

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра хирургических болезней №1

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

**Подготовил
Гербоносенко Антон
Студент 5 курса**

2017 г.

Определение

Желудочно-кишечными кровотечениями

называют те кровотечения, которые происходят в просвет желудочно-кишечного тракта.

Это важно помнить для того, чтобы не путать их с кровотечениями, источником которых являются органы ЖКТ, но излияние крови происходит в брюшную полость. Такие кровотечения будут называться

ПОЛОСТНЫМИ, например, при тупой травме живота, разрыве кишечника, проникающих ранений в брюшную полость.

Классификация

Выделяют кровотоки из

верхнего отдела

желудочно-кишечного тракта

- Пищевод
 - Желудок
 - 12-перстная кишка
- и

нижнего отдела

- тонкий и толстый кишечник
- прямая кишка).

Разграничение между ними проходит на уровне связки Трейца.



Эпидемиология

Кровотечения из верхнего отдела ЖКТ насчитывает от 50 до 150 на 100,000 взрослых в год. ^{[[1[1]}

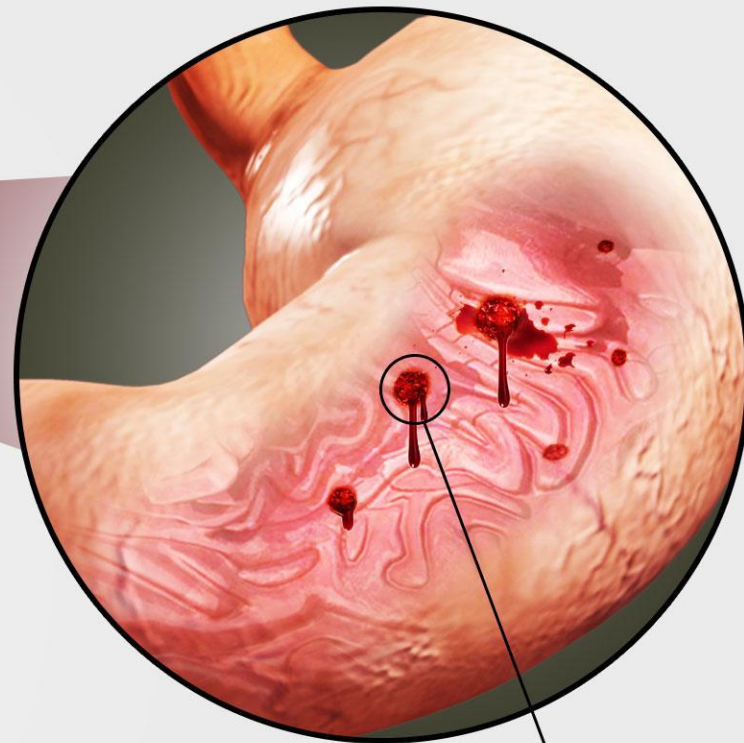
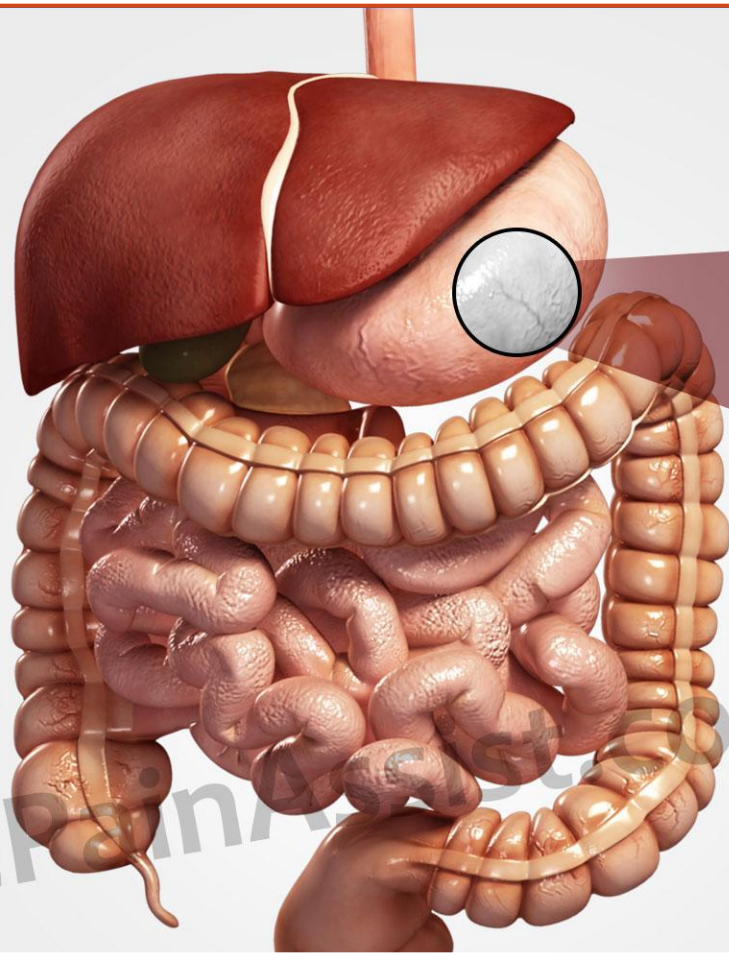
Кровотечения из нижнего отдела ЖКТ насчитывает от 20 до 30 на 100,000 взрослых в год. ^{[[2[2]}

Риск смерти от ЖКК составляет от 5% до 30%. ^{[[3[3]}

ЖКК чаще наблюдаются у мужчин и их частота увеличивается с возрастом. ^{[[2[2]}

1. Jairath, V; Hearnshaw, S; Brunskill, SJ; Doree, C; Hopewell, S; Hyde, C; Travis, S; Murphy, MF (2010-09-08). Jairath, Vipul, ed. "Red cell transfusion for the management of upper gastrointestinal haemorrhage". Cochrane database of systematic reviews (Online) (9): CD006613. doi:[10.1002/14651858.CD006613.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006613.pub3)Jairath, V; Hearnshaw, S; Brunskill, SJ; Doree, C; Hopewell, S; Hyde, C; Travis, S; Murphy, MF (2010-09-08). Jairath, Vipul, ed. "Red cell transfusion for the management of upper gastrointestinal haemorrhage". Cochrane database of systematic reviews (Online) (9): CD006613. doi:[10.1002/14651858.CD006613.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006613.pub3)Jairath, V; Hearnshaw, S; Brunskill, SJ; Doree, C; Hopewell, S; Hyde, C; Travis, S; Murphy, MF (2010-09-08). Jairath, Vipul, ed. "Red cell transfusion for the management of upper gastrointestinal haemorrhage". Cochrane database of systematic reviews (Online) (9): CD006613. doi:[10.1002/14651858.CD006613.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006613.pub3). PMID [20824851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20824851/).
2. Westhoff, John (March 2004). "[Gastrointestinal Bleeding: An Evidence-Based ED Approach To Risk Stratification](#)". Emergency Medicine Practice. **6** (3).
3. Kim, BS; Li, BT; Engel, A; Samra, JS; Clarke, S; Norton, ID; Li, AE (15 November 2014). "Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians.". World journal of gastrointestinal pathophysiology. **5** (4): 467–78. doi (4): 467–78. doi:[10.4291/wjgp.v5.i4.467](https://doi.org/10.4291/wjgp.v5.i4.467) (4): 467–78. doi:[10.4291/wjgp.v5.i4.467](https://doi.org/10.4291/wjgp.v5.i4.467). PMID [25400991](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25400991/).

ЭТИОЛОГИЯ



Bleeding Caused by
Peptic Ulcer

Синдром желудочно-кишечных кровотечений разной тяжести возникает как осложнение различных заболеваний, которых насчитывают более 200.

(Bracy W., Peterson W.L., 1997; Aabakken S., 2001; Karanicolas P.J. et oth., 2008; Neu B. et al. 2005).

Наиболее частые причины кровотечений из верхнего отдела ЖКТ

Причина кровотечения (диагноз)	Процент
Дуоденальная язва	22,3
Эрозивный дуоденит	5,0
Эзофагит	5,3
Гастрит, в том числе геморрагический и эрозивный	20,4
Желудочная язва	21,3
Варикозное расширение вен (пищевода и желудка) при портальной гипертензии	10,3 (показатель смертности от 50 до 70%)
Синдром Мэллори-Вейса	5,2
Злокачественные опухоли пищевода и желудка	2,9
•Редкие причины, в том числе: мальформация сосудов (телеангиэктазии и проч.); •Меккелев дивертикул (чаще в возрасте до 25 лет); •опухоли ДПК и поджелудочной железы; •болезнь Крона; •нарушение коагуляционного гемостаза (ДВС-синдром), в том числе лекарственного генеза; •язва полости рта; •эзофагеальная язва.	Всего 7,3

80% эпизодов кровотечений из верхних отделов ЖКТ проходят самостоятельно или требуют немассивной терапии.

Наиболее частыми причинами кровотечений из **нижнего отдела ЖКТ** по А. А. Шептулину (2000)

являются:

- ангиодисплазии тонкой и толстой кишки;
- дивертикулез кишечника (в том числе Меккелев дивертикул);
- опухоли и полипы толстой кишки;
- опухоли тонкой кишки;
- хронические воспалительные заболевания кишечника;
- инфекционные колиты;
- туберкулез кишечника;
- геморрой и анальные трещины;
- инородные тела и травмы кишечника;
- ортокишечные свищи;
- гельминтозы.

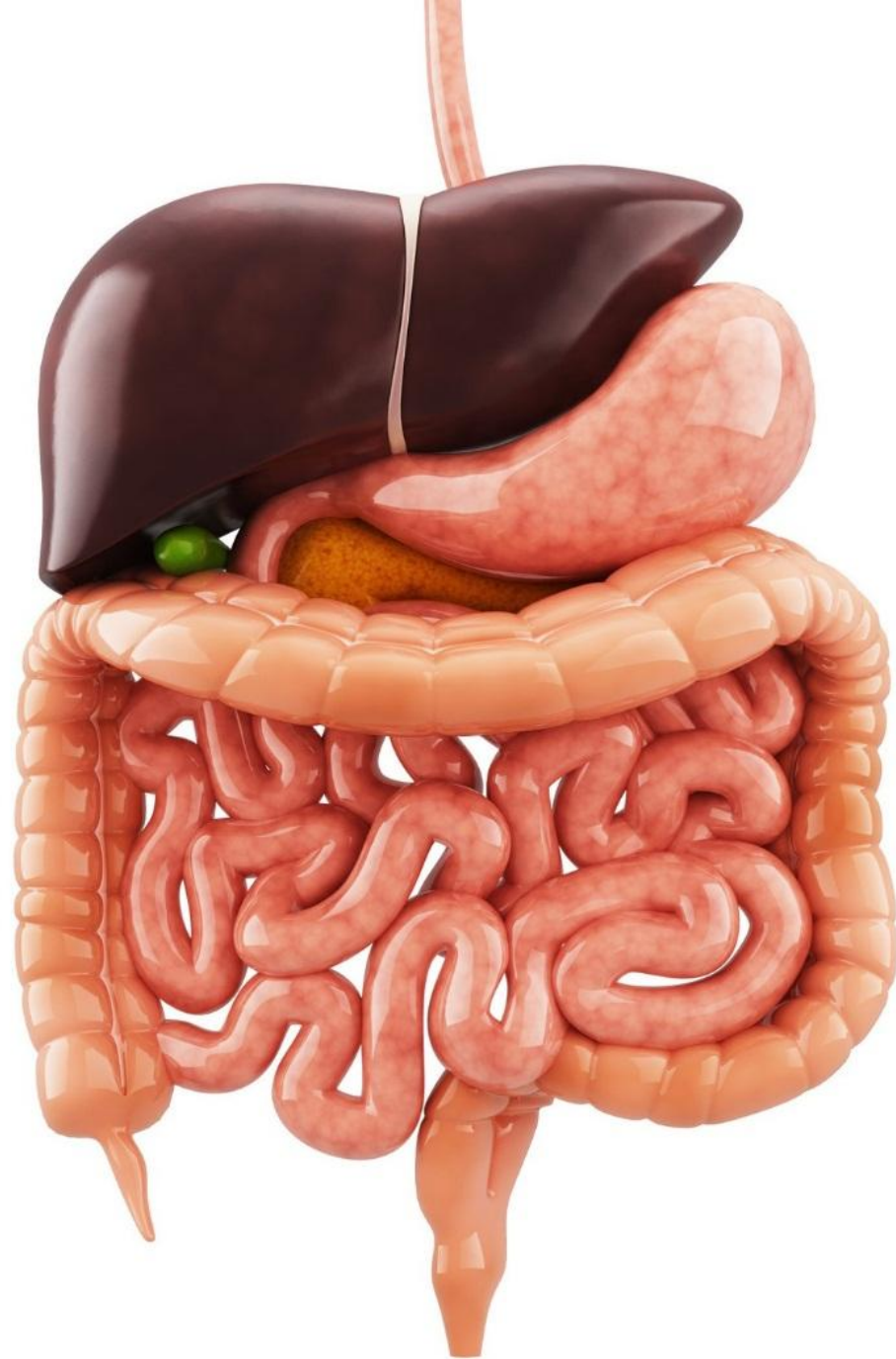
Как и при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, 80% всех эпизодов кровотечений из нижних отделов останавливаются самостоятельно, а у 25% пациентов с прекратившимся кровотечением наблюдаются рецидивы. В отличие от кровотечений из верхних отделов ЖКТ, большинство кровотечений из нижних отделов ЖКТ скрытые или незначительные, непостоянные и не требуют госпитализации.

Клиника

Гиповолемия

Кровавая рвота

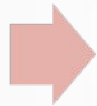
Алая кровь при дефекации, стул угольно-черного цвета (мелена)



Гиповолемия

Гиповолемия состояние несоответствия объема циркулирующей крови емкости сосудистого русла. Это приводит к **гиповолемическому шоку** вследствие ухудшения перфузии жизненно важных органов, нарушения микроциркуляции и гибели клеток.

Обморо



Коллапс



Шок

Однако, гиповолемия может возникать и при неповрежденных кровеносных сосудах, за счет потери жидкой части крови, когда плазма уходит из сосудистого русла в окружающие ткани, вызывая в них отек, или с испражнениями при острой диарее, или неукротимой рвоте, а также по другим причинам.

Патофизиология геморрагического шока

Кровопотеря



↓ ОЦК



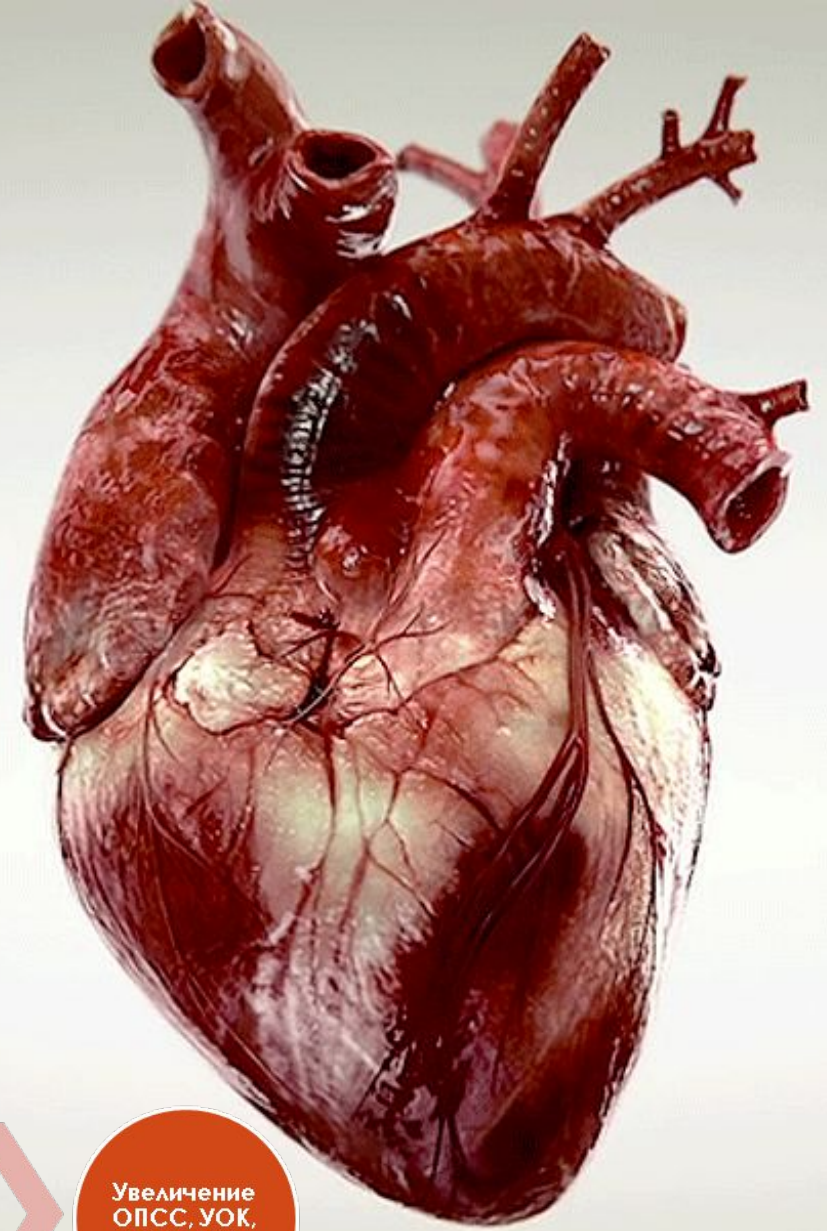
↓ ОПС | УОС
↓ МОК | АД

↓ Генерализованный спазм сосудов
↓ Гемодилюция
↓ перфузия

Выделение катехоламинов

Генерализованный спазм сосудов

Увеличение ОПСС, УОК, МОК, АД



Приведенные показатели необходимо оценивать в комплексе с клиническими проявлениями кровопотери. На основании оценки некоторых из названных показателей и состояния больных В.Стручковым и соавт. (1977) разработана классификация, выделяющая **4 степени тяжести кровопотери**:

I степень - общее состояние удовлетворительное; умеренная тахикардия; АД не изменено; Hb выше 100 г/л; дефицит ОЦК - не более 5% от должного;

II степень: общее состояние - средней тяжести, вялость, головокружение, обморочное состояние, бледность кожных покровов, значительная тахикардия, снижение АД до 90 мм рт.ст; Hb - 80 г/л; дефицит ОЦК - 15% от должного;

III степень - общее состояние тяжелое; кожные покровы бледные, холодный, липкий пот; больной зевает, просит пить (жажда); пульс частый, нитевидный; АД снижено до 60 мм рт.ст.; Hb - 50 г/л; дефицит ОЦК - 30% от должного;

IV степень - общее состояние крайне тяжелое, граничит с агональным; длительная потеря сознания; пульс и АД не определяются; дефицит ОЦК - более 30% от должного.

Больные со II-IV степенями тяжести кровопотери нуждаются в проведении инфузионной терапии перед началом диагностических и лечебных манипуляций.

В 1976 г. М.Альговер и Бурри предложили формулу для расчета так называемого шокового индекса (индекса Альговера), характеризующего тяжесть кровопотери: соотношение ЧСС и систолического АД. При отсутствии дефицита ОЦК шоковый индекс равен 0,5. Повышение его до 1,0 соответствует дефициту ОЦК, равному 30%, а до 1,5-50% - дефициту ОЦК.

Гиповолемия

Клинические проявления:

- бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек,
- холодные кожные покровы,
- беспокойное поведение больного,
- одышка,
- частый малый пульс,
- снижение уровня АД (Потеря 10-15% массы крови не вызывает резких нарушений гемодинамики, так как поддается полной компенсации),
- снижение диуреза, иногда потеря сознания.

Кровавая рвота

Hematemesis

Рвота с кровью обычно отмечается при кровопотере более **500 мл** и всегда сопровождается меленой.

При этом у врача сразу появляется возможность дифференциальной диагностики причины кровотечения, поскольку при кровотечении из артерии пищевода в рвоте присутствует **неизменная кровь**, при кровотечении из варикозных вен пищевода кровь в рвоте **темно-вишневого цвета**, а при кровотечении из желудка рвотные масса приобретают характерный **бурый цвет** (цвет «кофейной гущи»). Впрочем, в последнем случае рвота кофейной гущи может одновременно содержать и неизменённую кровь, что указывает на низкий уровень кислотности в желудке больного. Бурый цвет кровь приобретает при взаимодействии гемоглобина с соляной кислотой, поэтому при массивном кровотечении на фоне низкой кислотности кровь не успевает полностью окислиться и рвота имеет **смешанный характер**.

От желудочного кровотечения следует отличать легочное!

КРОВОХАРКАНЬЕ	КРОВАВАЯ РВОТА
Во время кашля	Во время рвоты
Алого цвета, щелочная реакция	Как правило, тёмно-красная, иногда коричневая, кислая реакция
Часть крови пенистая	Пенистая кровь не выделяется
Мелена после кровохарканья очень редко	Мелена после кровавой рвоты очень часто
Незадолго до начала в горле появляется ощущение щекотания или бульканья	Перед началом кровавой рвоты часто наблюдается обморок
Продолжается несколько часов, иногда даже дней	Как правило, кратковременная и обильная

NB!

Однако, необходимо учитывать, что наличие крови в ЖКТ может быть связано с заглатыванием ее при легочном кровотечении (опухоли бронхов, туберкулез легких, бронхиты и бронхоэктазии, эхинококк и нагноительные поражения легких), инфаркте миокарда или повреждениях сосудов носа и полости рта. Однако, встречается и обратная картина, когда профузное кровотечение в желудке и особенно в пищеводе с последующей кровавой рвотой иногда приводит к тому, что кровь переполняющая рот и нос частично аспирируется, а затем откашливается, проявляясь кровохаркиванием.

Мелена и гематохезия

Кровавый стул (гематохезия), как правило, свидетельствует о локализации источника кровотечения в нижних отделах пищеварительного тракта, хотя при массивном кровотечении из верхних отделов кровь иногда не успевает превратиться в мелену и может выделяться в малоизмененном виде

Дегтеобразный липкий зловонный стул (мелена), возникающий в результате реакции крови с соляной кислотой, перехода гемоглобина в солянокислый гематин и разложения крови под действием кишечных ферментов, - признак кровотечения в верхних отделах ЖКТ.

Однако могут быть исключения. Кровотечения из тонкой и даже из толстой кишки также могут сопровождаться меленой, но при наличии 3 условий:

- 1) **достаточное количество измененной крови, чтобы сделать стул черным;**
- 2) **не слишком сильное кровотечение;**
- 3) **замедленная перистальтика кишки, чтобы хватило времени для образования гематина.**

Лабораторные методы диагностики

При подозрении на желудочно-кишечное кровотечение целесообразно назначить пациенту **общий анализ крови**: необходимо провести общий анализ крови с целью первичной диагностики постгеморрагической анемии, характерными признаками которой являются: эритроциты, Hb, Tr, Ht - снижаются. СОЭ - повышается .

Гемоглобин косвенно отражает величину кровопотери, но является довольно непостоянной величиной.

Гематокритное число достаточно точно соответствует кровопотере, но не сразу, так как в первые часы после кровотечения пропорционально уменьшаются объемы как форменных элементов, так и плазмы крови. И только после того, как экстраваскулярная жидкость начнет проникать в кровяное русло, восстанавливая ОЦК, гематокрит падает.

Дополнительным источником данных может стать **коагулограмма**, поскольку после острых профузных кровотечений активность свёртываемости крови значительно возрастает.

В **биохимическом анализе** на кровотечение может указать рост мочевины на фоне нормальных показателей креатинина.

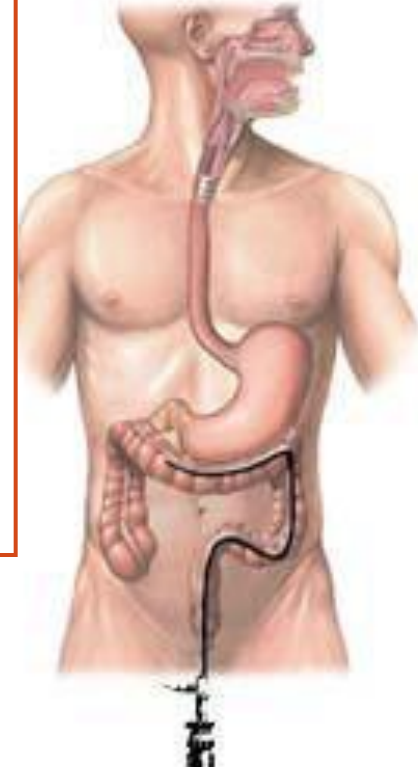
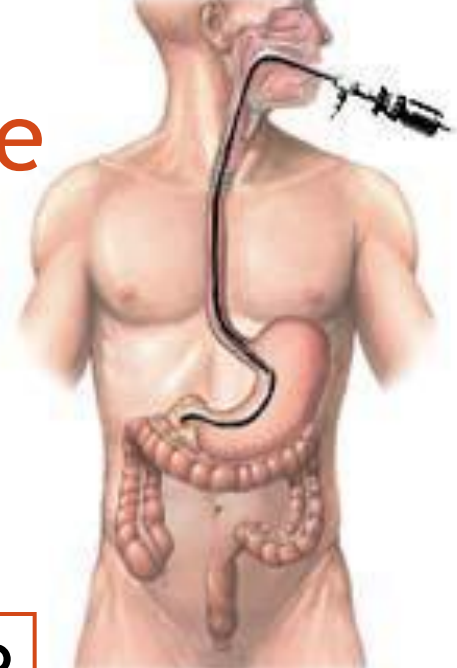
Хорошим подспорьем может стать направление больного на **тест на скрытую кровь (проба Грегерсена)**.

Эндоскопическое исследование

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки рекомендуется в **течении 24 часов** и может использоваться как метод диагностики, так и с целью лечения.

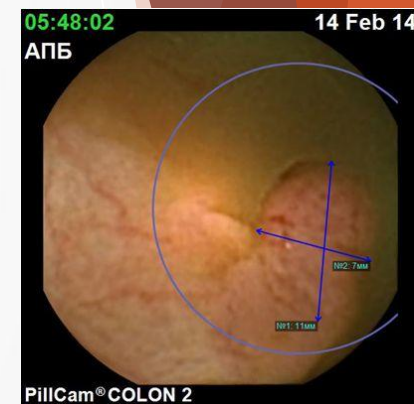
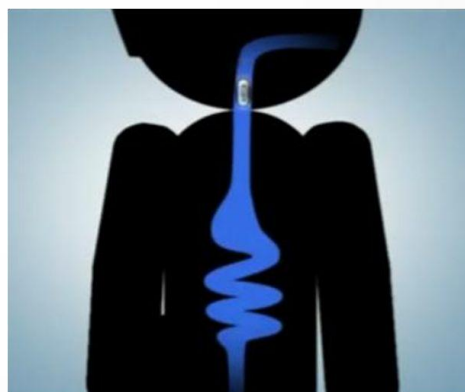
Фиброгастродуоденоскопия позволяет не только установить достоверность кровотечения из верхних отделов ЖКТ, но и уточнить его причину и локализацию, оценить тяжесть и прогнозировать вероятность его рецидива.

Единственным противопоказанием для проведения исследования при профузных кровотечениях является агональное состояние больного.



Капсульная эндоскопия

Метод обследования желудочно-кишечного тракта с помощью миниатюрной капсулы со встроенной видеокамерой, которую пациент проглатывает как обычную таблетку. Это современный, безопасный и комфортный метод обследования.



Инструментальные методы диагностики

- ▶ Для диагностирования желудочно-кишечного кровотечения хронической формы проводят **контрастную рентгенографию**. Исследование дает картину состояния стенок пищеварительного тракта с выявлением возможных язв, грыж и прочих патологических состояний.
- ▶ При сосудистых нарушениях в порядок обследования подключают **ангиографию**. Для более полноценной клинической картины в случаях возможных осложнений проводят радиоизотопное сканирование и магнитно-резонансную томографию, если лечебное учреждение располагает аппаратурой данного класса.

1. Кровотечения при заболеваниях пищевода

1.1. Язвы пищевода

Чаще пептические, при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, в нижней 1/3 пищевода, не связаны с агрессивностью кислотно-пептического фактора в желудке.

Клиника:
рефлекторная стенокардия, дисфагия, кровотечения не часты.

Диагностика - эзофагоскопия.



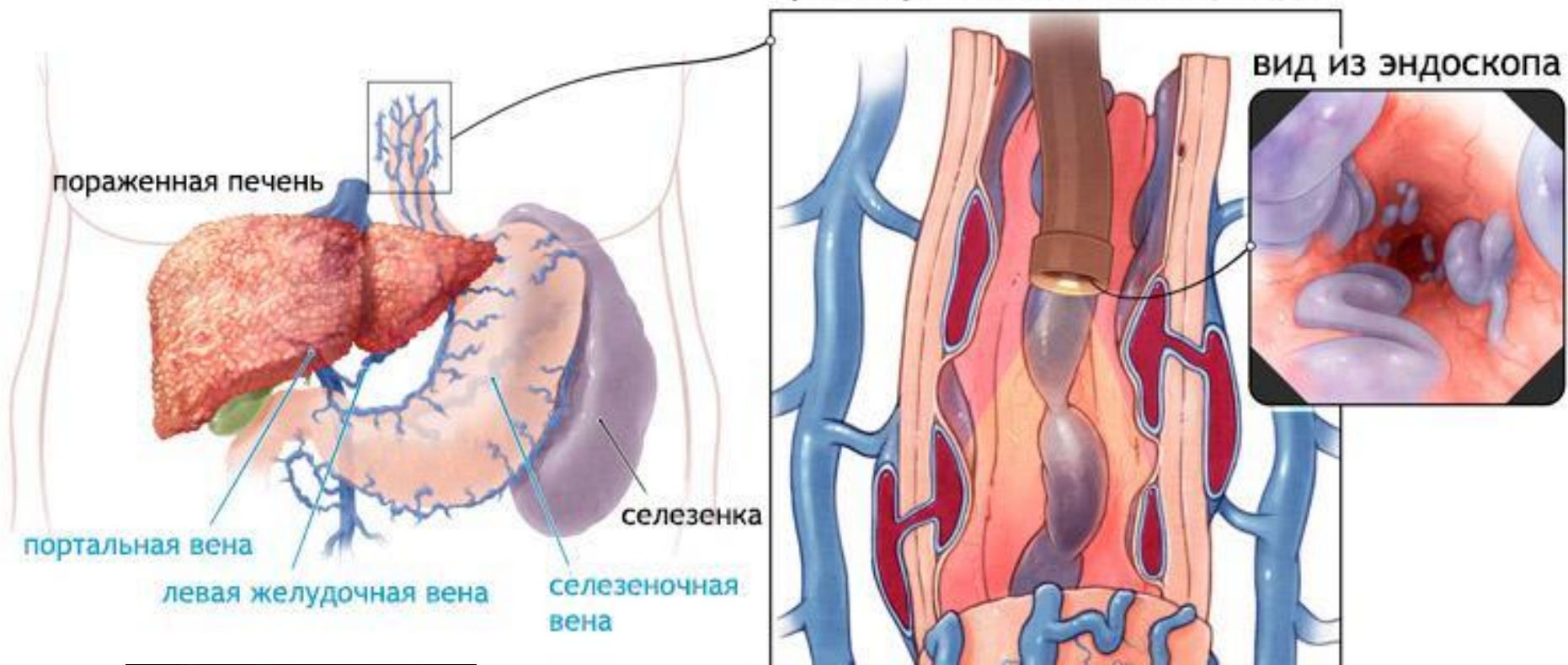
1.2. Варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии

Варикозное расширение вен пищевода и желудка при циррозах печени (портальная гипертензия, коллатерали).

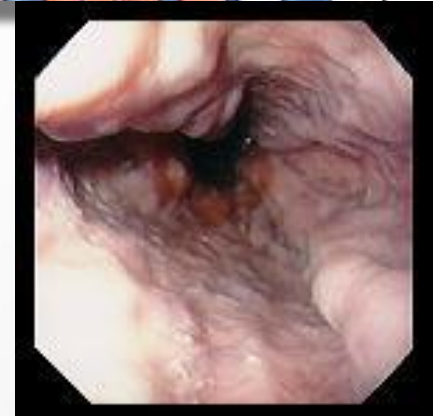
Клиника: увеличенная пролная печень, спленомегалия, расширение вен передней брюшной стенки, геморроидальных вен. Кровотечение - остро, массивное, - рвота со сгустками крови, затем обильный дегтеобразный зловонный стул - мелена. После кровотечения - признаки печеночной недостаточности (желтуха, печеночный запах изо рта, асцит нарастает).

Диагностика - фиброэзофагогастроскопия, гематокрит, коагулограмма, функция печени (билирубин, щелочная фосфатаза, АЛТ, глюкоза, белковые фракции).

расширенные вены пищевода



Small to moderate sized esophageal varices in a 69 year-old woman with cryptogenic cirrhosis



Esophageal varices in a 74 year-old man with alcoholic cirrhosis

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

1.3. Рак пищевода

Дисфагия, истощение, срыгивание пищи с примесью крови или массивные фатальные геморраги

Диагностика - рентгеновские методы и эзофагоскопия.

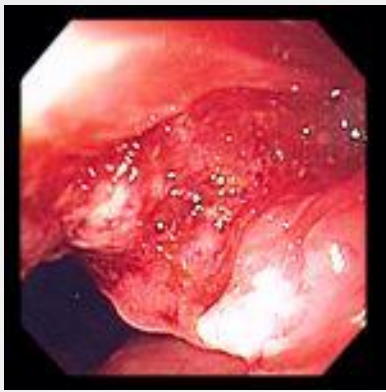


Ulcerative, infiltrative carcinomaa



Esophagoscopic view





Squamous Cell Carcinoma

Partially obstructing proximal esophageal mass in a 77 year-old man with dysphagia and weight loss



Esophageal Adenocarcinoma

77 year-old man with dysphagia, found to have an ulcerated, constricting tumor of the distal esophagus. Located several centimeters above the esophagogastric junction, this is consistent with an adenocarcinoma arising in a segment of Barrett's esophagus.



Kaposi Sarcoma

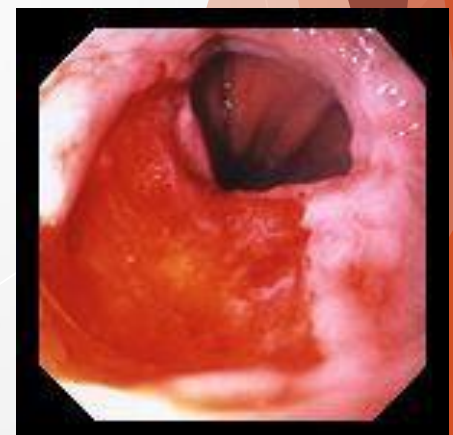
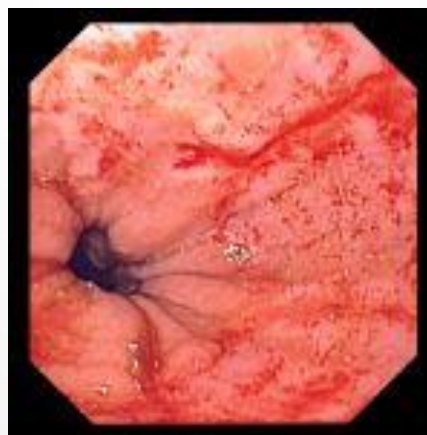
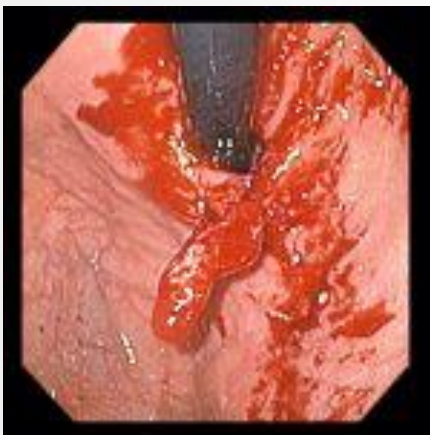
Raised, slightly violet colored lesions in the midesophagus of a year-old man with the acquired immune deficiency syndrome. Kaposi lesions were also seen in the [colon](#).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

1.4. Синдром Маллори-Вейса

Продольные разрывы слизистого иногда подслизистого слоя в нижней 1/3 пищевода и кардиального отдела желудка - при сильной продолжительной рвоте (морская, воздушная болезнь, беременность, алкогольное опьянение). Кровавая рвота, затем мелена, часто находят хронический гастрит и ГПОТ.

Диагностика - фиброэзофагогастроскопия.



1.5. Спонтанный разрыв пищевода, синдром Бурхаве (Boerhaave)

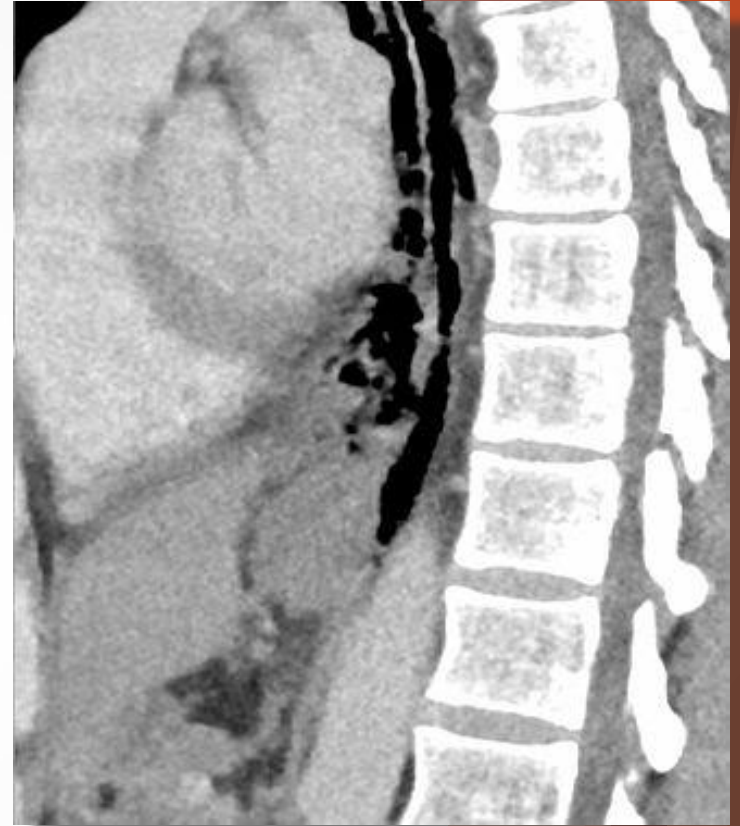
Редкое заболевание, после переедания, рвоты, кашля, эпилептического приступа, при родах - разрыв пищевода рядом с кардией, полный или частичный.

Есть мнение, что это то же заболевание, что и синдром Маллори-Вейса.

Клиника: острая боль за грудиной и дисфагия, бледность, холодный липкий пот, потеря сознания. Затем - пневмо- и гидропневмоторакс, подкожная эмфизема, гнойный медиастинит.

Симптом Хаммана (Hamman's sign) - признак спонтанного или травматического пневмомедиастинума: хрустящий, синхронный сердечному ритму прекардиальный шум.

Boerhaave Syndrome



**Диагностика –
рентгеновские методы.**

2. Кровотечения при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки

2.1. Язвенная болезнь

В фазе обострения – из острой язвы и из хронической, обильное кровотечение при каверзных язвах малой кривизны желудка, при пенетрирующих язвах.

Клиника: неожиданно, часто вечером или ночью, если были боли – они прекращаются (симптом Бергманна), появляются признаки коллапса. Кровавая рвота, мелена, резкая слабость, бледность кожи и слизистых, страх смерти.

2.2. Острые (симптоматические) язвы желудка

При сердечной недостаточности, инфаркте миокарда, травматическом шоке, уремии, ожоговой болезни, лейкозах. Лекарственные язвы (НПВП, кортикостероиды, цитостатики) даже после однократного приема.

Язвенная болезнь, алкоголь – усиливают вероятность кровотечения.

Клиника: неожиданный коллапс, рвота кровью, мелена.

Диагностика – фиброгастроскопия, исследование крови.

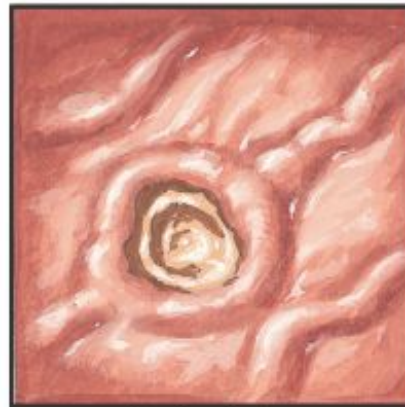
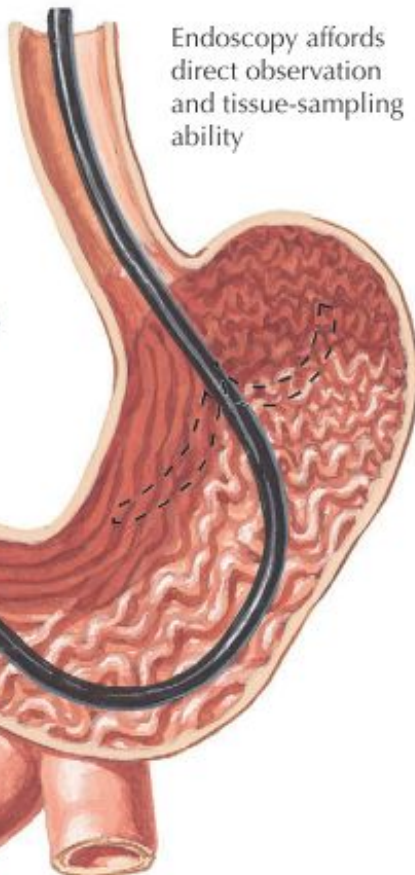
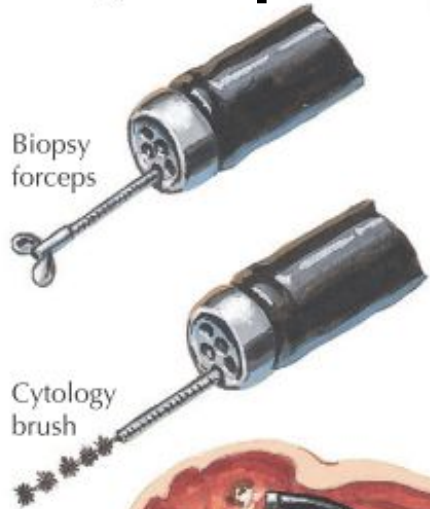
2.3. Рецидивирующая пептическая язва после операций по поводу язвенной болезни

Те же симптомы, что и до операции, сильная изжога, язвы в культе или соустье.

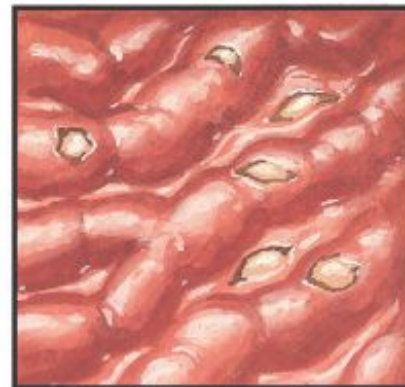
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Диагностика: экстренная фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки, анемия, снижение гематокрита, лейкоцитоз, пальцевое исследование прямой кишки (мелена), определение ОЦК.

Endoscopy



Duodenal ulcer



Gastritis with erosions

Bleeding Gastric Ulcer

Case 1: 77 year-old man presented with acute hematemesis (vomiting blood). Exam revealed this ulcer (at 9:00 o'clock position) with a white, fibrinous base, and a dark, protruding visible vessel, signifying the site of recent bleeding.

Case 2: 72 year-old woman with hematemesis. Endoscopy demonstrated a small ulcer with bleeding from the edges, but no visible vessel. Biopsies were positive for *Helicobacter pylori*.

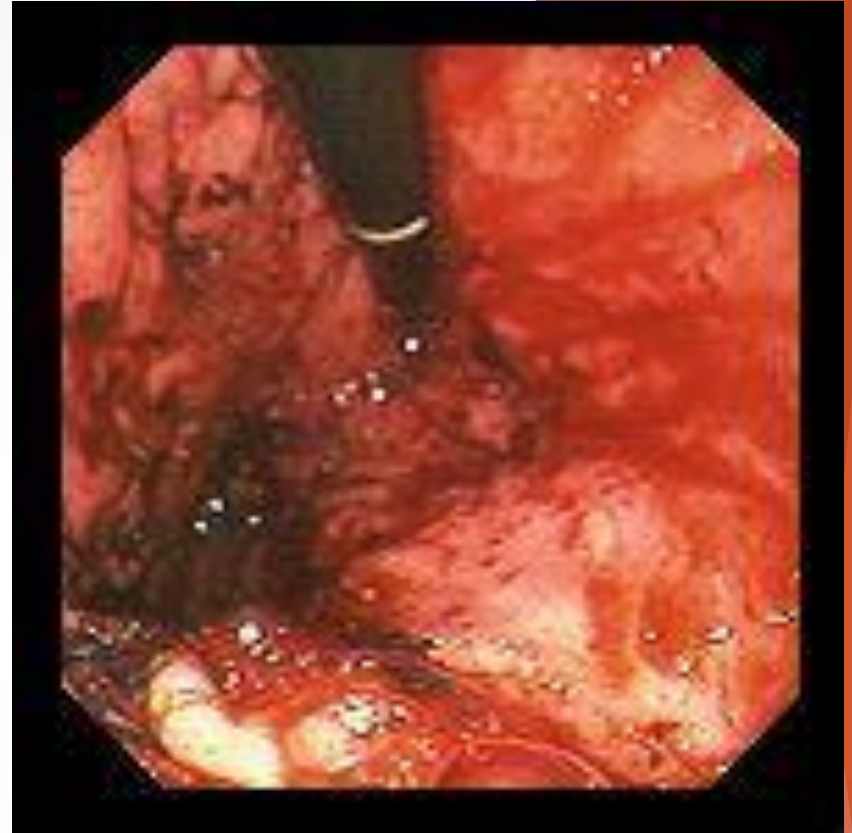
Case 3: 71 year-old man with hematemesis. Endoscopy revealed a 2 cm ulcer with pulsatile, arterial bleeding. Control of bleeding was achieved by injecting the vessel with epinephrine, followed by bipolar electrocautery.



2.4. Эрозивный геморрагический гастрит и дуоденит

Часто у злоупотребляющих алкоголем, больных лейкозами, почечной и сердечной недостаточностью, часто в пилороантральном отделе и луковице 12-перстной кишки, после физического напряжения, натуживания – кровотечение.

Gastritis with Bleeding



37 year-old woman with hematemesis (vomiting blood). Endoscopy demonstrated inflammation with prominent erosions in the gastric body (left) and diffuse bleeding from inflammation in the gastric fundus, seen on retroflexion (right).

2.5. Доброкачественные опухоли желудка

Клиника и диагностика те же.



Adenomatous Gastric Polyp

Prepyloric antral polypoid lesion in a 45 year old woman undergoind endoscopy for abdominal pain and anemia.

Gastric Leiomyoma

Incidental finding in the proximal gastric body of an 82 year-old woman undergoing endoscopy for evaluation of gastroesophageal reflux symptoms.

STUMP

(Spindle Tumor of Uncertain Malignant Potential)

51 year-old woman with an episode of hematemesis (vomiting blood). Endoscopy revealed this large, focally ulcerated polypoid lesion in the proximal gastric body.

The lesion grossly resembled a leiomyoma. Biopsies demonstrated a spindle cell tumor, with few mitotic figures. Examination of the resected specimen confirmed the benign nature of the lesion.

2.6. Полипы желудка

Условно доброкачественные, полипоз (аденоматоз) – склонен к раковой трансформации.

Множественные полипы при синдроме Пейтц-Егерса и в тонком и в толстом кишечнике, на слизистой аппендикса, сопровождаются пигментацией кожи и слизистой зева. Массивные кровотечения редки.



Bleeding Polyp

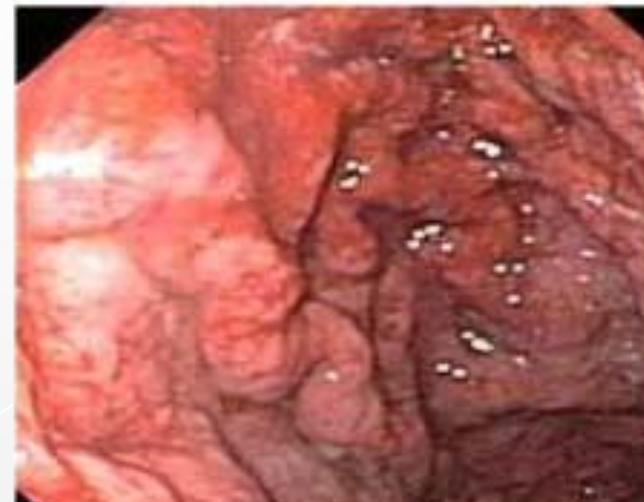
Spontaneous bleeding from one of several inflammatory gastric fundic polyps.

2.7. Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие)

Разрастание до 4 см в высоту и до 1 см в ширину складок слизистой желудка, локализованно и диффузно, чаще у мужчин.

Клиника: тяжесть в эпигастрии, тошнота, гипопропротеинемические отеки, боли при пролабировании и ущемлении складок в привратнике, у 1/3 – кровотечения.

Диагностика та же, дифференцировать с опухолью желудка.



2.8. Дивертикулы желудка и 12-перстной кишки

Чаще у пожилых, истинные и ложные (не через все слои, а внутрь мышечного слоя), при повышении внутрижелудочного давления и нарушенной трофике слизистой. Пульсионные - на фоне врожденных дефектов, тракционные - после воспалительных процессов.

Клиника: бессимптомно или симптомы гастрита, опухоли, язвенной болезни, при дивертикулите - боли изнурительные в эпигастрии, за грудиной, плохо переносится твердая пища, повышение температуры тела. При изъязвлении - кровотечение.

Диагностика - рентгеновские методы в основном.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

2.9. Безоары желудка

Инородные образования (трихобезоары, фитобезоары) - при приеме в пищу хурмы, овощей, висмута, попадании волос, до каменистой плотности, возможны пролежни.

Клиника: боли в эпигастрии, тошнота, рвота, отрыжка тухлым, похудание. При пролежнях - кровотечения, непроходимость, пальпируется плотная опухоль.



Phytobezoar



2.10. Злокачественные опухоли желудка

При злокачественных опухолях (рак, саркома) в далеко зашедших случаях при наличии клинической картины



Gastric Adenocarcinoma

Left: 46 year-old man with no prior gastrointestinal symptoms, presented with five days of epigastric pain. Initial studies revealed iron-deficiency anemia and blood in the stool.



Metastatic Colon Carcinoma

79 year-old woman with known extensive, metastatic colonic carcinoma, presenting with upper gastrointestinal bleeding.

2.11. Туберкулез желудка

Чаще в пилорическом отделе.

Клиника: слабость, исхудание, боли, частый жидкий стул с кровью, рвота при стенозе привратника.

Диагностика - поиск микобактерий в кале, реакция Манту, снижение кислотности, язвенная форма, туморозная форма, диффузносклеротическая - соответственно и рентгеновская картина. ФГС с биопсией.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

2.12. Саркоидоз желудка

На фоне типичных легочных изменений, диагностика гистологическая.



64 year-old woman with sarcoidosis undergoing endoscopy for evaluation of dyspepsia and pyrosis. The gastric antrum was inflamed, and biopsies revealed noncaseating granulomas consistent with sarcoidosis. Biopsies from the esophagus were also consistent with focal esophageal sarcoidosis.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

2.13. Эозинофильная гранулема желудка

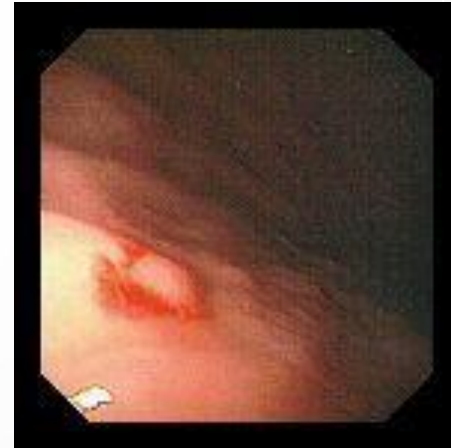
Ретикулогистиоцитоз: ограниченная и инфильтративная форма, сочетание с аллергическими проявлениями, эозинофилия крови, гипопротейнемия, анемия, ФГС с биопсией.



35 year-old woman with abdominal pain, nausea and vomiting. Endoscopy revealed this 3.5 cm submucosal tumor in the gastric cardia. The lesion was 40% circumferential but not obstructing the GE junction.

2.14. Синдром Дъелафуа

Внезапное кровотечение из поверхностных эрозий слизистой, на дне эрозии – аррозированный сосуд (врожденные пороки – аневризмы, гемангиомы), в кардиальном отделе.

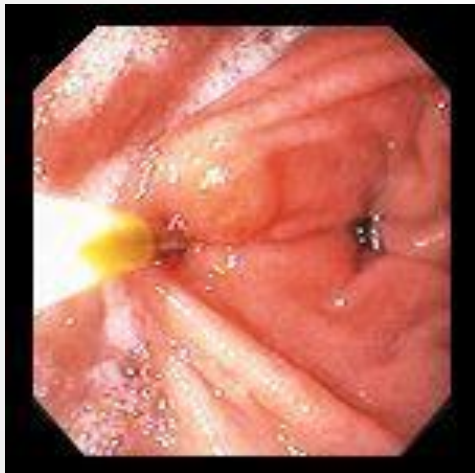


Left: Massive pulsatile bleeding in the gastric fundus of a 48 year-old man who presented with melena and hemorrhagic shock. Narrowed view through the banding apparatus attached to the tip of the endoscope. **Center & Right:** 70 year-old woman who also presented with acute hematemesis (vomiting blood). Endoscopy demonstrated a nonpulsatile but continuous flow of blood from a focus in the proximal gastric body, seen on retroflexion.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

2.15. Дистопированная поджелудочная железа

В стенке желудка панкреатическая ткань узлами - схваткообразные боли, тошнота, рвота, метеоризм, диагностика - рентгеновская и ФГС не всегда эффективны - сканирование с селенметионином, или изотопом фосфора.



3. Кровотечения из желудка, вызванные заболеваниями других органов и систем

3.1. Гастронома поджелудочной железы (синдром Золлингера-Эллисона)

Злокачественная опухоль поджелудочной железы, продуцирует гастрин, упорные язвы желудка и 12-перстной кишки, боли постоянные в эпигастрии, эзофагиты, рвота, упорные поносы, стеаторрея, похудание, язвы не заживают, у 1/3 – кровотечение.

Диагностика – базальная секреция желудочного сока до 25 ммоль/л (ночью – до 100 ммоль/л), в желудке при рентгеновском исследовании – ниши, слизь, гипертрофия складок и гипотония стенок, ФГС. При УЗИ поджелудочной железы, КТ-сканировании – опухоль.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

3.2. Гиперпаратиреоз (болезнь Реклингхаузена)

Аденома паращитовидной железы – сочетание язвенных кровотечений с нефролитиазом и остеопорозом.

3.3. Множественный эндокринный аденомаоз I типа (синдром Вермера)

Аутосомнодоминантное заболевание – доброкачественная опухоль аденогипофиза, поджелудочной железы с пептическими язвами тонкой кишки и кровотечениями, спонтанные гипогликемии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

3.4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Кровотечение при ущемлении, инвагинация пищевода, пролабировании слизистой желудка. Часто при рефлюкс-эзофагите. Изжога, срыгивание пищи, болезненное глотание, при натуживании или подъеме тяжести - интенсивная боль в эпигастрии, рвота с кровью, дисфагия, за грудиной коронароподобные боли.

Диагностика – рентгеновское в положении Тренделенбурга, проба Вальсальвы, ФГДС, эзофаготономография – запись давлений.

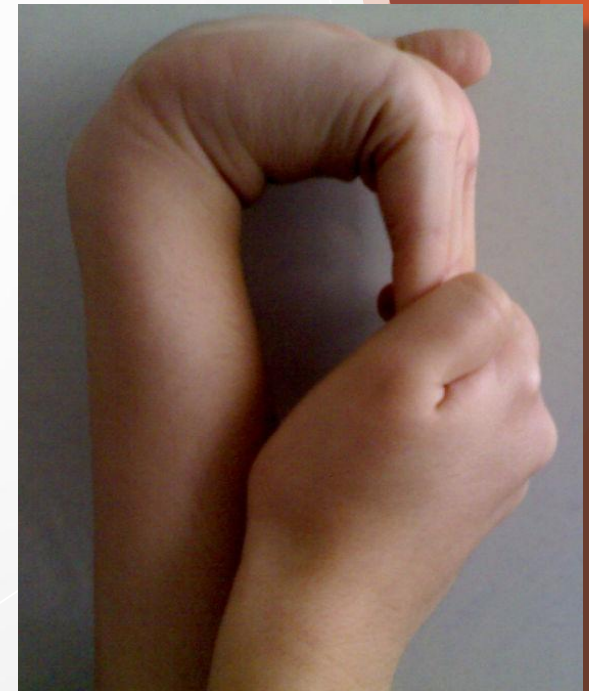


3.5. Синдром Гренблад-Страндберга

Системное заболевание эластической ткани кожи, глаз - аутосомно-доминантное, по женской линии, - на коже шеи, слизистой рта, желудка - папулы желтоватые, ромбовидной или овальной формы, хориоретинит, артериальные гипертензии, перемежающаяся хромота. Кровотечения желудочно-кишечные могут быть смертельными. Патанатомически - кальцификация сосудов, пролиферация эластических волокон, их замещение кальцием.

3.6. Синдром Черногубова-Элерса-Данло

Наследственная мезенхимальная дисплазия, поражение коллагена. Сверхрастяжимость кожи, подвижность суставов (каучуковый человек), кожа и сосуды ранимы, кровоточат, гематомы, грыжи, расслаивающиеся аневризмы, разрывы легких, кровотечения в кишечник.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

4. Кровотечения при заболеваниях тонкого кишечника

4.1. Злокачественные опухоли – рак, саркома, карциноид

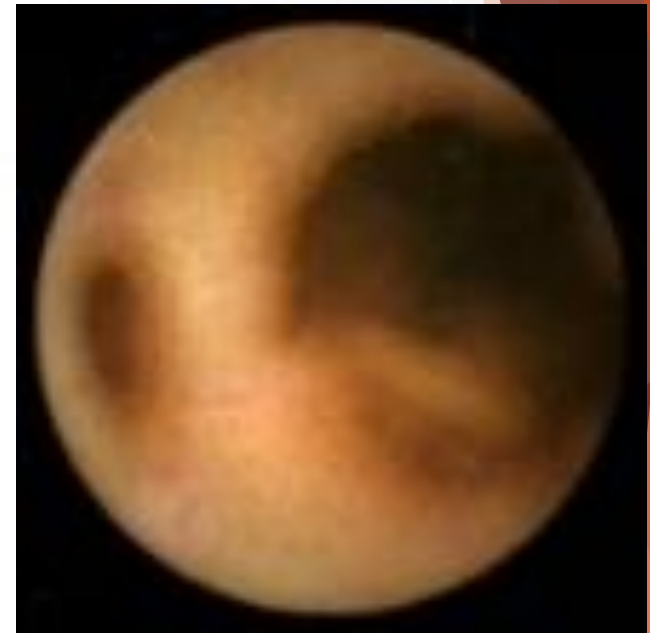
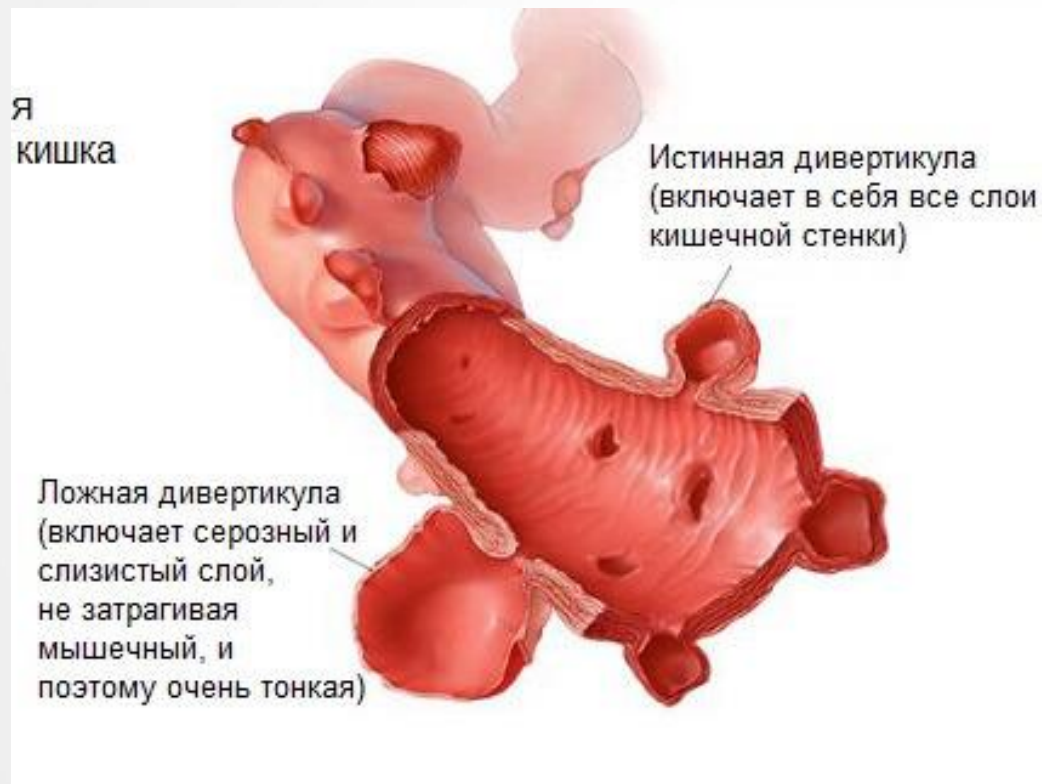
Чаще в начальном отделе тощей и терминальном отделе подвздошной кишки, в 1/3 – кровотечения.

Диагностика – илеоскопия, селективная ангиография, рентгеновское исследование.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

4.2. Дивертикулы

В любом отделе, множественные, диагностика трудна. Эндоскопия, радиоизотопное исследование, илеоскопия, селективная ангиография.

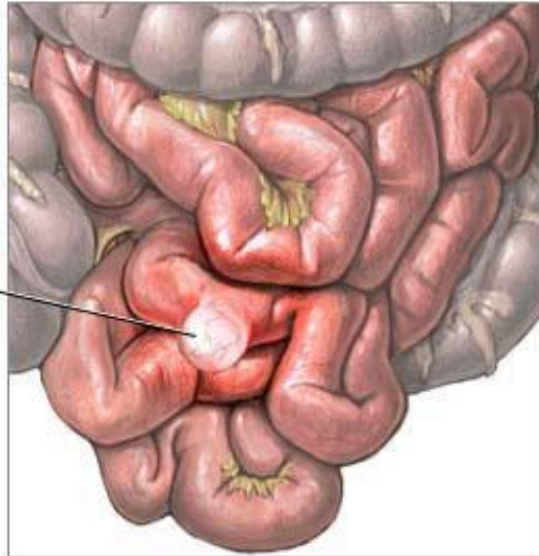


4.3. Дивертикул Меккеля

Недалеко от слепой на подвздошной кишке, у молодых мужчин, кровотечения незначительные (умеренная мелена или скрытая кровь в кале). Иногда диагностика только при лапаротомии.



Дивертикул Меккеля



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

4.4. Острые язвы кишечника

Первичные пептические, идиопатические и вторичные – симптоматические. Диагностика трудна. Все методы.

4.5. Туберкулез кишечника

Вторичный при туберкулезе других органов. Бугорки, язвы, грануляции, в аппендиксе, дистальном отделе подвздошной и слепой кишок. При перфорации – кровотечение.

5. Кровотечения при заболеваниях толстого кишечника

5.1. Полипоз толстой кишки

Аденоматозные, кистозные, гиперпластические, Фиброзные – в анальном канале. Во всех отделах. Диффузный полипоз – предрак.

Полипоз в сочетании с остеомами черепа, эпидермоидными кистами и опухолями кожи, нарушение строения зубов – синдром Гарднера (львиное лицо при локализации в придаточных пазухах).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ



21 year-old woman with a strong family history of colonic carcinoma, who had hundreds of benign tubular adenomas throughout the colon.



40 year-old man undergoing evaluation of occult gastrointestinal bleeding.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Синдром Кронхейта-Канада – диффузный полипоз с протеинорреей, потерей альбумина со слизью, облысением головы, выпадением лобковых и подмышечных волос, похуданием, меленой.

Диагностика – ректороманоскопия, пальцевое исследование ректально, фиброколоноскопия, рентгеновское исследование.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

5.2. Доброкачественные опухоли

Ворсинчатые, липомы, лейомиомы, фибромы - явления частичной кишечной непроходимости, тенезмы, боли, анемия.



Two small tubular adenomas in the cecum of a 64 year-old woman undergoing colonoscopy for occult bleeding. The polyp on the left was actively bleeding at the time of colonoscopy. The bleeding was localized to two punctate foci on opposite sides of the polyp (arrow). Both polyps were benign.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

5.3. Рак толстой кишки

Кровотечение из аррозированных сосудов, выделение крови перед актом дефекации.

Диагностика - пальцевое исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, прицельная биопсия.

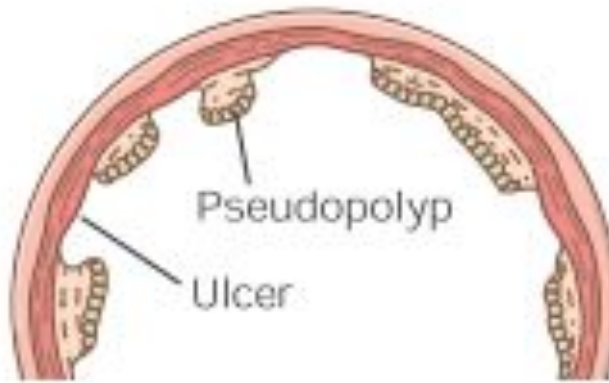
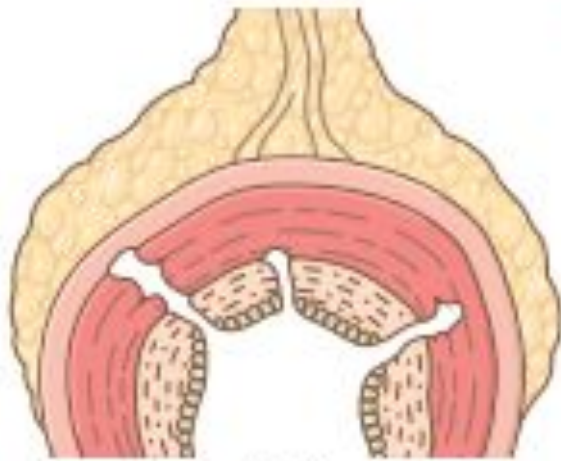


Right: Extensive sessile carcinomatous mass in the rectum and distal sigmoid colon of a 61 year-old woman with a history of polyps several years previously (but no recent follow-up), who had been experiencing intermittent hematochezia for a year.

CROHN DISEASE



ULCERATIVE COLITIS



5.4. Болезнь Крона

Терминальный илеит



55 year-old man undergoing colonoscopy for evaluation of occult bleeding. No colonic pathology was seen, but cannulation of the ileocecal valve revealed distal ileitis with ulceration.

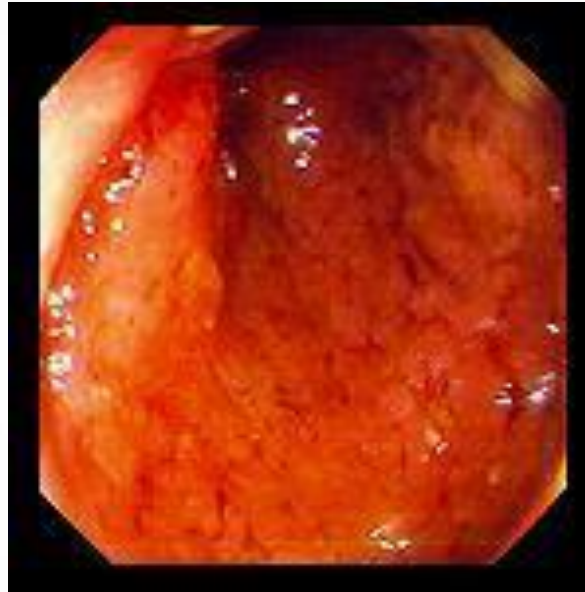
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

5.4. Болезнь Крона



32 year-old man with a one year history of abdominal pain, bloody diarrhea and 10-15 lb. weight loss. Colonoscopy demonstrated inflammation to varying degrees throughout the colon, with ulceration and occasional pseudopolyp formation.

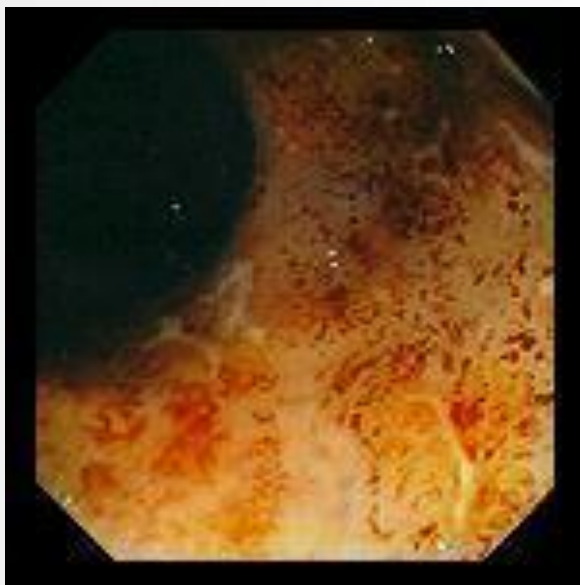
5.4. Неспецифический язвенный колит



Left: normal.

Right: Mild colitis produces redness and swelling of the mucosa, resulting in a loss of the normal vascular pattern, an overall granular appearance, and friability (fragility with ease of bleeding)

5.4. Неспецифический язвенный колит



Moderate colitis is characterized by granularity, friability, exudate, spontaneous bleeding and increasingly larger areas of ulceration. With increasing severity, ulcers may appear as punctate (see above), linear (left) or larger (right).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

5.6. Дивертикулы толстой кишки

В пожилом возрасте. Чаще поражаются дивертикулами сигмовидная и нисходящая ободочная кишки. Процесс иногда распространяется на всю толстую кишку. Неосложненный дивертикулез протекает бессимптомно.



87 year-old woman who presented with lower gastrointestinal bleeding. The bleeding was finally localized to a single diverticulum, shown here.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Типичные осложнения – дивертикулит, пенетрация или перфорация с развитием перитонита, внутренние свищи, сужение просвета кишки. **Причины кровотечения** – травма слизистой оболочки дивертикула, изъязвление или возникновение колита.

Диагностика – ирригоскопии обнаруживаются характерные выпячивания вдоль контура кишки. Фиброколоноскопия, селективная ангиография.



6. Гемобилия при заболеваниях печени и желчных путей

Особая форма кишечного кровотечения, когда его источник обнаруживается в желчевыводящей системе. Причины – травма печени, воспалительные процессы, опухоли, камни и сосудистые расстройства, иногда – некоторые заболевания поджелудочной железы (воспаления, кисты, рак, добавочная железа). Выраженность кровотечения: от скудных выделений крови до массивных кровопотерь.

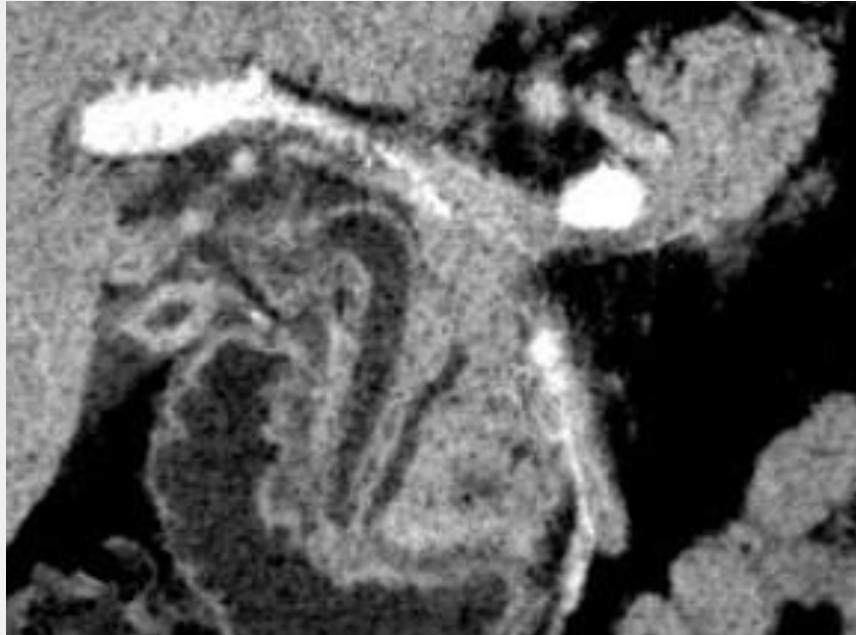
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Могут быть и ятрогенной природы. Аневризма внутри- и внепеченочных кровеносных сосудов при прорыве в желчные пути может стать источником массивной геморрагии.

Клиника: характерны боль, желтуха и геморрагии на коже, у 3/4 отмечаются боли в верхнем квадранте живота с иррадиацией в лопатку. При крупной аневризме прощупывается пульсирующее образование, над которым прослушивается сосудистый шум.

Диагностика – очень трудна. Дуоденоскопия, радионуклидное исследование, эхография и гепатоартериография.

КТ брюшной полости. Рак Фатерова соска. Гемобилия.



70 year-old with biliary obstruction caused by cholangiocarcinoma. Bloody drainage emanating from the ampulla, as seen at ERCP prior to cannulation.

7. Геморрагические диатезы

Могут быть самостоятельным заболеванием. Также сопровождают лейкозы, гипопластическую анемию, гемофилию и другие болезни крови.

При гемофилии желудочные и кишечные кровотечения бывают спонтанными или обусловлены приемом ульцерогенных препаратов. Опасны не только профузные, но и диффузные капиллярные кровотечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Стенка кишечника на большом протяжении пропитывается кровью, что вызывает развитие анемической комы. Подобные тяжелые желудочно-кишечные кровотечения возникают при болезни Виллебранда. Кишечные кровотечения могут возникнуть при редком синдроме Мортенсена – эссенциальной тромбоцитемии. При этом типичны тромбозы сосудов. При тромбозе селезеночной и воротной вен – гепатомегалия.

Диагностика – радионуклидное сканирование с мечеными эритроцитами, компьютерная томография и эндографическое сканирование. Болезнь Виллебранда устанавливается определением уровня антигена, связанного с фактором Виллебранда, либо по совокупности многих признаков (при неполном типировании).

При синдроме Мортенсена обнаруживают полиглобулию с резким увеличением содержания тромбоцитов. Миелограмма.

Idiopathic Thrombocytopenic Purpura

View of gastric mucosal lesions in an 81 year-old man with ITP undergoing endoscopy for evaluation of gastrointestinal bleeding.



8. Кровотечения при заболеваниях сосудов

8.1. Синдром мезентериальной сосудистой недостаточности

Брюшная жаба – приступы ишемических болей в животе при возникновении недостаточности сосудистого русла. Очаги преходящей ишемии, в случае тромбоза – некрозы с кровоизлияниями в кишечную стенку.

Распространенный атеросклероз, реже – неспецифический аортоартериит. Стенозы могут возникать и в сосудах толстой кишки.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Объективный признак ишемической болезни кишечника – своеобразный систолический шум в надчревной области.

Гиперкоагуляция крови. Формируются хронические язвы кишечника или желудка.

Клиника: внезапные сильнейшие нелокализованные боли в животе, тошнота, рвота (иногда – с примесью крови), вздутие кишечника, одно- или двукратный жидкий кровянистый стул. Испуг, холодный пот. Кожа цианотична, черты лица заострены.

Диагностика – аортография и селективная ангиография, ирригоскопия.

8.2. Болезнь Рандю-Ослера

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия, проявляется кровотечениями из множественных сосудистых расширений в слизистых оболочках. Желудочно-кишечные кровотечения редки. Характерны носовые кровотечения. Мелкие ангиоматозные высыпания на слизистых носа, рта, губ, языка и на коже лица. Иногда – гепатомегалия с множественными ангиомами.

Диагностика – эндоскопическое исследование.

Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia

Osler-Weber-Rendu Syndrome

80 year-old woman with occult gastrointestinal bleeding. The small red mucosal lesions shown here are typical vascular ectasias of the Osler-Weber-Rendu Syndrome. Shown on the left is the tip of the heater probe, preparing to eradicate the lesion located to the right.



8.3. Синдром Бина

Кавернозный ангиоматоз.
Характеризуется наличием кавернозных гемангиом на коже. Они синюшного цвета, мягкие на ощупь. Могут возникать и в желудочно-кишечном тракте, что приводит к кровотечениям. Тип наследования не установлен.

8.4. Желудочная антральная сосудистая эктазия ("арбузный желудок")

Эндоскопия показывает почти параллельные эритематозные полосы, пересекающие антральный отдел желудка и напоминающие полосы арбуза.

Предполагают, что эта патология связана с пролапсом слизистой оболочки желудка в двенадцатиперстную кишку. Макроскопические признаки представлены фибромышечной гиперплазией собственной пластинки и расширением поверхностных капилляров, содержащих фибриновые тромбы. У больных могут быть массивные кровотечения, требующие хирургического или лазерного лечения.



76 year-old woman with occult gastrointestinal bleeding and anemia, with a striped appearance of the gastric antrum caused by vascular ectasias. In the gastric body and fundus there were also several foci of more typical-appearing angiodysplasias.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

8.5. Синдром Казабаха-Мерритта

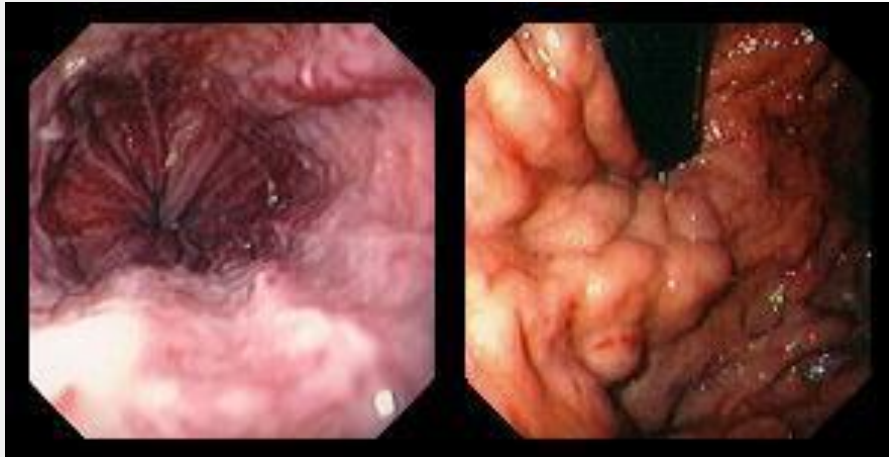
Кровотечения в просвет кишечника. Сочетаются гигантские гемангиомы с выраженной тромбоцитопенией.

Клиника: ангиоматоз, геморрагический синдром. Гемангиомы располагаются на коже туловища и конечностей. Множественный ангиоматоз с локализацией в печени, легких, кишечнике, головном мозгу.

В период кровотечения определяется резко выраженная тромбоцитопения со значительными нарушениями ретракции кровяного сгустка, гипо- и афибриногенемией. Соответственно массивности кровотечения развивается железодефицитная анемия.

Kasabach-Merrit Syndrome

A 38 year-old man with abdominal pain and 20 pound weight loss. Clinical findings: cutaneous hemangiomas, anemia, hepatosplenomegaly and thrombocytopenia. Small bowel series and barium enema showed coarse nodularity of the ileum and colon. MR scan suggested diffuse hemangiomas involving skin, bowel, spleen, scrotum and pelvic soft tissues, extending into the thigh.



Upper endoscopy demonstrated esophageal varices and gastric fundic varices, consistent with portal hypertension. Fiberoptic sigmoidoscopy revealed diffuse hemangiomas involving the rectum and sigmoid colon.



8.6. Болезнь Дего

Диссеминированный ангиит, редко кожно-слизисто-кишечный синдром. На одном из этапов болезни – острейшие боли в животе, лихорадки, кровавая рвота, мелена.

Отличается неуклонным прогрессированием и смертью в среднем через 2 года от начала. На коже заметны типичные фарфорово-белые элементы с западающим центром.

Гистологическое доказательство болезни – облитерирующий тромбантит кожи и слизистых.

8.7. Геморрой

Самый частый признак – кровотечение из прямой кишки. Величина кровопотери зависит от глубины разрывов слизистой или подслизистой оболочки, в последнем случае может выделяться и артериальная кровь. Кровопотеря может быть весьма значительной.

Кровотечения, но не столь обильные, вызывает и изъязвление геморроидальных узлов. Длительные геморроидальные и обильные эпизодические кровотечения могут приводить к развитию анемии.

Диагностика – пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

1. Кровотечения при заболеваниях пищевода

- 1.1. Язвы пищевода
- 1.2. Варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии
- 1.3. Рак пищевода
- 1.4. Синдром Маллори - Вейса
- 1.5. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве)

2. Кровотечения при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки

- 2.1. Язвенная болезнь
- 2.2. Острые (симптоматические) язвы желудка
- 2.3. Рецидивирующая пептическая язва после операции по поводу язвенной болезни

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

2.4. Эрозивный геморрагический гастрит и дуоденит

2.5. Доброкачественные опухоли желудка

2.6. Полипы желудка

2.7. Гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие)

2.8. Дивертикулы желудка и 12-перстной кишки

2.9. bezoary желудка

2.10. Злокачественные опухоли желудка

2.11. Туберкулез желудка

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

2.12. Саркоидоз желудка

2.13. Эозинофильная гранулема желудка

2.14. Синдром Дъелафуа

2.15. Дистопированная поджелудочная железа

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

3. Кровотечения из желудка, вызванные заболеваниями других органов и систем

3.1. Гастроиннома поджелудочной железы (синдром Золлингера – Эллисона)

3.2. Гиперпаратиреоз (болезнь Реклингхаузена)

3.3. Множественный эндокринный аденоматоз I типа (синдром Вермера)

3.4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

3.5. Синдром Гренблад – Страндберга

3.6. Синдром Черногубова – Элерса – Данло

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

4. Кровотечения при заболеваниях тонкого кишечника

- 4.1. Опухоли
- 4.2. Дивертикулы
- 4.3. Меккелев дивертикул
- 4.4. Острые язвы кишечника
- 4.5. Туберкулез кишечника

5. Кровотечения при заболеваниях толстого кишечника

- 5.1. Полипоз
- 5.2. Доброкачественные опухоли
- 5.3. Рак
- 5.4. Неспецифический язвенный колит
- 5.5. Болезнь Крона
- 5.6. Дивертикулез

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

6. Гемобилия при заболеваниях печени и желчных путей

7. Геморрагические диатезы

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

8. Кровотечения при заболеваниях сосудов

8.1. Синдром мезентериальной сосудистой недостаточности

8.2. Болезнь Рандю - Ослера

8.3. Синдром Бина

8.4. Желудочная антральная сосудистая эктазия (“арбузный желудок”)

8.4. Синдром Казабаха - Мерритта

8.5. Болезнь Дего

8.6. Геморрой