

*Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік  
университеті*

*ШЫМКЕНТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ*

*Дипломнан кейінгі білім беру факультеті*

*«Хирургия, анестезиология-реанимация» кафедрасы*

***Тақырыбы:*** *Асқазан-ішек жолдарының ойықжараларынан қан кету. Клиникалық және эндоскопиялық жіктемесі, диагностикасы, саралау диагностикасы, қан жоғалту мен геморрагиялық шоктың патогенезі.*

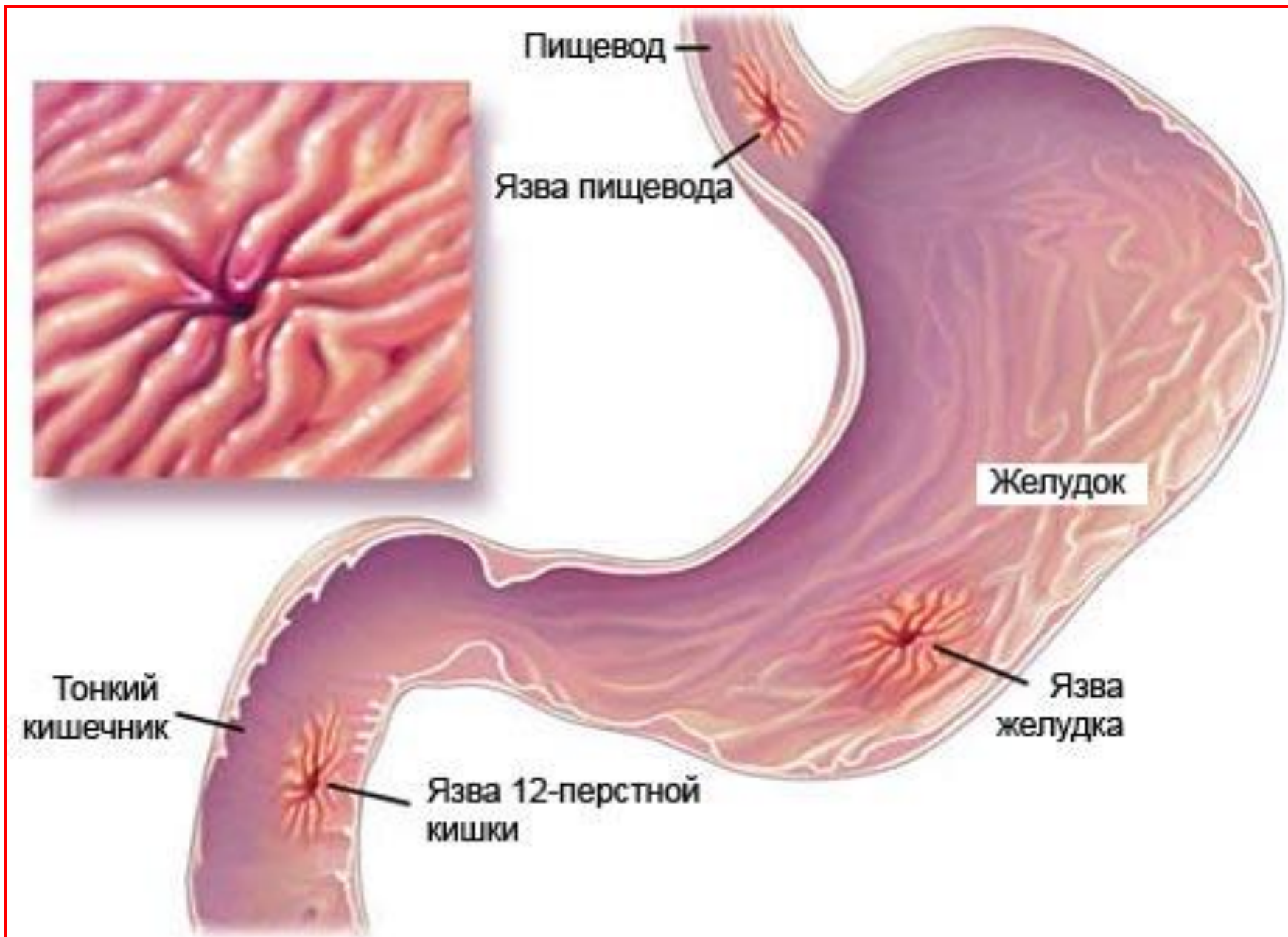
*Қабылдаған: Баймедетов Р.Е.*

*Орындаған: Абжал Д.*

**Қан кету** – қан айналу ағзаларынан қанның шығуы. **АІЖ** – **нан массивті қан кету** адам ағзасына қауіпті геморрагиялық шокқа әкеліп соқтыруы мүмкін.

Этиология және патогенезі:

- Тамыр қабырғасында патологиялық процесс дамуына байланысты деффект (жедел немесе созылмалы жарадан аррозивты қан кету )
- Тамыр қабрғасының өткізгіштігінің нашарлауы (авитаминоз, жедел инфекциялық сырқыт,а нафилаксия,сепсис, интоксикация)
- Бауыр циррозы кезіндегі өңештің кеңейген веналарынан және асқазаннан қан кету
- Өңештің шырышты кабатынан және асқазаннан қан кету (Меллори –Вейсс синдромы)



- **АІЖ – нан қан кету себептері:**

**АІЖ – ның жоғарғы бөлімдерінен :**

1. Асқазан немесе онекіелі ішек жарасы.
2. Өңештің варикозды кеңейген веналарынан қан кету.
3. Шырышты қабаттың эрозивті – жаралы зақымдалуы (стресстік, дәрілік, азотемиялық)
4. Мэллори –Вейсс синдромы
5. Өңеш, асқазан, онекіелі ішек ісіктері
6. Ангиомалар

**АІЖ – ның төменгі бөлімінен:**

1. Дивертикулит немесе меккель диверертикулиті.
2. Тоқ ішек ісіктері және полиптері.
3. Ангиодисплазия.
4. Спецификалық емес жаралы колит және Крон ауруы.
5. Геморрой.
6. Инфекциялық ауруы.

# Асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің жалпы белгілері:

- Жалпы әлсіздік
- Селқостық
- Көз алдыда шіркейлердің көрінуі
- Суық тер
- Коллапс
- Бас айналу
- Құлақта шу
- Көз алдында қарауыту
- Ентігу
- Жүрек қағу

# Асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің жергілікті белгілері:

- Гематомезис- қою “кофе қойыртпағы” тәрізді құсық  
Мелена- сұйық қара нәжіс

Қан кетудің айқын белгілеріне жатады:

- Қан құсу
- Қан аралас нәжіс.
- ⊙ **Қан құсу** (гематомезис) – құсық массаларымен өзгерген (қою көфе тәрізді) немесе өзгермеген қанның шығуы. Асқазаннан, өңештен, ұлтбардан қан кеткенде байқалады.
- ⊙ **Мелена** – нәжіспен өзгерген қанның шығуы. Ұлтабардан және асқазаннан көлемі 500мл және одан көп профузды қан кеткенде байқалады.
- ⊙ **Гематохезия** – нәжіспен ал-қызыл қанның шығуы.

Кейбір жағдайларда **жалпы белгілер** қан құсу мен меленаның алдында болуы мүмкін немесе клиникалық көрінісінің алдыңғы бетінде көрінуі мүмкін.

Егер қан кету төменгі бөліктерден болса бұл айтылған жалпы симптомдар *гематокезиядан* кейін ғана пайда болады.

# 1. Өңештен қан кету

## 1.1 Өңеш жарасы

- Клиникасы: қыжыл, төс артындағы ауырсыну, рефлкторлы стенокардия, дисфагия, сирек қан кету.
- Диагностика: эзофагоскопия

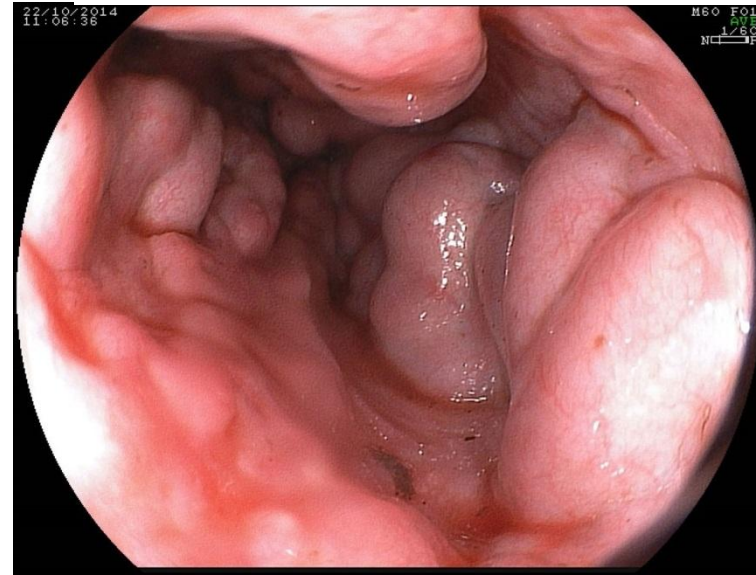




# 1.2 порталды гипертензия кезіндегі өңеш веналарының варикозды

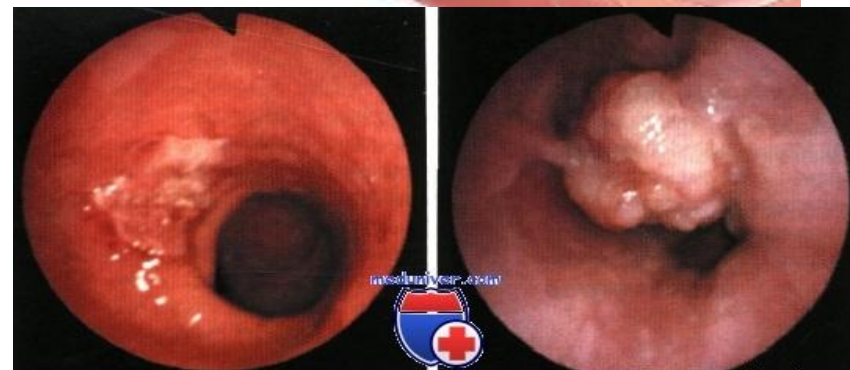
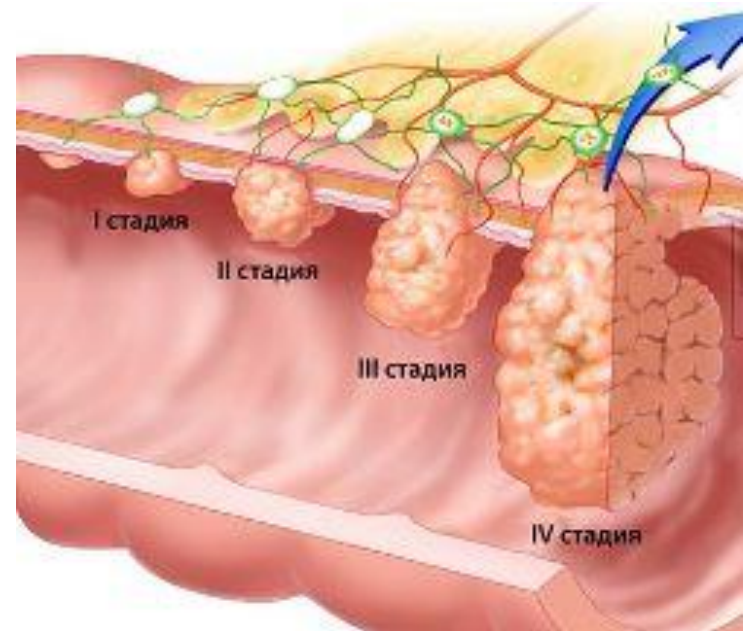
## кеңеюі

- Қан кету бірден, ауқымды, қою қанмен құсу, мелена. Қан кетуден кейін бауыр жеткіліксіздігі (сарғаю, ауыздан бауырдың иісінің шығуы, асциттің артуы)
- Диагностика: ФЭГДС, гематокрит, коагулограмма, бауыр функциясы (билирубин, АЛТ, глюкоза, белоктық фракция)

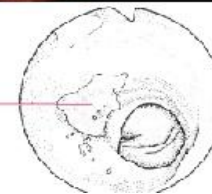


# 1.3. өңеш ісігі

- Дисфагия, жеген тамақты қан аралас құсу
- Диагностика: рентгенологиялық тексеру, эзофагоскопия



Изъязвленный рак пищевода



Экзофитный рак пищевода (карцинома)



# 1.4. Синдром Маллори-Вейса (*Спонтанный разрыв пищевода, синдром Бурхаве (Boerhaave)*)

- Өңештің ұзына бойы төменгі 1/3 бөлігінің қаты күшеніп құсу кезінде жыртылуы. Теңіз, әуе ауруында, *жүктілікте*, алкоголизмде. құсықта қанның, нәжістің мелена болуы.
- Диагностика: эзофагогастроскопия



## 2. Асқазан – 12 елі ішек ауруларында қан кетулер.

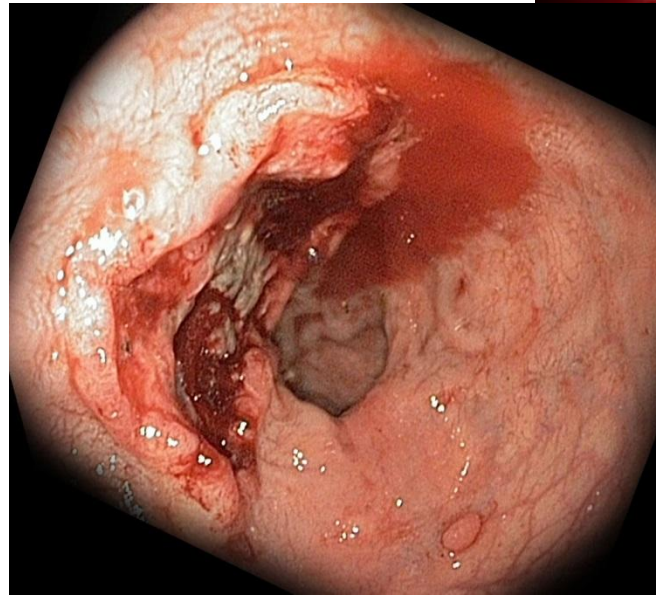
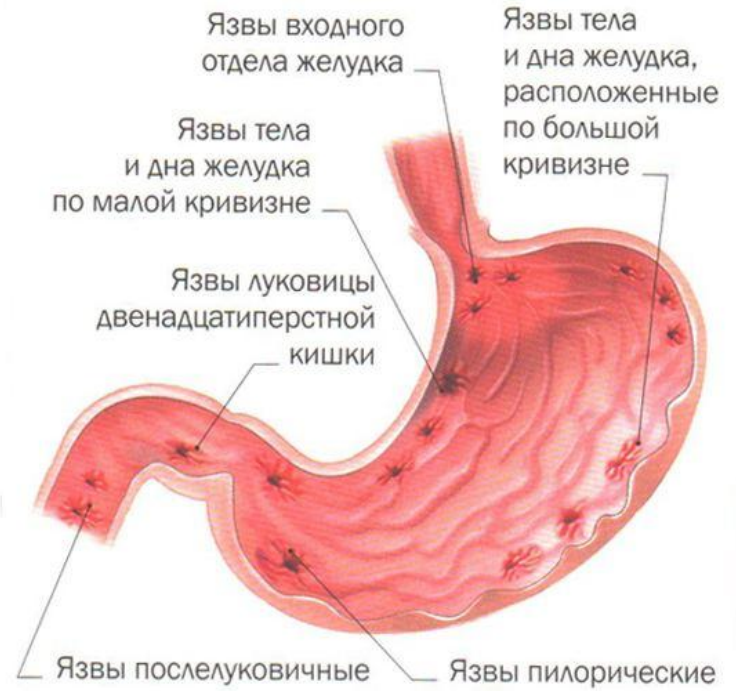
### 2.1. жара аурулары ( қатерсіз/қатерлі ісіктер)

- Жедел / созылмалы жаралардың асқынуы кезінде қан мезеттен жиі кіші асқазан иінінен кетеді.
- Клиника: кешке, түнде бірден ауырсыну күшейіп, артынан ілсіздік пайда болып, ауырсынудың доғарылуы ( симптом Бергман) қан құсу, мелена, тері мен шырыштың бозаруы, өлетін секілді қорқыныштың болуы.



- Диагностика: жедел ЭФГДС, асқазан – 12 елі ішектің рентгенологиялық зерттеу, анемия, гематокриттің түсуі, тік ішекті зерттеу (мелена), жедел қан айналым жеткіліксіздігі.

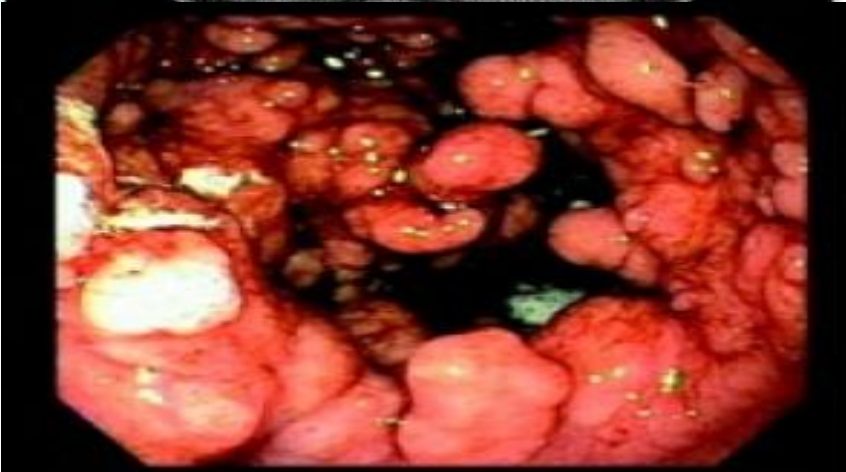
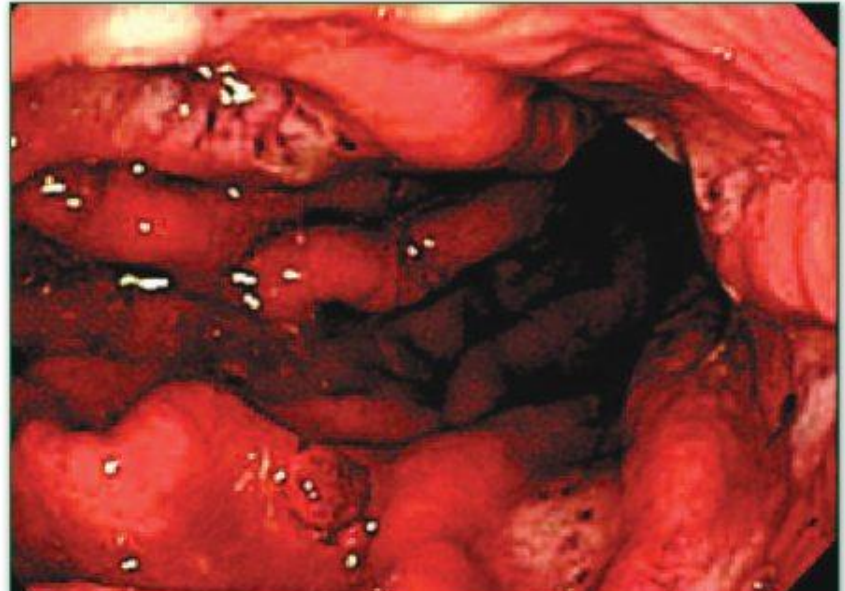
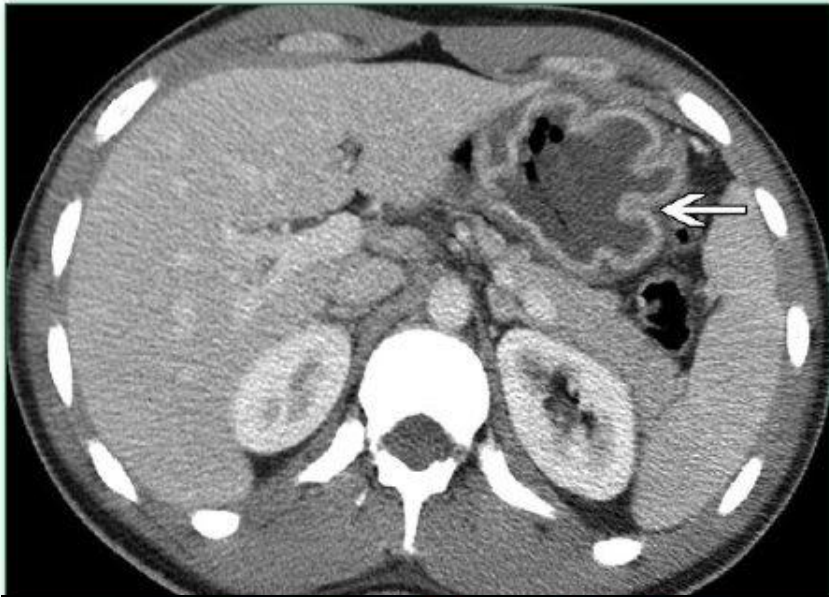
### МЕСТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ЯЗВ



## 2.2. гигантты гипертрофикалық гастрит (Менетрий ауруы)

- Ұзындығы 4, ені 1,5 см ұлғаяды. Қатпарлардың қалың, көп болуы.
- Эпигастрий аймағында ауырлықты сезіну, гипопротеинемиялық ісіну, еңкейгенде, тырысқанда ауырсынудың күшеюі, 1/3 жағдайда қан кету болады(әсіресе ерлерде). Диф.диагностика асқазан ісігімен жүргізіледі.
- Диагностика: рентгенологиялық, ЭФГДС, КТ, МРТ.

## 2.2. гигантты гипертрофикалық гастрит (Менетрий ауруы)

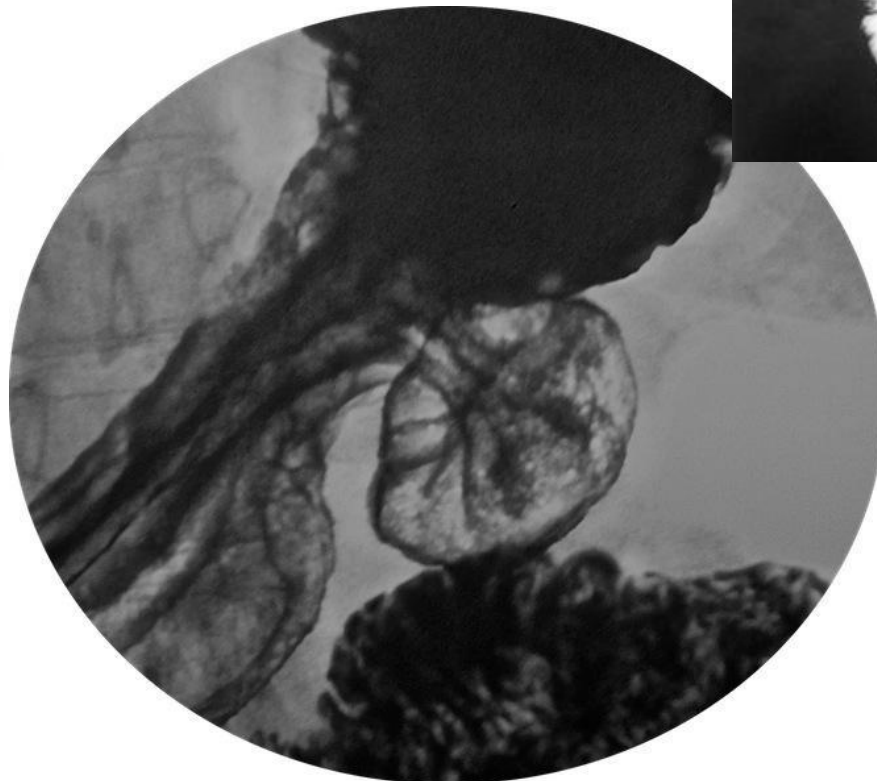
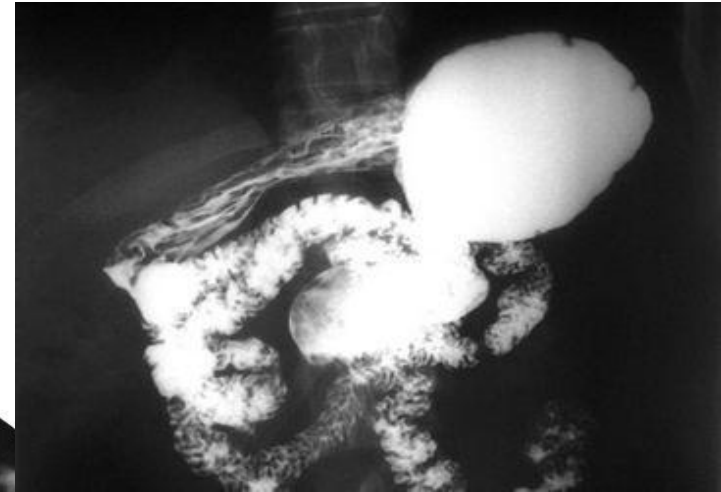
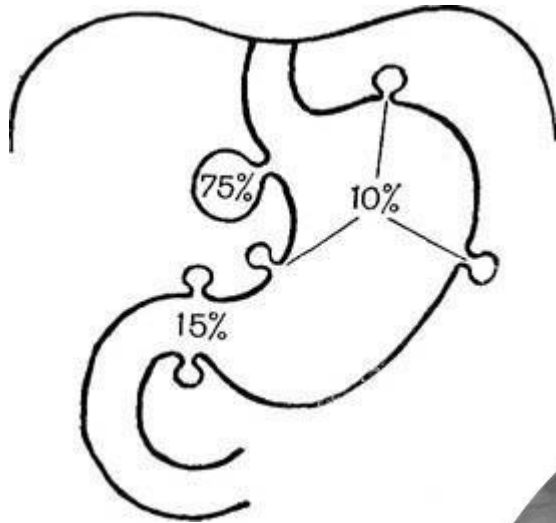


## 2.3. Асқазан – 12 елі ішектің дивертикулдары

- Асқазан/12 елі ішектегі ішкі қысымның жоғары, шырышты қабаттың трофикасының бұзылысынан және егде жастағыларда болады. Жергілікті қабыну процестің салдарынан түйір астарды қорыту қиындар ауырсын пайда болады, жергілікті зақымдалулардан қан кету болады.
- Диагностика: негізі зерттеу рентгенологиялық.



## 2.3. Асқазан – 12 елі ішектің дивертикулдары



## 2.4. Асқазан безоары

- Асқазанда тамақ қалдықтары мен бөгде заттардан түзілген түзіліс.
- Диагностика :  
ФЭГДС,  
рентгенологиялық  
тексеру.



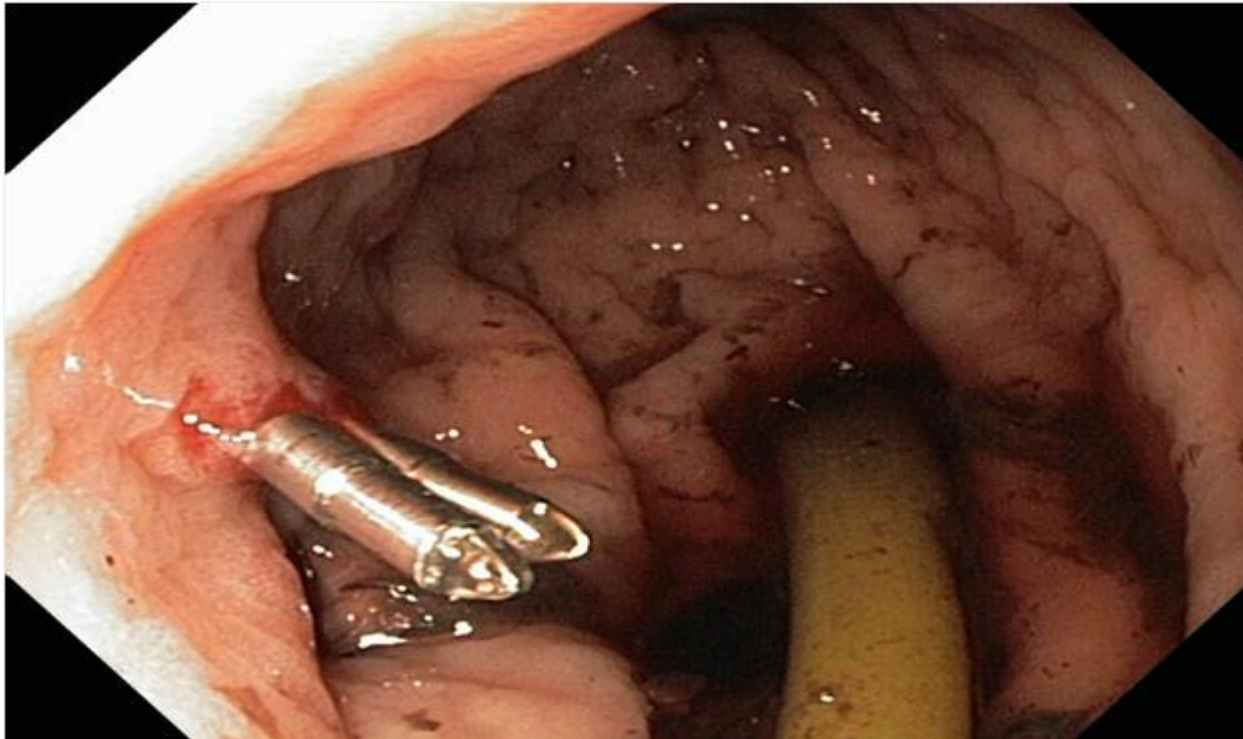
## 2.5. асқазан туберкулезі

- Пилорикалық бөлікте жиі кездеседі. Әлсіздік, салмақ тастау, ауырсыну эпигастрий аймақта, сұйық нәжіс, стеноздағы секілді құсу.
- Диагностика: нәжісті микробқа тексеру, Манту сынамасын жасау, ФГДС биопсиямен.



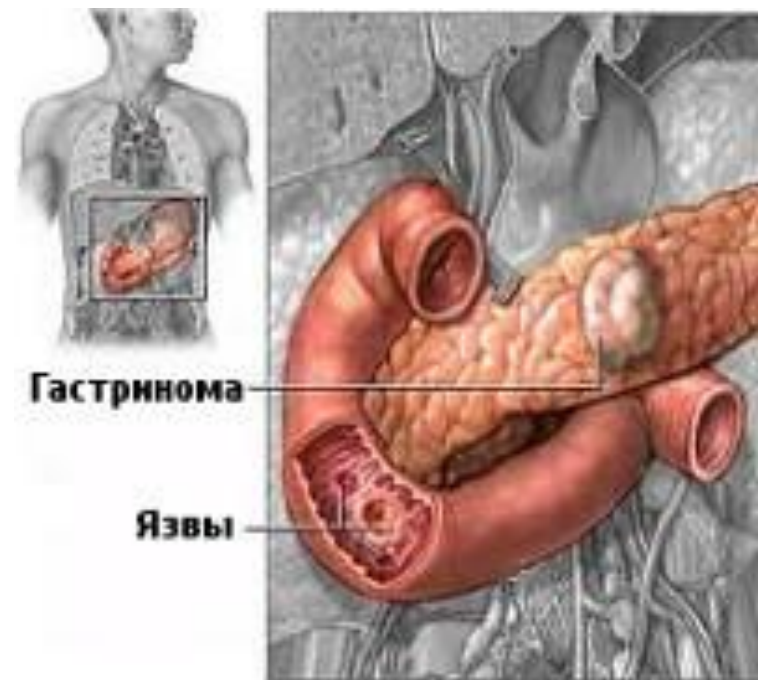
## 2.6. дьелафуа синдромы

- Шырышты кабаттардағы эрозия түбіндегі қан тамырлардан қан кету. Қан тамырлардың зақымдануынан туындайды.



# 3. Басқа орган мен жүйенің ауруларынан асқазаннан қан кету

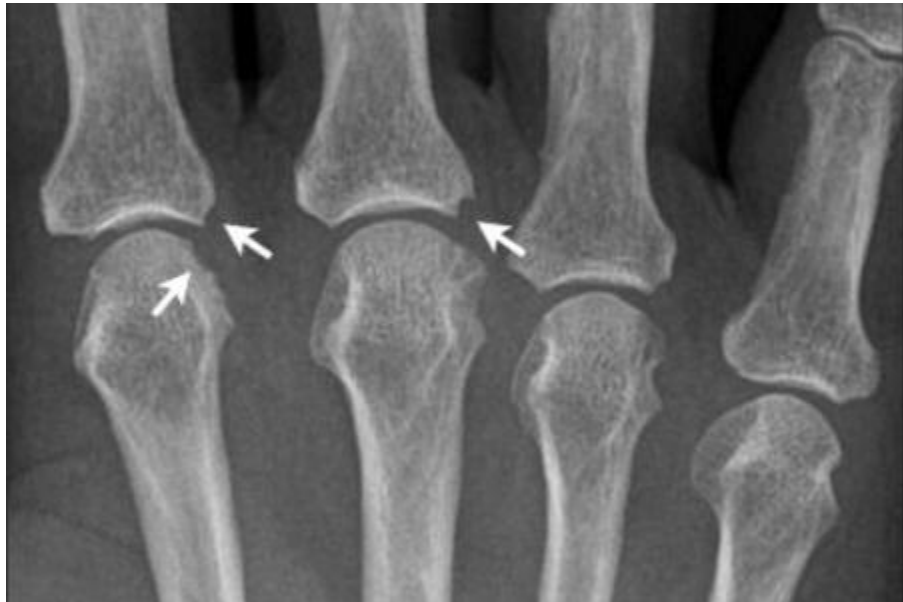
- 3.1. ұйқы безінің гастриномасы (Золлингер-Эллисон синдромы) – ұйқы безінің қатерлі гастрин бөлетін ісігі. 12 елі ішекті үнемі тітіркендіріп, әрдайым ауырсыну, құсу, тоқтаусыз іш өту, салмақ жоғалту, 1/3 қан кету.
- Диагностика: ұйқы безінің базальді секрециясы (25ммоль/л (түнде 100 ммоль/л)) асқазанды рентгенологиялық зерттеу, ФГДС, КТ-сканерлеу – ісікті.





## 3.2. Гиперпаратиреоз (Реклингхаузен ауруы)

- Нефролитиаз және остеопорозбен бірге асқазан ішек жодарынан қан кетумен бірге көрінетін қалқанша маңы безінің аденомасы.



### 3.3. Диафрагмадағы өңеш тесігінің жарығы

- Өңештің инвагинациясы, қысылуы кезінде қан кетудің пайда болуы. Қыжыл, қан аралас тамақ қалдықтарымен кекіру, ауырсынып жұтыну, дисфагия, төс артындағы ауырсыну.
- диагностика: тренделенбург қалпында рентгендік тексеру, Вальсальва сынамаcы, ФГДС, эзофаготонокимография – қысымды жазу.



## 3.4. Гренблад-Страндберга синдромы

- Қан тамырлардың эластикалық қабаттарына кальцийдің жинақталып, жоғарғы қан қысымдарымен тамырдың жарылып, спонтанды қан кету болады. (өлімге әкеледі)



Рис. 9-2. Глубокие друзы диска зрительного нерва.



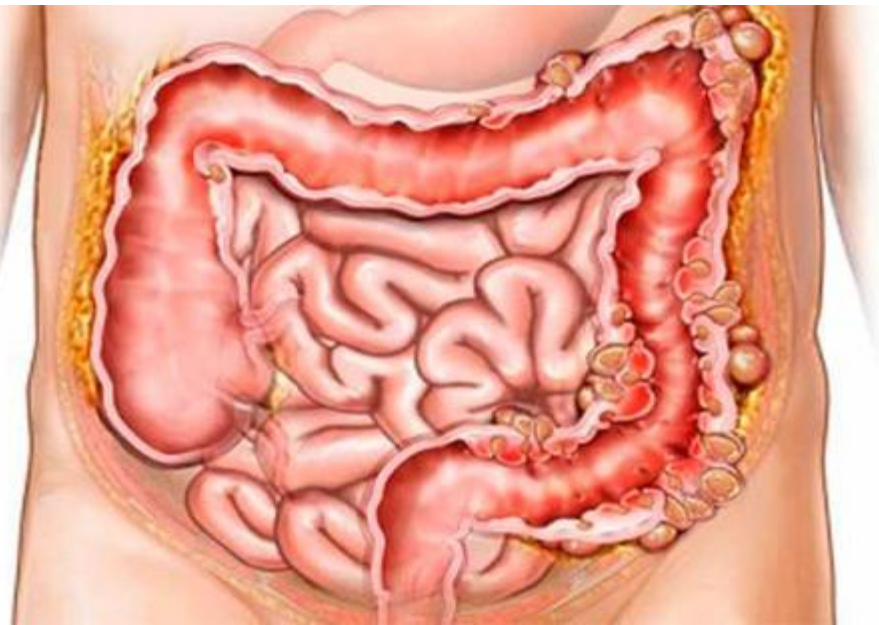
## 3.5. Черногубова-Элерса-Данло синдром

- Тұқым қуалайтын мезенхималық дисплазия мен коллаген талшықтарының зақымдалуы. Терінің әжімденуі, қан тамырдың кеңеюі. Ішектерден қан кету.



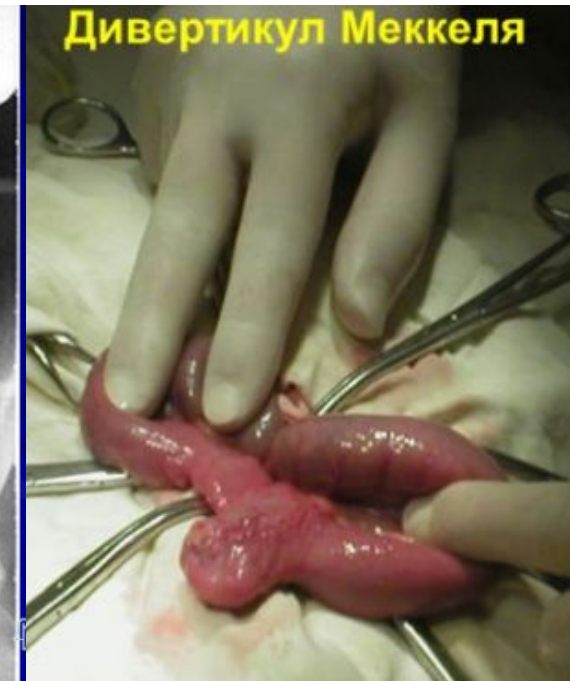
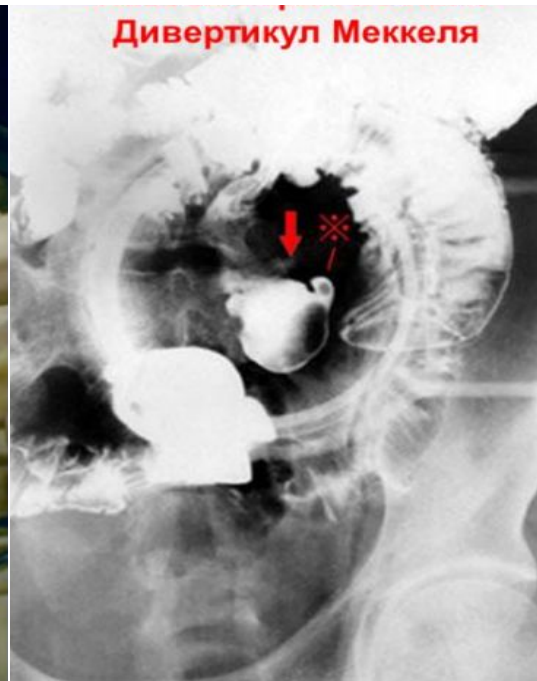
## 4. Ащы ішек ауруларында қан кету

- 4.1. Дивертикулдар – ішектің кеш келген жерінде болады, зерттелуі қиын. Эндоскопия, радиоизотопты зерттеу, илеоскопия, селективті ангиография.



## 4.2. Меккель дивертикулы

- Соқыр ішекке дейінгі ащы ішектің мықын бөлігіндегі кеңеюлер. Лапаротомия кезінде анықталады.



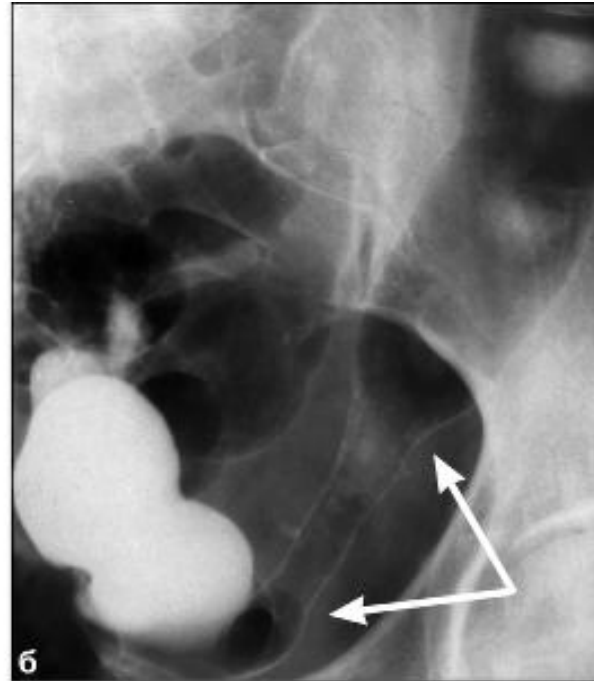
## 4.3. ішек туберкулезі

Өзге органдардың туберкулезінің екіншілік кезінде. Аппендикс, мықын ішектің дистальды бөлімінде және соқыр ішекте жаралардан, грануляциялардан перфорациялық қан кету.



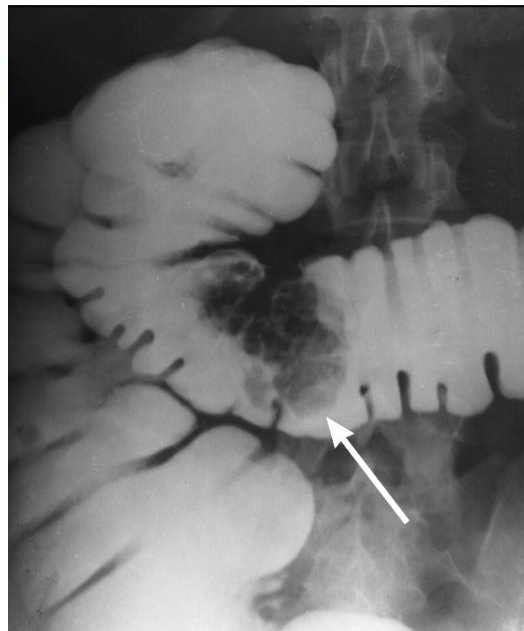
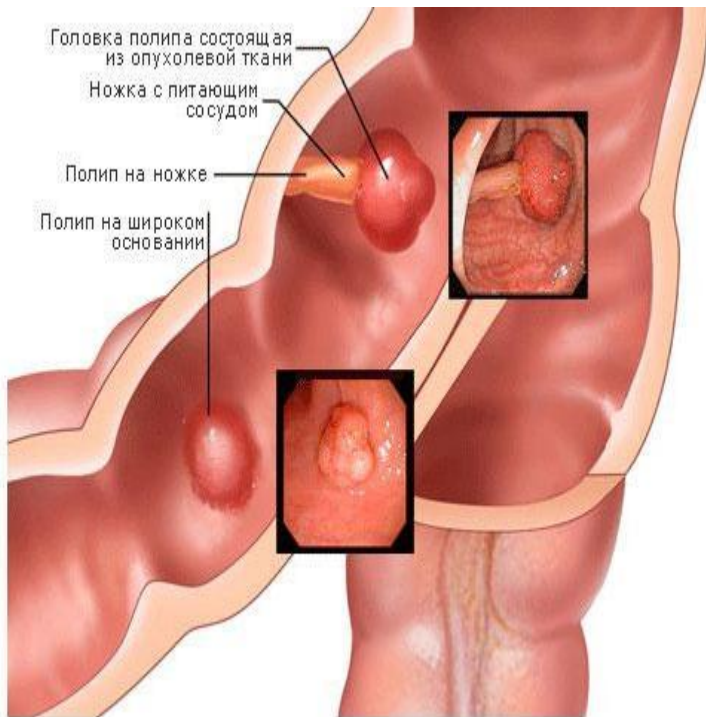
## 4.4. Крон ауруы

- Терминальды илеит – қан кетумен, перфараациямен, жыланкөздермен, стриктурамен жүреді.



# 5. Тоқ ішектен қан кету

- 5.1. тоқ ішектің полипоз - рак алды кезең.
- 5.2. қатерлі/қатерсіз ісіктер



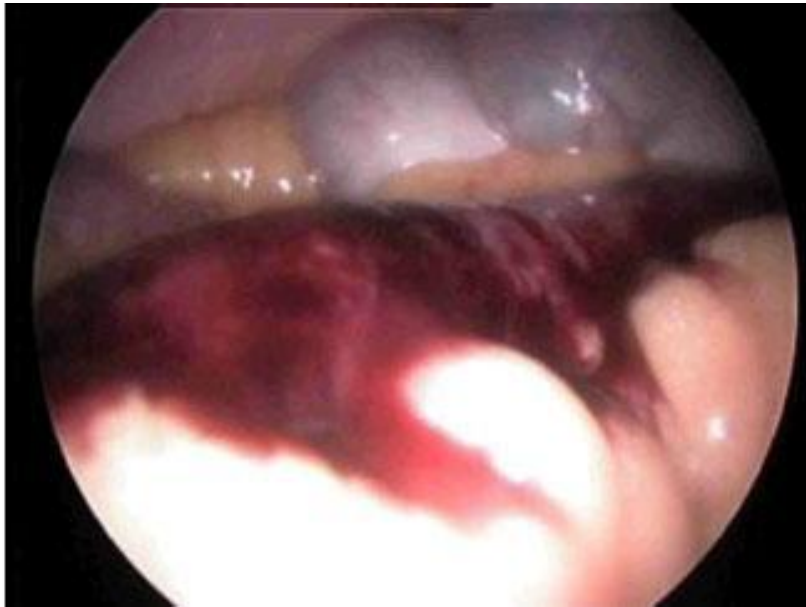
## 6.геморрагиялық диатездер





# 7. Қан тамыр ауруларының салдарынан қан кету

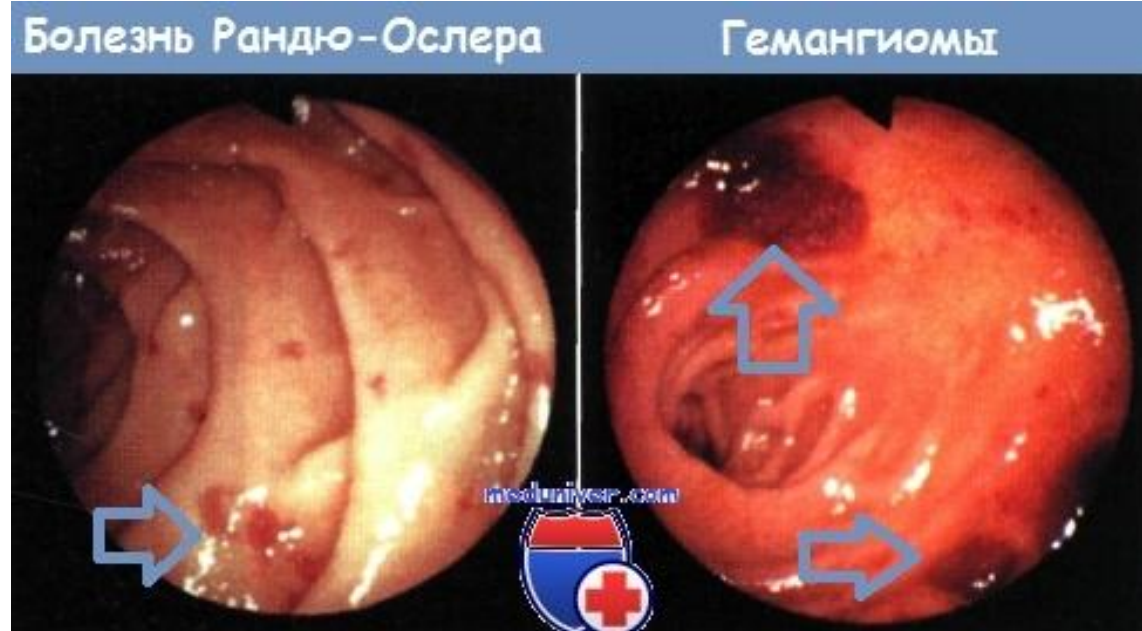
- 7.1. мезентериальды қан тамыр жеткіліксізді.
- Диагностика: аортография және селективті ангиография, ирригоскопия





## 7.2. Рандю-Ослер ауруы

- Диагностика: эндоскопиялық тексеру



## 7.3. Синдром Казабаха-Мерритта

### Синдром Казабаха-Мерритта



ГИГАНТСКАЯ ГЕМАНГИОМА НОГИ



## 7.4. *Болезнь Дего*



## 7.5. Айналма



I стадия



II стадия



III стадия



IV стадия

Науқасқтың қан жоғалтуға реакциясы анықталады:

- Оның көлемі және жиілігімен
- Пайда болатын сұйықтық пен электролиттер дефициті
- Науқастың жасы
- Қосымша аурулардың болуы

# Қан кетудің түрлері

- Жедел қан кетулер
- Профузды қан кетулер
- Созылмалы қан кетулер



- **Жедел қан кету**- 500 мл және одан жоғары көлемді тез қан кетуден пайда болады және келесідей клиникалық көріністермен сипатталады: әлсіздік, селқостық, коллапс, бас айналу, көз алдында шіркейлердің көрінуі, гематомезис, мелена.
- 500 мл және одан жоғары көлемде қан кетудің компенсаторлы механизмі, тез арада қан мен тінаралық сұйықтықтың қайта бөлінуі болып табылады. Жүйелі вазоконстрикция, қан деполарынан(көкбауыр, бауыр) қанның мобилизациясына әкеледі, ал антидиуретикалық гормон мен альдостерон бөлінуі, тінаралық сұйықтықтың тамыр арнасына түсуі есебінен тамырішілік көлемді қалпына келтіреді. Бұл өзгерістер гемоглобин мен гематокрит деңгейлерінің төмендеуімен, гипопротеинемиямен, жүрек лақтырысының төмендеуімен, тахикардиямен жүреді, ал систолалық қысым қалыпты болып қалады немесе көтерілуі мүмкін.

- **Профузды қан кету**-бірмезетте асқазан-ішек жолдарының қуысына 1л-ге дейін қанның түсуімен және келесідей симптомокомплекспен сипатталатын жағдай: қан аралас құсу, мелена және геморрагиялық шок.
- 1л жоғары қан кетуде компенсаторлы механизмдер, циркуляцияланатын қан көлемінің тамыр арнасының көлеміне сәйкес келмеуі себебінен қызметін атқармайды. Бұл қан жоғалтудан кейін немесе бірнеше сағат ішінде геморрагиялық шоктың дамуына әкеледі.



- 50-100 мл-ге дейін қан кетуде, қан кетудің клиникасы болмайды және оның белгілерін тек зертханалық әдістермен (Греггерсен реакциясы-нәжісті жасырын қанға зерттеу) анықталады. Мұндай қан кетулер **созылмалы** сипатта болады, бірақ белгілі бір уақытта массивті қан кетуге және анемизацияға әкелуі мүмкін. Осыған байланысты олар хирургиялық емге көрсеткіш болып табылады.

- Жаралық қан кету бар науқасты зерттеу жоспарына кіреді:
- Анамнез жинау
- Шағымдары
- Объективті зерттеу жүргізу
- Зертханалық тексерулер
- Шұғыл фиброгастродуоденоскопия

- **Анамнезінен**, жара ауруына тән көріністер барын анықтау керек:
- Тамақ ішкеннен кейін немесе аш қарында ауырсыну
- Қыжылдау, жүрек айну және құсу
- Маусымдылық- көктем-күз мезгілінде өршуі

Қан кету, жиі жара ауруының өршуі кезінде болады, бірақ онсыз да жалпы қанағаттанарлық жағдайда дамуы мүмкін.

- **Науқасты объективті зерттеу** нәтижесі жаралық қан кетудің интенсивтілігі мен қан кетудің дәрежесіне байланысты. Қан кетудің жеңіл дәрежесінде науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, ал ауыр дәрежесінде коматозды болады. Қан кетудің жалпы белгілері: тері қабаты мен шырышты қабаттардың анық бозаруы, құрғақ тіл, жиі жіп тәрізді пульс. Артериялық қан қысымы басында жоғарылайды, содан кейін прогрессивті төмендейді. Сонымен қатар орталық веноздық қысым төмендейді.
- Тексеру кезінде іш тыныс алу актісіне қатысады, қатаймаған, пальпацияда ауырсынбайды. Жарадан қан кету кезінде пайда болатын ауырсынудың, қанның асқазанның қышқыл құрамын сілтілеуі нәтижесінде жоғалуы-бұл асқынуға тән белгілердің бірі. Ректальды тексеру кезінде мелена түсті нәжіс анықталады.

- **Қан анализінде:** Қан кетудің басталуынан 2-4 сағат өткен соң перифериялық қанда гемоглобин жоғарлауы байқалады. Бірақ ары қарай оның деңгейі және гематокрит деңгейі төмендейді. Мұндай төмендеу гемодилюция нәтижесі, ол қан кету жалғасқанда дами түседі. Сонымен қатар циркуляцияланатын қан көлемі де төмендейді.



- Емдеу тактикасын таңдау үшін қан кетудің нақты ауырлығын анықтау маңызды. Хирургиялық тәжірибеде қан кетудің ауырлығын клиникалық белгілеріне және ЦҚК зерттеу нәтижелері бойынша анықтауыңғайлы.

## Гастродуоденальды қан кетулердің жіктелуі (Стручков В.И., 1977)

- I дәреже- жеңіл қан кету. Науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Қан аралас құсу бір рет немесе қоймалжың нәжіс. Пульс аздап жиілеген, АҚҚ қалыпты, гемоглобин 100 г/л жоғары, ЦҚК дефициті 5% шамасында.
- II дәреже-анық қан кету. Науқастың жалпы жағдайы орташа ауырлықта, бас айналуына, әлсіздік, қайталанатын құсық немесе қоймалжың нәжіске шағымданады. Тері жабындылары мен шырышты қабаты бозарған. Пульсі жиілеген. АҚҚ 90 мм.с.б. дейін төмендеген, гемоглобин-80 г/л дейін, ЦҚК-нің дефициті 15% шамасында.
- III дәреже- ауыр қан кету. Науқастың жалпы жағдайы ауыр. Шөлдеу, ұйқышылдық. Талықсу жағдайы, тері жабындылары мен шырышты қабатының бозаруы, суық тер, көп қайталанатын құсу байқалады. Пульсі анық жиілеген, АҚҚ 60 мм.с.б., гемоглобин 50 г/л дейін төмендеген. ЦҚК дефициті 30%. I-II дәрежелі геморрагиялық шок.
- IV дәреже-көп мөлшерде қан кету. Науқас ессіз, жалпы жағдайы ауыр. Пульс анықталмайды. ЦҚК дефициті 30% жоғары, гемоглобин 50 г/л-ден төмен, I V дәрежелі геморрагиялық шок.

- **Қан жоғалтудың үш дәрежесін ажыратады (Шалимов А.А. бойынша):**

I дәреже-жеңіл-ЦҚК 20 пайызын жоғалтумен көрінеді. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық немесе орташа ауырлықта, терісі бозғылт, тершеңдік пайда болады; пульсі минутына 90-100 рет; АҚК 100-90/60 мм.с.б., мазасыздық жеңіл тежелумен алмасады, есі анық, тыныс алуы біршама жиілеген, рефлексдер төмендеген, бұлшық еттері босаңсыған, лейкоцитарлы формуланың солға жылжуымен лейкоцитоз, олигоурия. Қан кетудің компенсациялануынсыз қан айналымының бұзылыстары байқалмайды.

II дәреже-орташа ауырлықта-ЦҚК 20-30% жоғалтуда байқалады. Жалпы жағдайы орташа ауырлықта, науқас тежелген, ақырын, баяу сөйлейді, терінің айқын бозаруы байқалады, жабыспақ тер, пульс минутына 120-130 рет, әлсіз толумен, АҚК 90-80/50 мм.с.б., жиі беткей тыныс, анық олигоурия. Тамырлар спазмы себебінен АҚК қалыпты немесе жоғарылаған болуы мүмкін. Бірақ компенсаторлы механизмдердің қызмет атқармауы және тамырлар кеңуі себебінен кез келген уақытта төмендеуі мүмкін. Қан кетудің компенсациялануынсыз науқас тірі қалуы мүмкін, бірақ қан айналымының, метаболизм және бүйрек, бауыр, ішек қызметтерінің маңызды бұзылыстары қалады.

III дәреже-ауыр-ЦҚК 30% жоғары жоғалтуда байқалады. Жалпы жағдайы ауыр немесе өте ауыр, қозғалу реакциясы тежелген, тері және шырышты қабаттары бозғылт-цианозды немесе дақты. Науқас сұрақтарға бая жауап береді, жиі есінен танады, пульсі жіп тәрізді, минутына 130-140 рет, пульсі есептелмейді және пальпацияланбайды, АҚК 0-60- тан 50 мм.с.б. дейін, орталық веноздық қысым төмен, тыныс алу беткей, жиі, денесі және аяқ қолдарын ұстағанда суық, дене температурасы төмен. Олигурия анурияға ауысады. Қан кетудің толуы гемодинамиканың жылдам қалыптасуына әкелуі мүмкін. (лабильді форма) Егер жылдам жақсару байқалмаса, бұл өмірге маңызды паренхиматозы ағзалардың зақымдалғанын көрсетеді (торпидті форма). Бұл жағдайда лабильді формадағыдай ашық артерио-венозды анастомозбен артерио-метартериоло-венулярлы комплекстың дилатациясы болады. Тамырішілік тром түзілуінің таралуын растайтын геморрагиялық көріністер байқалады; қанның оттегімен қанығуы, артерио-венозды айырмашылық азаяды, жалпы жағдайы нашарлайды, интоксикация жоғарылайды.

Қан кетуді уақытында компенсацияламағанда, науқастар ағза жасушаларының жойылуы нәтижесінде (бауыр, бүйрек), анық метаболикалық бұзылыстар, жүрек қызметінің төмендеуі есебінен өлімге ұшырайды. ЦҚК 50-60% жоғалуы, жүрек бұлшық етінің қанмен жабдықталуы жетіспеушілігі нәтижесінде жүрек тоқтауы есебінен жедел өлімді шақырады.

## Қан кетудің ауырлық дәрежесі (Горбашко А.И., 1982)

Қан кету көрсеткіштері	Қан кету дәрежесі		
	жеңіл	орташа	ауыр
Эритроциттер саны	>3,5-10*12 /л	3,5-10*12 /л-2,5-10*12/л	<2,5-10*12/л
Гемоглобин деңгейі,г/л	>100	83-100	<83
1 мин пульс жиілігі	80 дейін	80-100	100 ден жоғары
Систолалық ҚҚ (мм.с.б.)	>110	110-90	<90
Гематокрит саны %	>30	25-30	<25
Дефицит ГО %	20 дейін	20-дан 30ға дейін	30 және жоғары

- **Альговердің шоктық индексі**

**Пульс/систолалық қысым**

- **0,5-1 – жеңіл дәрежедегі қан кету**
- **1-1,5 – орташа дәрежедегі қан кету**
- **1,5-2 – ауыр дәрежедегі қан кету**



# • ҚҚК дефицитінің мөлшері бойынша:

Қан кету	ҚҚК дефициті (%)
I класс (жеңіл)	15% және одан төмен (<750мл)
II класс (орташа)	20-25% (1000-1250мл)
III класс (ауыр)	30-40% (1500-2000мл)
IV класс (өте ауыр)	40% астам (>2000мл)

- Асқазан-ішектен қан кетуге күмәнданғанда науқасты хирургиялық стационарға жатқызады. Тасымалдауды, носилкада жатқан күйде жүзеге асырады.
- Шұғыл фиброгастроуденоскопия, зертханалық тексеру, науқасты физикалық тексеруден кейін консервативті терапияның қолайлы көлемі және оперативті араласудың көрсеткіштері мен шұғылдығы анықталады.

- **Госпитализация алдындағы ем:** ЖЖ –нің негізгі мақсаты науқасты хирургиялық бөлімге жеткізіп, оны госпитализациялау. АҚ және ТАЖ мониторингке алып оны қадағалау керек, витальды функцияларын сақтау.

Геморрагиялық шок көріністері (қалтырау, суық тер, тамыр толуыны төмендеуі, тахикардия, гипотония) болған жағдайда тамыр ішіне тамшылатып сұйқтық енгізуді бастау: гидроксидэтилкрахмал 400 мл, глюкоза ерітіндісі 5 % - 400 мл, натрий хлорид ерітіндісі 0,9 % - 400 мл.

Егер геморрагиялық шок көріністері болмаса. Онда инфузионды терапияны бастамаған жөн.

### **АІЖ жоғарғы бөлімінен қан кету болса:**

- Тамыр ішіне баяу 2 мин барысында фамотидин 20 мг (1 ампуланы алдын ала 5 – 10 мл 0,9% натрий хлорид ерітіндісімен араластыру).
- Тамыр ішіне тамшылатып октреотид 0,1 мг (сома – тостатин аналогы)
- Фибринолиз активациясы фонында: т/і тамшылатып амнокапрон қышқылы 5 % - 100 мл

# Хирургиялық емі:

- Жаралы қан кетулерде шұғыл, жедел және жоспарланған операция түрлерін ажыратады.
- Шұғыл операция қан тоқтату және жарадағы тромбыларға (тұрақсыз гемостаз) бірінші-екінші тәулікте, сонымен қатар қан кету қайталанғанда стационарда жасалады.
- Жоспарлы операция тұрақты гемостазда, үлкен емес жараларда, тромбтар мен қан жоғалтудың жеңіл дәрежесінде қолданылады.

- -Форест 1-де шұғыл операция көрсетілген.
- -24сағ ішінде 1500мл қан құйылып жағдайы жақсармаса мерзімді операция жасалады.
- -Форест 2,3-те науқастың жасы 50-ден асса, анамнезінде ұзақ ойық жара болса, каллезді жара болса, стеноздаушы жара болса қосымша ауруларын ескеріп операцияға алады.



## Массивті қан кету

Колоноскопия, асқазан-ішек жолының жоғарғы бөлімдерінің эндоскопиясы

Қан кету көзін анықтағанда

Сәйкес ем

(-) Қан кету көзі болмаса

Ангиография

Қан кету көзін анықтағанда

Сәйкес ем

(-) Қан кету көзі болмаса

Оперативті ем

Қан кету көзін анықтағанда

Сәйкес ем

(-) Қан кету көзінің айқын белгілері жоқ болса

Интраоперациялық эндоскопия

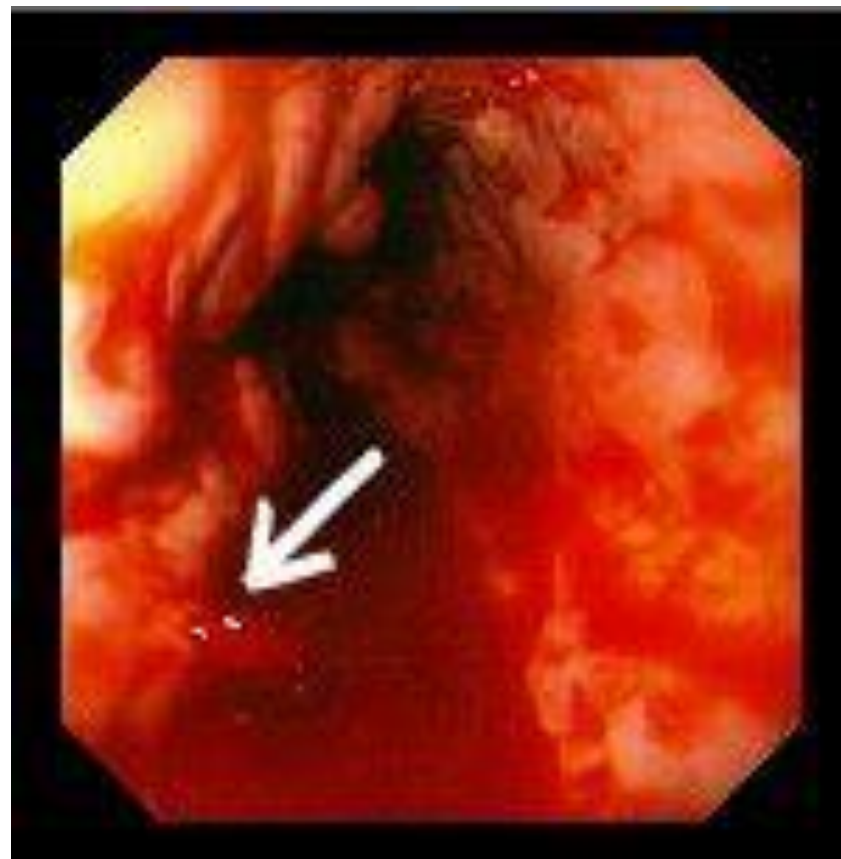
- Операцияның негізгі мақсаты қанкетуді тоқтату.
- **Асқазан жарасынан қан кетіп тұрғанда:** бағаналы ваготомия+асқазанның экономды резекциясы + Ру бойынша гастроеюналды анастомоз немесе Бильрот 1. әлсіз науқастарды - бағаналы ваготомия+жараны ойып алумен гастротомия және пилоропластикамен. Ауыр науқастарда – қансырап тұрған тамырды тігумен гастротомия, немесе жараны ойып алып тігу.

- ◎ **Ұлтабардың жарасынан қан кетіп тұрғанда:** бағаналы ваготомия немесе селективті проксималды ваготомия + қансырап тұрған тамырды тігу мен пилоропластика. Асқазан мен ұлтабардың қосарласқан жараларында бағаналы ваготомия + антрумэктомия + Ру бойынша анастомоз.
- ◎ **Мэллори-Вейс синдромында** Блэйкмор зондымен тампонада. Гастротомия, шырышты қабат дефектісін тігу. Склерозотерапия.
- ◎ **Шунттаушы операциялар** (портокавалды, спленореналды, мезокавалды шунтар және т.б. анастомоздар)

- ◎ Бауыр циррозымен зардап шегетін жас адамнан профузды қан кету. Варикозды түйіндерді байлауға арналған прибор арқылы көрініс. Оң жағында қансырап тұрған жерде гемостаз.



- 37 жасар бауыр циррозымен зардап шегетін науқастың өңешінен қан төменгі бөліктеріне жиналуы.



- ◎ 78 жасар ер адамда тоқ ішектің обырындағы бауырдың метастатикалық зақымдануымен байланысты дамыған порталды гипертензиясы бар науқастан профузды қан кету. Эндоскопияда қанның «фонтан» тәрізді атқылап шығуы көрінеді.

