E. Виразкова хвороба шлунка.

4. Дитина 12 років надійшла в клініку зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, блювання типу "кавової гущі", а також з домішками червоної крові. Зроблена фіброгастродуоденоскопія: у цибулині дванадцятипалої кишки виявлена виразка, дно якої покрите щільно прикріпленим згустком крові. Яке лікування потрібно почати в даний момент?

- A. Резекція шлунка та 12-палої кишки.
- B. Селективна проксимальна ваготомія.
- C. Консервативне лікування
- D. Операція Танера.
- E. Прошивання виразки, перев'язка судин шлунка.

5. Дитина 5 років госпіталізована в клініку зі скаргами на слабкість, нудоту, відсутність

апетиту підвищення температури тіла, раптове рясне блювання кров'ю, що повторюється через короткі проміжки часу. АТ - 80/40 мм рт. ст. Наростає анемія. Зроблена фіброезофагогастроскопія. Виявлені варикозно розширені вени стравоходу з рясною кровотечею. Протягом 2-х діб проводився комплекс консервативних заходів, спрямований на зупинку кровотечі. Однак позитивний ефект не отриманий. Яке лікування може бути застосовано у дитини?

- А. Резекція шлунка.
- В. Операція Танера.
- С. Продовжувати консервативне лікування
- Д. Гастротомія з прошиванням розширених вен стравоходу.
- Е. Селективна ваготомія.

6. У дитини 5-х років відзначаються періодичні кровотечі кольору перестиглої вишні під час нормального випорожнення. Під час огляду відхідника та промежини патології не виявлено. Яка найбільш імовірна причина даної кровотечі?

- А. Геморой.
- В. Виразковий ентероколіт.
- С. Тріщина відхідникового каналу.
- Д. Виразка дивертикула Меккеля.
- Е. Поліп прямої кишки.

7. Хвора дитина 11 років надійшла до лікарні зі скаргами на різку біль в животі. При обстеженні болючість розповсюджується по всьому череві. Спостерігаються здуття, лихоманка, симптоми перитонізма, мілкі крововиливи слизової оболонки порожнини рота, геморагічна екзантема на симетричних ділянках тіла. В крові помірний лейкоцитоз без значного зсува вліво. Про яке захворювання можна думати ?

- А. Дизентерія.
- В. Тромбоцитопенічна пурпура / хвороба Шенлейн-Геноха/.
- С. Гострий гастроентерит.
- Д. Кір.
- Е. Гемофілія.

8. Дитину 14 років годину тому впала на живіт. Стан дитини середньої тяжкості, вимушене положення в ліжку. Шкіряні покриви бліді. Пульс 132 за хвилину, при перкусії лівої реберної дуги визначається різка болючість. Симптоми Вейнерта, Куленкампа позитивні. Сеча не змінена. Найбільш вірогідний попередній діагноз?

- А. Розрив печінки, внутрішньочеревинна кровотеча.
- В. Розрив підшлункової залози.
- С. Розрив лівої нирки, заочеревинна гематома.
- Д. Розрив порожнистого органа, перитоніт
- Е. Розрив селезінки, внутрішньоочеревинна кровотеча.

9. В клініку надійшла дитина 5 років зі скаргами на масивну кровотечу кров'ю кольору „перестиглої вишні” при нормальному стільці. Під час огляду відхідника та промежини патології не знайдено. В аналізі крові гемоглобін знижений до 100г/л. Перитоніальних знаків не визначається, у дитини болючість у ділянці пупка. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Геморой.
- В. Виразковий ентероколіт
- С. Виразка дивертикула Меккеля
- Д. Поліп прямої кишки.
- Е. Тріщина відхідника.

10. Дитина 3 років надійшла до клініки зі скаргами на біль у животі, виділення з прямої кишки темно - вишневої крові зі згустками. Кровотеча виникла раптово на тлі повного здоров'я. Дитина бліда, відзначається тахікардія, падіння рівня гемоглобіну. У прямій кишці патології не виявлено. При колоноскопії джерело кровотечі не виявлено. При радіоізотопному дослідженні РФП, введений у кров, накопичується у шлунку й окремо мається його депо, що відповідає тонкій кишці. Вкажіть захворювання, що викликало кровотечу у дитини:

- А. Синдром Пейтса - Єгерса.
- В. Дивертикул Меккеля.
- С. Ангіоматоз тонкої кишки.
- Д. Поліпи товстої кишки.
- Е. Капіляротоксикоз

11. Дитина 7 років надійшла до хірургічної клініки зі скаргами на біль в ділянці заднього проходу, що з'являється під час акта дефекації і зникає через кілька хвилин. Дитина побоюється майбутнього акта дефекації. На поверхні калового стовпчика маються прожилки крові і декілька крапель наприкінці дефекації. Яке захворювання є причиною кровотечі?

- А. Дифузний поліпоз товстої кишки.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- С. Тріщина заднього проходу.
- Д. Проктит.
- Е. Поліп прямої кишки.

12. Дитина 10 років поступила в клініку зі скаргами на виділення крові з анального отвору у виді прожилок, окремих крапель, періодично більш масивної кровотечі після акта дефекації, болю під час дефекації. Яке дослідження потрібно для діагностики причини кровотечі?

- А. Огляд анальної області.
- В. Пальцеве ректальне дослідження.
- С. Ректороманоскопія.
- Д. Фіброколоноскопія.
- Е. Радіоізотопне дослідження.

13. Дитина 6 років звернулася до хірурга зі скаргами на кровотечу із прямої кишки. Помітні прожилки червоної крові з останньою порцією калу. Стан дівчинки задовільний. Яке дослідження для встановлення діагнозу треба виконати насамперед?

- А. Ректальне пальцеве дослідження.
- В. Рентгенографію черевної порожнини.
- С. Ректороманоскопію.
- Д. Ірітографію.
- Е. Клінічне обстеження.

Перелік теоретичних питань.

1. Виразкова хвороба у дітей: етіологія, патогенез. Особливості клінічних проявів виразкової хвороби у дітей.
2. Допоміжні методи діагностики виразкової хвороби та її ускладнень.
3. Класифікація виразкової хвороби у дітей. Диференційна діагностика з захворюваннями травного тракту.
4. Ускладнення виразкової хвороби, кровотечі при виразковій хворобі. Особливості надання першої медичної допомоги при кровотечах з верхніх відділів шлунко-кишкового тракту.
5. Сучасні методи лікування виразкової хвороби у дітей. Профілактика ускладнень,

- реабілітаційні заходи у дітей з виразковою хворобою.
6. Етіологія, патогенез, клінічні симптоми портальної гіпертензії у дітей. Ускладнення портальної гіпертензії.
 7. Методи обстеження дітей з портальною гіпертензією та при ускладненнях.
 8. Класифікація портальної гіпертензії у дітей. Диференційна діагностика портальної гіпертензії.
 9. Сучасні підходи до лікування дітей з портальною гіпертензією. Профілактика ускладнень при портальній гіпертензії. Реабілітація дітей з портальною гіпертензією.
 10. Клінічні прояви кровотеч з нижніх відділів травної системи. Диференціювати кровотечі в залежності від причини виникнення кровотечі.
 11. Клінічні прояви дивертикулу Меккеля у дітей, поліпів, тріщин, геморою у дітей, ускладнення та надання невідкладної допомоги.
 12. Загальні принципи лікування дітей з дивертикулом Меккеля, поліпами, тріщинами, гемороєм, профілактика ускладнень, реабілітація дітей.

Практичні завдання:

1. Продемонструвати зондування шлунку та охарактеризувати склад шлункового вмісту.
2. Тлумачення ендоскопічних ознак активності кровотечі за Forest.
3. Використання зонду Блекмора

Рекомендована література:

Основна література.

1. Хірургія дитячого віку / За ред. В.І.Сушка. – К.: Здоров'я, 2002. – 704 с.
2. Хирургические болезни у детей: Учеб. / Ю.Ф.Исаков, Э.А.Степанов, В.А.Михельсон и др.; Под ред. Ю.Ф.Исакова. – М.: Медицина, 1993. – 567 с.
3. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф.Исакова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – Т.1. – 632 с.
4. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф.Исакова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – Т.2. – 584 с.
5. Курс лекцій з дитячої хірургії: Учебний посібник / Під загальною ред. проф. Грони В.М. – Донецьк, 2007. – 265 с.
6. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, т.П. 1997, С. 93-142
7. Запруднов К.М., Григорьев К.И., Дронов А.Ф. Желудочно-кишечные кровотечения у детей. 1998, С.115-133

Додаткова література.

1. А.В. Мазурин, под редакцией. Болезни органов пищеварения у детей. 1984. С-316-333
2. Н.Д. Бельский. Ошибки и опасности в практике переливания крови. М. 1989, С. 12-17, 69-75, 188-194
3. В. Тошовски. Острые процессы в брюшной полости у детей. С. 157-161

Інформаційні ресурси

<http://studmedic.narod.ru/>
<http://www.med-edu.ru/>
<http://www.med.siteedit.ru/>
<http://medvuz.info/>
<http://www.pharm-med.ru/page.php?view=31>
<http://ambarsum.chat.ru/>
<http://www.ty-doctor.ru/>
<http://studentmedic.ru/>
<http://6years.net/>
http://vk.com/student_unite
<http://nmu-s.net/>
<http://www.amnu.gov.ua/>
<http://medsoft.ucoz.ua/>

<http://www.medvedi.ru/>
<http://www.rmj.ru/>
<http://www.medwind.ru/>
<http://www.allmedbook.ru/>
<http://www.arhivknig.com/>
<http://www.formedik.narod.ru/>
<http://www.medobook.ru/>
<http://www.freebookspot.in/>
<http://www.booksmed.com/>
<http://www.medprizvanic.org/>
<http://www.medkniga.ukoz.net/>
<http://www.mednik.com.ua/>
<http://www.libriz.net/>

PubMed
Embase
Scirus
Google Scholar
eLIBRARY.RU

Відкриті електронні бібліотеки з медицини (повнотекстові версії статей)

PubMed Central
BioMed Central
Directory of open access journals - Health Sciences
Public Library of Science - Medicine
FreeMedicalJournals.com

http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1591/Atlas_detskoy_operativnoy_hirurgii-Puri_P_Golvart_M-2009-pdf

[illegible]