**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Терапии**

Реферат

на тему:

**«Кровотечение у детей»**

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Носовое кровотечение
2. Кровотечение из пищеварительного тракта
3. Легочное кровотечение
4. Кровотечение из почек и мочевыводящих путей

Литература

**Введение**

Кровотечения и повышенная кровоточивость у детей встречаются достаточно часто. Причины кровотечений у детей различны: травматические и нетравматические (увеличение хрупкости сосудистой стенки, нарушение функции тромбоцитов, свертывающей и антисвертывающей систем и др.). По клиническим проявлениям кровотечение можно условно разделить на наружное и внутреннее; в зависимости от характера сосудов оно может быть артериальным, венозным, смешанным, капиллярным (паренхиматозным).

**1. Носовое кровотечение**

Часто встречается у детей и может быть следствием травмы (удар, повреждение слизистой оболочки пальцем и др.) или признаком общего заболевания (гемофилия, тромбоцитопения, болезнь Ослера, болезнь Виллебранда-Юргенса, геморрагический васкулит, гиповитаминоз С и К, недостаточность кровообращения и др.). Носовое кровотечение может быть при инфекционных заболеваниях (корь, коклюш, ОРВИ, грипп, сепсис и др.), местных воспалительных и продуктивных процессах (полипы, аденоиды, новообразования и др.), повышении АД.

При предрасположенности к носовым кровотечениям разрешающим фактором могут быть: перегревание, резкие наклоны головы, натуживание и др.

Симптомы зависят от характера носового кровотечения (профузное или лишь примесь крови), места расположения кровоточащего участка (передние отделы, задние). При повреждении слизистой оболочки передних отделов носа кровь выливается наружу, при задних – заглатывается, симулируя желудочное и (или) легочное кровотечение. Цвет крови ярко-красный. При заглатывании крови возможна кровавая рвота. В случаях ооильного кровотечения появляются бледность, вялость, головокружение, шум в ушах.

Неотложная помощь. Абсолютный покой, в положении полусидя с умеренно запрокинутой головой. Запрещают сморкаться. На переносицу кладут лед или марлю, смоченную в холодной воде. В носовые ходы вводят тампоны, смоченные раствором 3% перекиси водорода, тромбина, или гемостатическую губку и прижимают их к носовой перегородке. Если кровотечение не прекращается, производят переднюю тампонаду носа тампоном, смоченным теми же растворами. При упорном и продолжительном кровотечении показана задняя тампонада. Одновременно внутрь назначают 10% раствор хлорида кальция или глюконат кальция (по показаниям внутривенно 1–5 мл), рутин (до 1 года – 0,0075 г. 1–2 года – 0,015 г., 3–4 лет – 0,02 г., 5–14 лет – 0,03 г. в сутки), витамин С, викасол в течение 3 дней по 3–15 мг в сутки. При обильном и стойком кровотечении показано переливание крови (в том числе прямое).

Госпитализация. В случае неэффективности перечисленных выше мероприятий ребенка необходимо госпитализировать в отоларингологическое отделение.

**2. Кровотечение из пищеварительного тракта**

Основным объединяющим признаком кровотечений из пищеварительного тракта является кровавая рвота или кровавый стул, который нередко сочетаются. При небольшом кровотечении и относительно длительном пребывании крови в желудке рвотные массы имеют вид кофейной гущи, в случаях обильного кровотечения они содержат алую кровь. Через 8–10 и при заглатывании крови обнаруживаются дегтеобразные испражнения. При кровотечении из нижних отделов кишечника стул содержит малоизмененную кровь. Характер и причины кровотечения из пищеварительного тракта у детей во многом зависят от возраста ребенка. Так, проявлением геморрагического синдрома служит мелена новорожденных. У детей 1–3 лет жизни наиболее частой причиной кровотечения бывает инвагинация кишки, дивертикул Меккеля и удвоение кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, от 3 до 7 лет – полипоз толстого кишечника, старше 7 лет – варикозное расширение вен, пищевода и желудка, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный и аллергический гастрит.

МЕЛЕНА НОВОРОЖДЕННЫХ обусловлена диапедезным кровотечением из капилляров желудка или кишечника, чаще встречаются у детей на первой неделе жизни. Начинается внезапно рвотой с кровью и примесью крови в кале малинового оттенка. Общее состояние может не меняться, но в ряде случаев мелена протекает тяжело на фоне выраженной анемии, непрерывного истечения крови из заднего прохода. Дифференцируют от ложной мелены (заглатывание крови из трещин сосков матери либо из полости рта ребенка).

Неотложная помощь. Внутримышечно вводят по 0,2 мл 1% раствора викасола (не более 4 мг в сутки), производят переливание свежей крови или прямое переливание ее в количестве 10–15 мл/кг в зависимости от кровопотери.

Госпитализация во всех случаях мелены экстренная в отделение новорожденных.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ И УДВОЕНИЕ КИШКИ. При изъязвлении слизистой оболочки дивертикула Меккеля наблюдаются кишечные кровотечения, нередко обильные, возникающие среди полного здоровья, повторяющиеся с интервалом 3–4 мес, что приводит к анемизации, бледности, тахикардии, коллапсу. Первые испражнения обычно темного цвета, в последующих появляется темная (алая) кровь без сгустков и слизи. В отличие от желудочно-кишечного кровотечения другого происхождения при дивертикуле Меккеля не бывает кровавой рвоты. Диагноз ставят методом исключения. При удвоении кишки кровотечение из кишечника встречается почти в 1 /3 всех случаев. Необходимо рентгено-контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с барием.

Неотложная помощь. Больного нельзя кормить. Викасол назначают детям до 1 года 0,002–0,005 г., до 2 лет 0,006 г., 3–4 лет – 0,008 г., 5–9 лет – 0,01 г., 10–14 лет – 0,015 г., можно 2–3 раза внутрь (1 таблетка – 0,015 г.) или внутримышечно 1% раствор (1 мл – 10 мг); внутривенно 1–5 мл 10% раствора глюконата кальция или хлорида кальция с аскорбиновой кислотой (1–3мл5% раствора).

Госпитализация в хирургический стационар (для пробной лапаротомии) при повторных и стойких кровотечениях.

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ. Это заболевание у детей часто проявляется упорной рвотой с примесью крови, железодефицитной анемией, наличием крови в кале (чаще скрытой) в результате эрозивно-язвенного эзофагита и гастрита. Постоянные дисфагические явления, боль за грудиной, приступы цианоза, одышки, кашля, дети отстают в физическом развитии, бледны. Помогает диагностике обнаружение перкуторно участков тимпанита в грудной клетке, смещение границ сердца в сторону, противоположную грыже, при аускультации в грудной полости удается прослушать кишечную перистальтику, урчание.

Неотложная помощь. Соолюдение диеты, викасол (дозы см. выше), аскорбиновая кислота, препараты кальция (глюконаг или хлорид кальция внутрь или внутривенно 1–5–10 мл 10% раствора), при выраженной анемии – переливание крови.

Госпитализация во всех случаях подозрения на диафрагмальную грыжу в хирургический стационар. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием.

ПОЛИПОЗ КИШЕЧНИКА. Встречается чаще у детей и возрасте 36 лет, локализуется в нижних отделах толстого кишечника. Кровотечение может быть от едва выраженного до обильного, угрожающего жизни больного (при самопроизвольном отрыве нолика), возникает во время или после акта дефикации. Даже при незначительном, но постоянном выделении крови появляется бледность кожных покровов, слабость, тахикардия, свидетельствующие об анемии. Диагноз ставят при пальцевом исследовании прямой кишки, ректороманоскопии и ирригографии. При наследственном полипозе (синдром Пейтца-Егерса) вокруг рта и на слизистой оболочке ротовой полости обнаруживается пигментация.

Неотложная помощь. Соблюдение щадящей диеты, назначение хлорида кальция, аскорбиновой кислоты.

Госпитализация в хирургический стационар при любых кровотечениях из прямой кишки.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА. Возникает при портальной гипертонии. У детей преобладает внепеченочная форма портальной гипертонии, причиной которой являются аномалии развития воротной вены или тромбоз сосудов портальной системы вследствие пилефлебита; причинами внутрипеченочной формы портальной гипертонии у детей могут быть цирроз и врожденный фиброз печени. Кровотечение чаще возникает у детей старшего возраста из вен кардиальной части желудка, в этих случаях оно всегда угрожающее, так как одновременно из-за поражения печени имеются нарушения свертывающей системы крови. В рвотных массах и кале много темной крови. Диагностике помогает анамнез (наличие заболеваний печени), увеличение селезенки (возможно только в анамнезе, так как на фоне кровотечения селезенка может уменьшиться в размерах, а затем вновь увеличивается), осмотр (расширение вен передней брюшной стенки, увеличение печени, эритема ладонной поверхности рук, сосудистые звездочки на коже лица, груди, иктеричность); в анализах крови – явления гиперспленизма (снижение количества тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов). Дифференцируют с портальной гипертонией вследствие пупу очного сепсиса, нагноительных процессов в брюшной полости, болезнью Киари (надпеченочная портальная гипертония), лимфогранулематоз.

Неотложная помощь. Придать ребенку положение с приподнятой и повернутой набок головой, чтобы не допустить аспирации рвотных масс. Необходимо адекватно и быстро возместить кровопотерю: при кровопотере до 15 мл/кг можно перелить донорскую кровь (7–10 мл/кг), реополиглюкин (10–15 мл/кг) в сочетании с солевыми растворами (10 мл/кг); при кровопотере 16–25 мл/кг – переливание плазмозамещающих растворов и донорской крови в соотношении 2:1, при кровопотере 26–35 мл/кг и выше соотношение их 1:1 или 1:2. Общий объем трансфузионных средств должен превосходить кровопотерю в среднем на 20–30%. В стационаре вены пищевода сдавливают с помощью зона Блейкмора, возможно введение склерозирующих препаратов (варикоцид) через эзофагокоп, начинают раннее введение кислорода в желудок и кишечник через зонд до легкого вздутия эпигастральной области и тимпанического перкуторного звука. При безуспешном консервативном лечении в течение 2 суток показано оперативное вмешательство.

Госпитализация во всех случаях кровотечений из вен пищевода – экстренная в хирургический стационар. Уточнение диагноза проводят с помощью рентгенографии желудка, которую производят во время кровотечения одновременно с гемостатическими мероприятиями.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. Может осложниться кровотечением, которое начинается внезапно, без предвестников или жалоб, чаще у детей после 7 лет. Кровоточащие язвы желудка могут возникать на фоне таких состояний, как сепсис, уремия, коллагенозы, термические ожоги, длительная кортикостероидная терапия. Дифференцируют с эрозивным гастритом, синдромом портальной гипертонии.

Неотложная помощь. Воздержание от приема пищи в течение 1–2 сут, пузырь со льдом на область эпигастрия, измельченную гемостатическую губку внутрь по 1 столовой ложке каждые 1–2 ч, переливание крови, хлорид кальция или глюконат кальция – 10% раствор по 1–5 мл внутривенно с аскорбиновой кислотой (1–3 мл 5% раствора, викасол.

Госпитализация при незначительном кровотечении в терапевтический стационар, где проводят рентгенологическое исследование и консервативное лечение; при обильном и стойком кровотечении ребенка госпитализируют в хирургический стационар.

ЭРОЗИВНЫЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ГАСТРИТЫ. Причины: отравления щелочами, кислотами, медикаментозные побочные реакции, интоксикации. Одновременно с болью по ходу пищевода и (или) желудка возникает рвота с примесью крови, возможно коллаптоидное состояние.

Неотложная помощь. Промывание желудка большим количеством теплой воды, покой, воздержание от приема пищи, пузырь со льдом на область эпигастрия, внутривенно 10% раствор хлорида или глюконата кальция – 1–5 мл; антигистаминные препараты: димедрол детям до 6 мес – 0,002 г. (0,02 мл 1% раствора), 7–12 мес – 0,005 г. (0,5 мл), 1–2 лет – 0,01 г. (0,7 мл), 3–9 лет – 0,015–0,03 мл), 10–14 лет – 0,04 г. (1,5 мл) до 3 раз в день; супрастин детям до 1 года – 0,005 г. (0,25 мл 2% раствора), 1–2 лет – 0,00, г (0,3 мл), 3–4 лет – 0,008 г. (0,4 мл), 5–6 лет – 0,01 г. (0,5 мл), 7–9 лет – 0,015г (0,75 мл), 10–14 лет – 0,02 г. (1 мл).

Госпитализация в терапевтический стационар; показаний гастрофиброскопия.

**3. Легочное кровотечение**

Кровотечение может быть легочным, легочно-плевральным и внутриплевральным. Чаще возникает у детей после 5–7 лет жизни. Причины: инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, корь, коклюш), инородные тела дыхательных путей, травма грудной клетки, бронхиты, бронхоэктазы, абсцедирующие пневмонии, туберкулеза, синдром Хаммена – Рича, синдром Айерсы (первичная легочная гипертония), легочный гемосидероз, ангиоматоз, опухоль, заболевания сердечно-сосудистой системы (митральный стеноз), инфаркт легкого, аскаридоз, прием некоторых медикаментов (ацетилсалициловая кислота, препараты йода), геморрагические диатезы и др.

Симптомы зависят от выраженности легочного кровотечения. В случаях примеси крови в мокроте (кровохарканье) преобладают симптомы основного заболевания (грипп, туберкулез и др.). Обильное кровотечение может начаться с кровохарканья или внезапно. Ребенок испуган, бледен, АД снижено, может быть, потеря сознания, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в легких, при аспирации крови – признаки выключения из дыхания легочной паренхимы. Характерна ярко-красного цвета пенистая (примесь воздуха) кровь, которая не свертывается, имеет щелочную реакцию. Кровохарканье и легочное кровотечение следует дифференцировать от кровавой рвоты (для которой характерны темно-красного цвета кровь и кислой реакцией, с примесью желудочного содержимого, наличие дегтеобразного стула, в анамнезе – болезни желудочно-кишечного тракта или печени), от кровотечения из десен, носоглотки (помогает осмотр, кровь имеет розовато-коричневый цвет, содержит слизь).

Неотложная помощь. Придать ребенку полусидячее положение с опущенными ногами. Переливание крови: при кровопотере до 15 мл/кг можно перелить кровь в количестве 10 мл/кг, реополиглюкин – 10–15 мл/кг в сочетании с солевыми растворами – 10 мл/кг; при кровопотере 16–25 мл/кг – переливание плазмозамещающих растворов и свежей донорской крови или прямое переливание в соотношении 2:1, при кровопотере 26–35 мл/кг и выше – соотношение 1:1 или 1:2 (общий объем средств трансфузионной терапии превосходит кровопотерю в среднем на 20–30%); хлорид кальция или глюконат кальция – внутривенно 1–5 мл 10% раствора; викасол – внутримышечно 1% раствор (в 1 мл 10 мг), детям до 1 года – 0,002–0,005 г., до 2 лет – 0,006 г., 3–4 лет – 0,008 г., 5–9 лет – 0,01 г., 10–14 лет – 0,015 г. 2–3 раза; 10% раствор желатина в подогретом виде из расчета 0,1–1 г./кг внутривенно: аскорбиновая кислота – 0,5–2 мл 5% раствора внутривенно, рутин в суточных дозах до 1 года – 0,0075 г., 1 – 4 лет – 0,02 г., 5–14 лет – 0,03 г. Для угнетения фибринолиза при обильных кровотечениях показано переливание аминокапроновой кислоты (1 мл 5% раствора на 1 кг массы тела через 4–6 ч). Для снижения давления в малом круге кровообращения вводят внутривенно эуфиллин; до 1 года – 0,4 мл 2,4% раствора, 1–5 лет – 0,5–2 мл, 6–10 лет – 2–3 мл, 11-14 лет – 5 мл (можно повторять каждые 8 ч), атропин: 0,1–1 мл 0,1% раствора; для успокаивания кашля – кодеин по 0,005–0,01 мг 3 раза в день. При отсутствии эффекта и массивных кровотечениях показано хирургическое лечение.

Госпитализация немедленная в хирургический стационар, в неясных случаях – диагностическая бронхоскопия.

**4. Кровотечение из мочевыводящих путей**

Выделение крови с мочой может наблюдаться у здоровых детей (гематурия новорожденных, ортостатическая гематурия) и быть симптомом различных заболеваний. Гематурия бывает при лихорадке, вирусных заболеваниях, травмах поясничной области, гиповитаминозе С, передозировке витамина А, геморрагических диатезах, диффузном гломерулонефригге, вульвите, фимозе, цистите, уретрите, пиелонефрите, нефролигиазе, опухолях, шоковой почке, стенозе почечной артерии, тромбозе почечной вены. Среди редких причин: кистозная почка, туберкулез почек, узелковый периаргериит, синдром Альпорта. Гематурия может быть истинной и ложной (окрашивание мочи в красный цвет из-за примеси кровяных пигментов при гемоглобинурии, порфининурии, побочного действия некоторых медикаментов, некоторых пищевых веществ), возможна как микрогематурия (наличие эритроцитов, выявляемое лишь при микроскопическом исследовании), так и макрогематурия (кровь в моче видна невооруженным глазом, имеет цвет мясных помост), какрещедивирующая, так и персистирующая. О профузной гематурии свидетельствуют сгустки крови в моче. Можно выделить три группы причин гематурии: внепочечные, связанные с нарушением гемостаза; почечные; обусловленные патологией мочевыводящего тракта.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. Кровотечение может быть обусловлено травмой, папилломатозом, ангиоматозом, камнями, воспалительным процессом, у девочек может быть пролабирование слизистой оболочки уретры.

Травма уретры. Характерна триада симптомов: кровотечение (чистая кровь), задержка мочеиспускания (сразу после травмы или через несколько часов), промежностная гематома. Кровотечение может быть при проникающих и непроникающих разрывах, связано и не связано с актом мочеиспускания. Дифференцировать от внешнебрюшного разрыва мочевого пузыря.

Неотложная помощь. Постельный режим, холод на промежность, обильное питье, антибактериальная терапия, при задержке мочеиспускания – постоянный катетер на 2–3 дня, по показаниям – переливание крови.

Госпитализация во всех случаях показана в урологический или хирургический стационар.

Камни уретры встречаются преимущественно у мальчиков. Отмечается боль при мочеиспускании, ослаблении струи мочи или изменение ее формы, иногда задержка мочи (обтурации просвета), гематурия. Камни можно определить пальпаторно в висячей части уретры или в ее задних отделах (при ректальном исследовании). В отдельных случаях для диагностики производят уретрограмму. Дифференцируют от стриктуры уретры.

Неотложная помощь. В уретру вводят 2–5 мл 0,5–1% раствора новокаина, через 2–3 мин 2–4 мл подогретого до 3. С стерильного вазелинового масла. Камни переднего отдела канала удаляют специальными уретральными щипцами; если не удается извлечь камень из заднего отдела уретры, его можно протолкнуть в мочевой пузырь с последующим камнедроблением.

Госпитализация во всех случаях показана в урологический или хирургический стационар.

Камни мочевого пузыря встречаются чаще, чем камни уретры, и преимущественно у мальчиков, чему способствует нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, фимоз, баланопостит, сужение наружного отверстия или клапана мочеиспускательного канала.

Симптомы: микро – или макрогематурия (при ущемлении камня в шейке пузыря – терминальная гематурия), боль, усиливающаяся при движении и иррадиирующая в промежность, яичко, головку полового члена, учащенное мочеиспускание в дневное время, симптом прерывания («закладывания») струи (исчезает при перемене положения тела) или полное нарушение оттока мочи, явления цистита.

Неотложная помощь: хлорид кальция внутрь или внутривенно 15–10 мл 10% раствора.

Госпитализация в урологический или хирургический стационар; показаны цистоскопия и рентгенологическое исследование.

Травма мочевого пузыря может быть открытая или закрытая. Гематурия (терминальная или тотальная) – наиболее частый и ранний признак внебрюшинного и внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. Кроме гематурии, отмечаются боль внизу живота, нарушение мочеиспускания (частые бесплодные позывы или выделение небольшого количества мочи с кровью или чистой крови), признаки затекания мочи в околопузырную и тазовую клетчатку или в брюшную полость, могут быть признаки перитонита, шока. При установлении диагноза помогает анамнез (характер травмы, локализация ее), при сопутствующем переломе тазовых костей диагноз не вызывает сомнений. Дифференциальный диагноз проводят с травмой органов брюшной полости.

Неотложная помощь. При непроникающих повреждениях мочевого пузыря – консервативное лечение (антибиотики, глюконат или хлорид кальция, викасол), при задержке мочеиспускания – постоянный катетер, при проникающих повреждениях – хирургическое лечение.

Госпитализация экстренная в урологический или хирургический стационар.

Цистит. Терминальная гематурия в сочетании с частым и болезненным мочеиспусканием, пиурией – наиболее характерные симптомы заболевания. Мутность мочи обусловлена наличием большого количества лейкоцитов, бактерий, эпителия, эритроцитов. Дифференцировать от туберкулезного процесса, опухоли, нейрогенного мочевого пузыря.

Неотложная помощь. Постельный режим, диета (исключение острых, раздражающих блюд, обильное питье – щелочные воды и соки), мочегонные средства (почечный чай, медвежьи ушки и др.), грелки на область мочевого пузыря или теплая ванна, нитрофурановые препараты (фурагин по 0,025–0,05 г., фурадонин по 0,015 – 0,03 г. 3 раза в день), антибиотики (левомицетин 50 мг/кг в сутки).

Госпитализация в урологический или терапевтический стационар при выраженном болевом синдроме, стойкой гематурии.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год