



В. В. Цодиков

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Цодиков В. В.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Резюме. Обобщены современные литературные данные, касающиеся этиологии, диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Обосновывается дифференцированный подход к лечению больных с ректальным кровотечением в условиях стационара.

Ключевые слова: кровотечение, желудочно-кишечный тракт.

Термин «кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта» (КНОЖКТ) используют в тех случаях, когда источник кровотечения располагается в кишечнике дистальнее баугиниевой заслонки. Синонимами этого понятия являются: «ректальное кровотечение», «толстокишечное кровотечение», «кروавая диарея». В отличие от кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта критерии верификации источников кровотечения из нижних отделов не стандартизированы, а технология дифференциальной диагностики заболеваний и тактика лечения таких пациентов практически не разработаны [1, 2, 4, 7, 18].

Известно, что КНОЖКТ составляют около 15–20 % всех кровотечений из гастроинтестинального тракта [9, 18, 21, 30]. Они развиваются у 20–27 человек на 100 тыс. взрослого населения, чаще – у мужчин. Средний возраст таких больных составляет 63–77 лет. В США эта группа составляет в среднем около 1 % из всех больных, госпитализируемых в стационар по неотложным показаниям [32, 33]. Заболевания толстой кишки, осложненные кровотечением, находят у 18–30 % больных с признаками хронической железодефицитной анемии [18, 21, 26]. Приводимые различными авторами данные о частоте кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта скорее свидетельствуют о выявляемости, чем о распространенности [1, 2, 4, 30, 32].

Определенные сложности в диагностическом процессе у больных с кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта испытывают врачи различных специальностей – терапевты, инфекционисты, гастроэнтерологи, хирурги и др. [1, 2, 9, 32].

Диагностический процесс рекомендуют начинать с детального сбора жалоб и анамнеза у пациентов, что нередко может помочь установить точную локализацию источника кровотечения, а также безотлагательно начать лечение [1, 2, 4, 32]. При сборе анамнеза считают необходимым установить время начала

кровотечения, его продолжительность, качество и количество выделяемой крови, а также характер стула [1, 2]. Врачу необходимо получить информацию о наличии у пациента системных заболеваний в виде ВИЧ-инфекции, аутоиммунных заболеваний с поражением соединительной ткани и др [9, 24, 28]. Следует уточнить принимаемые пациентами медикаменты, включая нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), аспирин и антикоагулянты, которые могут провоцировать кровотечения не только из верхних отделов ЖКТ, но и из толстой кишки, особенно на фоне дивертикулярной болезни [13, 24]. Нельзя игнорировать у пациентов с кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта и аллергологический анамнез, а также наличие болей в грудной клетке или сердцебиения, одышки в покое и физической нагрузки, головокружения [24].

Лучевая терапия на органы малого таза (при раке предстательной железы или шейки матки) провоцирует развитие радиационного проктита, который может проявиться кровотечением в сроки от нескольких месяцев до 3 лет после курса лечения онкологического заболевания [6, 12].

Для постановки диагноза имеет значение и возраст пациентов. Так, у молодых пациентов с лихорадкой, кишечной коликой и кровавым поносом, вероятнее всего, имеет место инфекционное заболевание или, несколько реже, язвенный колит [5, 7]. У детей частой причиной кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта служит дивертикул Меккеля, который встречается у 1–3 % населения и может проявляться кровотечением. [11, 22, 25, 30, 31].

У пожилых пациентов и стариков причиной умеренного или массивного кровотечения могут служить наряду с опухолью дивертикулит или же ангиодисплазия [8]. Сосудистые эктазии в 70 % случаев встречаются в проксимальном отделе толстой кишки, а именно в слепой кишке и правой половине ободочной. Их появление обусловлено эктазией вен и капилляров обычного строения с наличием ар-



терио-венозных анастомозов. У пожилых пациентов причиной кровотечения может служить ишемический колит [8, 13].

Перечисляя наиболее частые этиологические факторы кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта авторы выделяют: ангиодисплазии тонкой и толстой кишки; дивертикулез кишечника (в том числе дивертикул Меккеля); опухоли и полипы толстой кишки; опухоли тонкой кишки; хронические воспалительные заболевания кишечника; инфекционные колиты; ишемические поражения кишечника; радиационный колит; туберкулез кишечника; геморрой и анальные трещины; инородные тела и травмы кишечника; аортокишечные свищи; гельминтозы [1, 2, 3, 4, 18, 24].

Клинически толстокишечные кровотечения могут быть умеренно выраженными без общих симптомов в виде падения артериального давления и тахикардии. Пациенты сообщают врачу о периодически возникающих у них кишечных кровотечениях лишь при тщательном расспросе [24, 26, 32]. Массивные кишечные кровотечения из нижних отделов ЖКТ, при которых больные теряют более 4–6 г% Hb за сутки, наблюдаются реже. В этих случаях наблюдаются гиповолемия, артериальная гипотония, тахикардия и для стабилизации уровня гематокрита (на 30%) требуется переливание крови [5]. Редко, кишечное кровотечение может возникнуть у спортсменов во время бега на марафонские дистанции [9].

Определенное диагностическое значение имеет цвет выделяющейся крови. Чаще всего при кишечных кровотечениях отмечается появление неизменной крови (гематохезия) [29, 30, 33]. Считается справедливым правило – чем светлее выделяющаяся из прямой кишки кровь, тем дистальнее расположен источник кровотечения [1, 2, 9, 32]. При локализации источника в правых отделах толстой кишки иногда может возникать мелена или сочетание мелены и неизменной крови [5, 7, 11, 13]. У 85 % пациентов кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта возникает остро, со склонностью к самостоятельному прекращению и редко вызывает значительные нарушения гемодинамики. Пациентов данной категории обследуют в амбулаторных условиях [5, 32]. У 15 % пациентов наблюдается более тяжелое кровотечение, которое сопровождается нарушениями гемодинамики в виде тахикардии и постуральной гипотензии, требующей госпитализации и обследование в условиях стационара [5, 9, 18, 24].

Стул при кровотечении из дивертикула обычно окрашен в различные оттенки красного – от каштанового до алого. Клинически

у более чем 50 % таких больных обнаруживается трехэтапное изменение характера стула (симптом «трехцветного стула»): сначала – обильное (более 200–400 мл) выделение неизменной алой крови, затем – отхождение темной крови, а через несколько часов – коричневый стул с кровянистой слизью [9, 18, 32, 33]. У 75 % больных источником кровотечения являются дивертикулы, располагающиеся в левой половине ободочной кишки. В тех случаях, когда имеет место правосторонняя локализация дивертикулов, вероятность кровотечения повышается и составляет 90% [10, 22, 25, 31]. Есть мнение, что это связано с анатомическими особенностями – дивертикулы правых отделов толстой кишки имеют более широкое устье, более крупный размер, большую протяженность и тонкие артерии подслизистого слоя [10, 22, 25, 31].

При кровотечениях, связанных с поражением перианальной области (геморрой, трещины), выделяющаяся кровь в виде следов на туалетной бумаге или капель, попадающих на стенки унитаза, обычно не смешана с калом, который сохраняет гомогенную коричневую окраску [10, 25, 32]. Если источник кровотечения располагается проксимальнее ректосигмоидного отдела толстой кишки, то кровь чаще равномерно перемешана с калом, что не позволяет идентифицировать его нормальную коричневую окраску [1, 2, 29].

Ряд авторов считает, что диагностическое значение имеют ассоциированные симптомы, сопутствующие толстокишечным кровотечениям. Так, остро появившаяся лихорадка, боли в животе, тенезмы и диарея характерны для инфекционных заболеваний толстой кишки. Объем кровопотери в этих случаях незначительный или умеренный [24, 30, 32].

Длительная лихорадка, потливость, похудание, диарея с примесью крови нередко являются клиническими признаками туберкулеза кишечника [7, 9, 15]. Наличие лихорадки, артрита, афтозного стоматита, узловатой эритемы, первичного склерозирующего холангита, поражений глаз (ирита, иридоциклита) характерно для приобретенных воспалительных болезней кишечника таких как НЯК и болезнь Крона [5, 7, 18]. Сочетание гематохезии, болей в животе, диареи, лихорадки, геморрагических высыпаний на коже, полиартрита, изменений в клиническом анализе мочи (гематурия, протеинурия) свидетельствует о наличии геморрагического васкулита [24, 32]. Радиационный проктит, имеющий симптомы в виде частого стула и тенезмов можно ошибочно принять за клинические проявления лучевого энтерита [9, 16]. При подозрении на рак прямой кишки обнаруживают стул в ви-



де узкой ленты со слизью и кровью, а также чередование у пациентов поносов с запорами. Опухоль значительных размеров в толстой кишке (доброкачественная или злокачественная) у многих пациентов вызывает ощущение инородного тела в области rectum [4, 16].

Наличие болей в животе, предшествующих эпизоду кишечного кровотечения, свидетельствует в пользу острых инфекционных или хронических воспалительных заболеваний кишечника, острых ишемических поражений тонкой или толстой кишки. Боли в области прямой кишки, сопровождающие акт дефекации или усиливающиеся после нее, наблюдаются обычно при геморрое или трещине заднего прохода [29, 30, 33]. Безболевого массивное кишечное кровотечение может отмечаться при дивертикулезе кишечника, телеангиэктазиях, изъязвлении дивертикула Меккеля [5, 18, 32].

Специальное исследование начинается с осмотра перианальной зоны, которое позволяет выявить мокнутие, сыпь, кондиломы, трещину заднего прохода и др.

Пальцевое исследование позволяет врачу подтвердить или отвергнуть факт кровотечения из анального канала, оценить характер излившейся крови (жидкая, алая или жидкая темная кровь, сгустки крови, мелена, оформленный стул черного цвета), а также выявить патологические процессы в аноректальной зоне. Так, у 2 % больных с массивным кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта при ректальном исследовании выявляют рак прямой кишки [32, 33]. Выявленные при пальцевом исследовании опухолевые (полип, рак) или неопухолевые (геморрой, трещина) заболевания не исключают полного обследования всей толстой кишки.

Более чем у 90 % больных источник кишечного кровотечения удается обнаружить при эндоскопическом исследовании толстой кишки с помощью ректороманоскопии или колоноскопии, при которых обнаруживают распадающуюся опухоль, видимый тромбированный сосуд, фиксированный сгусток, свежую кровь в отграниченном сегменте кишки, изъязвление в области дивертикула или свежую кровь в этой области и др [17, 23, 28]. Так, при неспецифическом язвенном колите в процессе эндоскопического исследования выявляют гиперемию, отек и зернистость слизистой оболочки, ее легкую ранимость, точечные кровоизлияния, а в более выраженных стадиях заболевания — язвы с гнойным экссудатом и псевдополипы [15, 18, 28].

Афтозные язвы, изменяющие рельеф слизистой кишечника по типу «булыжной мостовой», и кишечные фистулы, характерные для болезни Крона отмечаются реже при неспеци-

фическом язвенном колите, сопровождающемся кишечными кровотечениями. Диагноз подтверждается гистологическим исследованием, при котором обнаруживаются характерные абсцессы крипт (при неспецифическом язвенном колите) и эпителиоидно-клеточные гранулемы (при болезни Крона) [23, 28, 33].

У больных с ишемическим колитом при эндоскопическом исследовании выявляют отек и синюшную окраску слизистой оболочки кишечника, подслизистые геморрагии, поверхностные язвы. При этом в 85 % случаев изменения локализуются в области селезеночного изгиба ободочной кишки и дистальнее его [23, 28].

Для туберкулеза кишечника характерна эндоскопическая картина язв и псевдополипов. Специфическая природа изменений подтверждается при обнаружении микобактерий туберкулеза в кишечном содержимом и эпителиоидных гранулам с многоядерными клетками Пирогова-Лангханса при гистологическом исследовании [23, 28]. Радиационный колит характеризуется гранулематозным поражением слизистой оболочки толстой кишки, появлением кровоизлияний, язв, участков ишемического некроза [1, 2].

При геморрагиях, связанных с дивертикулезом толстой кишки, эндоскопическое исследование позволяет выявить признаки активного или состоявшегося кровотечения в виде кровеносных сосудов со сгустками, свежего тромба в дивертикуле и др. Если при использовании эндоскопических методов источник кишечного кровотечения установить не удастся, применяются селективная ангиография и сцинтиграфия [14, 16, 19, 20, 27].

В 80 % случаев острые кишечные кровотечения останавливаются самопроизвольно [5, 18]. При умеренно выраженных кровотечениях проводят консервативную терапию, характер которой определяется заболеванием, послужившим причиной их развития. В тех случаях, когда кишечные кровотечения бывают обусловлены дивертикулезом, их остановка в 90% случаев достигается с помощью инфузии вазопрессина во время проведения селективной ангиографии. Если кровотечение не останавливается или рецидивирует и сопровождается нестабильностью показателей гемодинамики, больного рассматривают как кандидата для экстренного оперативного лечения [5, 32].

В диагностическом плане некоторые авторы рекомендуют ввести назогастральный зонд с оценкой аспирируемого содержимого либо сразу выполнить ЭГДС для исключения источника кровотечения в верхних отделах ЖКТ [21].

Если источник кровотечения локализован, возможно выполнение эндоскопических



пособий по остановке кровотечения [12, 20, 23]. При выявлении кровотечения из полипа производят полипэктомию, при неостанавливаемом кровотечении из опухоли — открытую хирургическую резекцию [5, 16]. Возможна альтернативная тактика при госпитализации больного в крупный многопрофильный лечебно-диагностический центр: вначале выполняют сканирование с эритроцитами, меченными ^{99m}Tc пертехнетатом, и при положительном результате сканирования проводят ангиографию [17, 20]. Выявление источника кровотечения при ангиографии позволяет попытаться остановить кровотечение путем введения вазопрессина или эмболизации кровоточащего сосуда. При негативном результате ангиографии возможна провокация кровотечения введением антикоагулянтов или сосудорасширяющих средств [24]. При невозможности остановить кровотечение из локализованного источника ни эндоскопическим, ни ангиографическим методами показана резекция кишки [5, 17].

Многие авторы считают, что сканирование в диагностике обладает высокой чувствительностью, слишком низкой специфичностью [5, 12, 18, 19, 32]. Источник кровотечения должен быть подтвержден либо в ходе колоноскопии, либо при ангиографии. Если его не удалось обнаружить ни одним из указанных методов, необходимо исключить тонкокишечное кровотечение с помощью эндоскопии или видеокапсулы [32, 33].

У больных с кровотечением из КНОЖКТ для уточнения его причины, показано последовательное использование всех существующих методов исследования, включая КТ, ангиографию и др.

В результате обобщения данных литературы по проблеме диагностики и дифференциальной диагностики ректальных кровотечений нами разработана и предложена для использования в клинической практике врачами разных специальностей таблица «Дифференциальная диагностика кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта». Хорошо собранный анамнез, правильно проведенный объективный осмотр пациента ещё до проведения инструментального исследования дает ключ к правильному диагнозу. А оценка объема кровопотери и состояния больного, позволяет конкретизировать показания к экстренному оперативному лечению у больных с КНОЖКТ.

Выводы

1. Обобщая данные литературы, следует отметить, что технология диагностики и дифференциальной диагностики ректальных кровотечений в клинической практике разработана недостаточно, требует унифицированного подхода.

2. Для использования в клинической практике врачами разных специальностей предложена таблица «Дифференциальная диагностика кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта».

3. Своевременная верификация заболеваний, проявляющихся кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта, позволяет врачу оптимизировать лечение пациентов на амбулаторном и госпитальном этапе, что способствует уменьшению количества тех или иных осложнений и улучшению качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даченко Б. М. Клиническая колопроктология. / Даченко Б. М. — Харьков : Ранок. — 2012. — 384с.
2. Кондратенко П. Г. Клиническая колопроктология. Руководство для врачей / П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц. — Х. : Факт, 2005. — 385с.
3. Крылов Н. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта / Н. Крылов, А. М. Самохвалов // Врач. — 2011. — 16 (13). — С. 10-16.
4. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев. — М. : Триада-Х, 2004. — 640 с.
5. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии / Шайн М. — М., 2003. — 272 с.
6. Шалімов С. О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки / С. О. Шалімов, О. І. Євтушенко, Д. В. М'ясоєдов. — К. : Четверта хвиля, 2004. — 249 с.
7. Шептулин А. А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта / А. А. Шептулин // Российский медицинский журнал. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 36-40.
8. Batur P. Increased prevalence of aortic stenosis in patients with arteriovenous malformations of the gastrointestinal tract in Heyde syndrome / P. Batur, W. J. Stewart, J. H. Isaacson // Arch Intern Med. — 2003. — Vol. 163, № 15. — P. 1821–1824.
9. Breen E. Pathophysiology and natural history of lower gastrointestinal bleeding/ E. Breen, J. Murray// Semin Colon Rectal Surg. — 1997. — Vol. 8. — P.128–138.
10. Wong S. K. Clinical behavior of complicated right-sided and left-sided diverticulosis/ S. K. Wong, Y. H. Ho, A. P. Leong, F. Seow-Choen // Dis Colon Rectum. — 1997. — Vol. 40, № 3. — P. 344–348.
11. Elitsur Y. Clinical and endoscopic data in juvenile polyposis syndrome in preadolescent children: a multicenter experience from the United States/ Y. Elitsur, J. E. Teitelbaum, M. Rewalt, M. Nowicki // J. Clin. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 43, № 8. — P. 734–736.
12. Currie G. M. Improved detection and localization of lower gastrointestinal tract hemorrhage by subtraction scintigraphy: phantom analysis / G. M. Currie, P. A. Towers,

- J. M. Wheat // J. Nucl. Med. Technol. — 2006. — Vol. 34, № 3. — P. 160–168.
13. Farrell J. J. Gastrointestinal bleeding in the elderly / J. J. Farrell, L. S. Friedman // Gastroenterol Clin North Am. — 2001. — P. 407–417.
 14. Nephrotoxicity of iso-osmolar versus low-osmolar contrast media is equal in low risk patients. / T. Feldkamp, D. Baumgart, M. Elsner [et al.] // Clin Nephrol. — 2006. — Vol. 66, N 5. — P. 322–330.
 15. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial / B. T. Green, D. C. Rockey, G. Portwood [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 100, N 11. — P. 2395–2402.
 16. Heinrich M. C. Nephrotoxicity of iso-osmolar iodixanol compared with nonionic low-osmolar contrast media: meta-analysis of randomized controlled trials / M. C. Heinrich, L. Häberle, V. Müller // Radiology. — 2009. — Vol. 250, N 1. — P. 68–86.
 17. Rosen L. Hemorrhage following colonoscopic polypectomy / L. Rosen, D. S. Bub, J. F. Reed, S. A. Nastasee // Dis Colon Rectum. — 1993. — Vol. 36, N 12. — P. 1126–1131.
 18. Hoedema R. E. The management of lower gastrointestinal hemorrhage / R. E. Hoedema, M. A. Luchtefeld // Dis Colon Rectum. — 2005. — Vol. 48, № 11. — P. 2010–2024.
 19. Howarth D. M. The role of nuclear medicine in the detection of acute gastrointestinal bleeding / D. M. Howarth // Semin. Nucl. Med. — 2006. — Vol. 36, N 2. — P. 133–146.
 20. Hunter J. M. Limited value of technetium 99m-labeled red cell scintigraphy in localization of lower gastrointestinal bleeding / J. M. Hunter, M. E. Pezim // Am. J. Surg. — 1990. — Vol. 159, № 5. — P. 504–506.
 21. Impact of upper and lower gastrointestinal blood loss on healthcare utilization and costs: a systematic review / D. R. Parker, X. Luo, J. J. Jalbert, A. R. Assaf // J Media Econ. — 2011. — Vol. 14, № 3. — P. 279–287.
 22. Incidence, complications, and management of Meckel's diverticulum / M. I. Matsagas, M. Fatouros, B. Koulouras, A. D. Giannoukas // Arch Surg. — 1995. — Vol. 130, № 2. — P. 143–146.
 23. Laine L. Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding / L. Laine, A. Shah // Am. J. Gastroenterol. — 2010. — 105122636–2641.2641, quiz 2642.
 24. Ozdil B. Massive lower gastrointestinal hemorrhage secondary to rectal hemorrhoids in elderly patients receiving anticoagulant therapy: case series / B. Ozdil, H. Akkiz, M. Sandikci [et al.] // Dig Dis Sci. — 2010. — Vol. 55, № 9. — P. 2693–2694.
 25. McGuire H. H. Bleeding colonic diverticula. A reappraisal of natural history and management / H. H. McGuire // Ann Surg. — 1994. — Vol. 220, № 5. — P. 653–656.
 26. Prakash C. Acute small bowel bleeding: a distinct entity with significantly different economic implications compared with GI bleeding from other locations / C. Prakash, G. R. Zuckerman // Gastrointest Endosc. — 2003. — Vol. 58, N 3. — P. 330–335.
 27. Provocative mesenteric angiography for lower gastrointestinal hemorrhage: results from a single-institution study / C. Y. Kim, P. V. Suhocki, M. J. Miller [et al.] // J. Vasc. Interv. Radiol. — 2010. — Vol. 24, № 4. — P. 477–483.
 28. Jensen D. M. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage / D. M. Jensen, G. A. Machicado, R. Jutabha, T. O. Kovacs // N. Engl. J. Med. — 2000. — Vol. 342, N 2. — P. 78–82.
 29. Whelan C. T. Upper versus lower gastrointestinal bleeding: a direct comparison of clinical presentation, outcomes, and resource utilization / C. T. Whelan, C. Chen, P. Kaboli, J. Siddique // J. Hosp. Med. — 2010. — Vol. 5, N 3. — P. 141–147.
 30. Strate L. L. Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis / L. L. Strate // Gastroenterol Clin North Am. — 2005. — Vol. 34, N 4. — P. 643–664.
 31. Meckel's diverticulum / E. K. Yahchouchy, A. F. Marano, J. C. Etienne, A. L. Fingerhut // J. Am. Coll. Surg. — 2001. — Vol. 192, N 5. — P. 658–662.
 32. Zhao Y. Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Hospitalizations for gastrointestinal bleeding in 1998 and 2006 / Y. Zhao, W. Encinosa, M. Rockville // Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Brief #5.
 33. Zuckerman G. R. Acute lower intestinal bleeding: part I: clinical presentation and diagnosis / G. R. Zuckerman, C. Prakash // Gastrointest Endosc. — 1998. — Vol. 48, N 6. — P. 606–617.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ КРОВОТЕЧ З НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

В. В. Цодіков

THE MODERN STATE OF ISSUE OF LOWER GASTROINTESTINAL TRACT BLEEDING.

V. V. Tsodikov

Резюме. Узагальнено сучасні літературні дані, що стосуються етіології, діагностики та диференціальної діагностики захворювань, що супроводжуються кровотечею з нижніх відділів шлунково-кишкового тракту. Обґрунтовується диференційований підхід до лікування хворих з ректальним кровотечею в умовах стаціонару.

Ключові слова: *кровотеча, шлунково-кишковий тракт.*

Summary. The modern literary information have been summarized that concern aetiology, diagnostics and differential diagnostics of lower gastrointestinal tract bleeding. The differential approach to rectal bleeding patients in an in-patient clinic have been based.

Key words: *bleeding, gastrointestinal tract.*