

**« Астана Медицина Университеті » КеАҚ
Балалар аурулары кафедрасы «кардиоревматология және гастроэнтерология» курсымен**

СӨЖ

**Тақырыбы: АІТ жоғарғы бөлігінің қан кетуінде
көрсетілетін шұғыл көмек.**

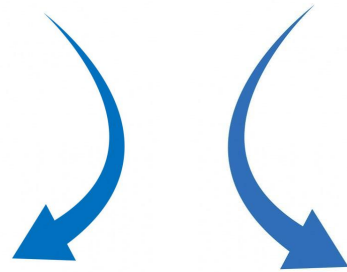
Орындаған: Шаймарданова А.М.
Топ: 442 ЖМ
Қабылдаған: Сайдуганиева Д.А

Кіріспе:

Ас қорыту жолдарынан қан кету синдромы жедел медициналық көмек көрсетуді қажет етеді. Бұл жағдай уақытында диагноз дер мезгілде қойлып, ем жасалуы керек екенін әр дәрігер, және соның ішінде педиатр-дәрігер асқазан ішек жолдарының қансырау кезінде ем жасау әдістерін толық меңгеруі керек.



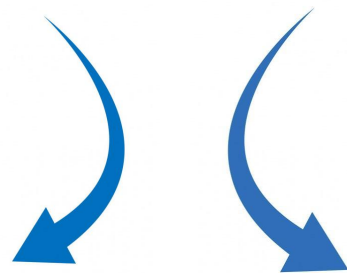
Асқазан ішек жолдарынан қан кету:



Жедел

Созылмалы

Асқазан ішек жолдарынан қан кетудің клиникалық түрлері:



АІЖ – ның жоғарғы бөлімдерінен:

- Асқазан немесе он екі елі ішек жарасы
- Өңештің варикозды кеңейген веналарынан қан кету
- Шырышты қабаттың эрозивті – жаралы зақымдалуы (стресстік, дәрілік, азотемиялық)
- Мэллори –Вейсс синдромы
- Өңеш, асқазан, он екі елі ішек ісіктері
- Ангиомалар

АІЖ – ның төменгі бөлімінен:

- Дивертикулит немесе меккель диверертикулиті
- Тоқ ішек ісіктері және полиптері
- Ангиодисплазия
- Спецификалық емес жаралы колит және Крон ауруы
- Геморрой
- Инфекциялық ауруы

Этиология:

Жиі қан кету мына себептермен шарттанған:

- Тамыр қабырғасында патологиялық процесс дамуына байланысты дефект (жедел немесе созылмалы жарадан аррозивты қан кету, ыдыраушы ісік)
 - Тамыр қабырғасының өткізгіштігінің нашарлауы (авитаминоз, жедел инфекциялық сырқат, анафилаксия, сепсис, интоксикация)
- Бауыр циррозы кезіндегі өңештің кеңейген веналарынан және асқазаннан қан кету
- Өңеш және асқазанның шырышты қабатының жыртылуынан қан кету (Меллори –Вейсс синдромы)

Гемодинамикалық бұзылыстардың патогенезі:

1. Олигемия кезеңі (АҚҚ төмендеуі) - ұзақтығы 12-24 сағат. Рефлекторлы спазм мен қанның деподан қан айналымға шығуымен сипатталады. Эритроциттер мен гемоглобиннің қанның көлемдік сандық құрамында өзгермейді.

2. Гемодилюция кезеңі - 2-3 күннен кейін тіндік сұйықтықтың қан ағымына ағуы салдарынан дамиды.

3. Эритропоэздің белсену кезеңі- 3-4 күннен кейін басталады. Перифериялық қанда ретикулоциттер пайда болады.

Клиникалық көріністері :



● Жалпы белгілері :

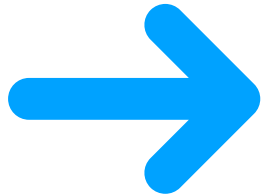
- Жалпы әлсіздік
 - Селкостық
- Көз алдында шіркей көрінуі
 - Суық тер
 - Коллапс
 - Бас айналу
 - Құлақта шуыл
- Көз алдында қарауыту
 - Ентігу

● Жергілікті белгілері :

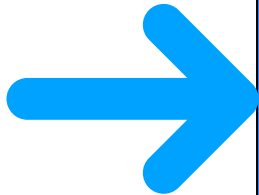
- Қан құсу(гематомезис) – құсық массаларымен өзгерген (қою кофе тәрізді құсық) немесе өзгермеген қанның шығуы . Асқазаннан , өңештен, ұлтабардан қан кеткенде байқалады .
- Мелена – нәжіспен өзгерген қанның шығуы(сұйық кара нәжіс). Ұлтабардан және асқазаннан көлемі 500 мл және одан көп профузды қан кеткенде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

Ауырлық дәрежесін бағалау:

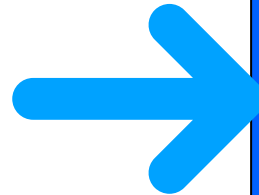
I дәрежесі – жалпы жағдайы қанағаттанарлық; шамалы тахикардия; АҚҚ өзгермеген; Hb > 100 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан >5% көп.



II дәрежесі – жалпы жағдайы орташа ауырлықты, әлсіздік, бас айналу, талмалық жағдай, тері жабындарының бозғылттығы, айқын тахикардия; АҚҚ 90 мм сын.бағ. төмендеген; Hb - 80 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан 15% құрайды



III дәрежесі - жалпы жағдайы ауыр, тері жабындары бозғылт, суық жабысқақ тер; науқас есінеп, су ішуге сұрайды (шөлдеу); пульсі жиі, жіп тәрізді, АҚҚ 60 мм сын.бағ. төмендеген; Hb - 50 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан 30 % құрайды.



IV дәрежесі - жалпы жағдайы өте ауыр, агоналдымен шектесуде, есін ұзақ уақыт жоғалтутері жабындары бозғылт, суық жабысқақ тер; науқас есінеп, су ішуге сұрайды (шөлдеу); пульсі жиі, жіп тәрізді, АҚҚ 60 мм сын.бағ. төмендеген; Hb - 50 г/л; АҚК-ң дефициті Нормадағыдан >30 % құрайды

Асқазаннан қан кетуде жедел көмек

- Пациенттің төсегінің жанына орындыққа отырып, өзін таныстыру.
- Пациентті идентификациялау

- Қол жуу
- Қолына резеңке қолғап кию

- Пациенттің пульсін, артериялық қан қысымын өлшеу
- Пациентке тексеру нәтижесін түсіндіру

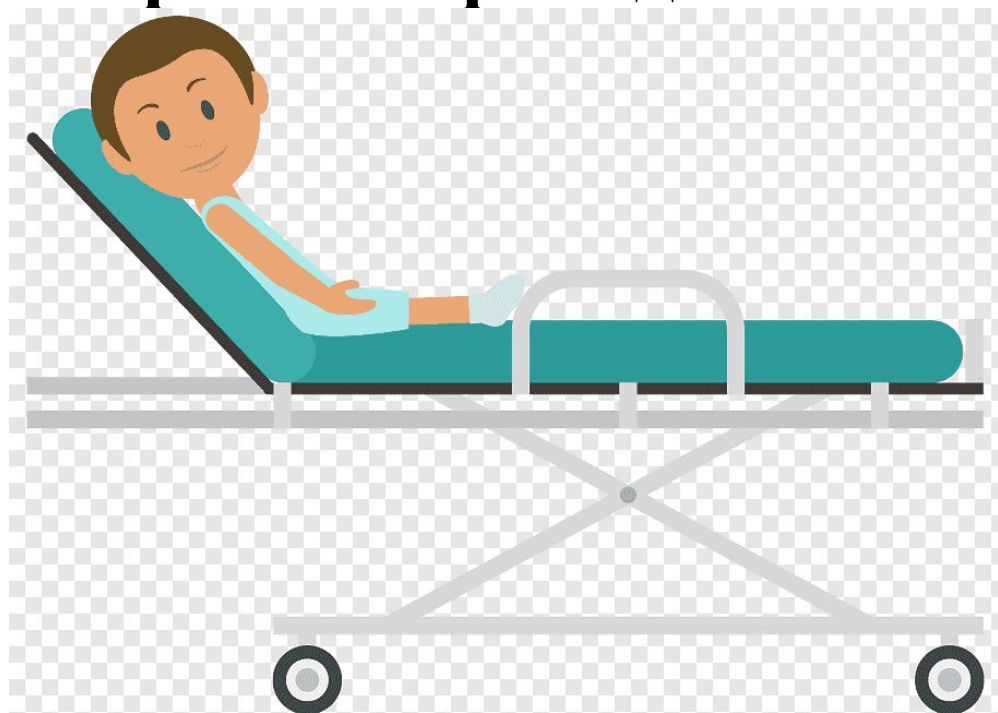
- Эпигастр аймағына мұзды мұйық қою
- Назогастральді зонд енгізу.

- Зондқа салқын су құйып жуу.
- Дицинон-4 мл ертіндіні к/т енгіземіз. 5%-100 мл Аминокапрон қышқылын 4 сағат сайын тамшылатып енгізу.

- Пациентті шұғыл түрде хирургия бөлімшесіне тасымалдау
- Резеңке қолғапты шешіп «Б» тобына тастау

Асқазан-ішектен қан кетуге күмәнданғанда науқасты хирургиялық стационарға жатқызады. Тасымалдауды, носилкада жатқан күйде жүзеге асырады.

Шұғыл фиброгастродуоденоскопия, зертханалық тексеру, науқасты физикалық тексеруден кейін консервативті терапияның қолайлы көлемі және оперативті араласудың көрсеткіштері мен шұғылдығы анықталады.



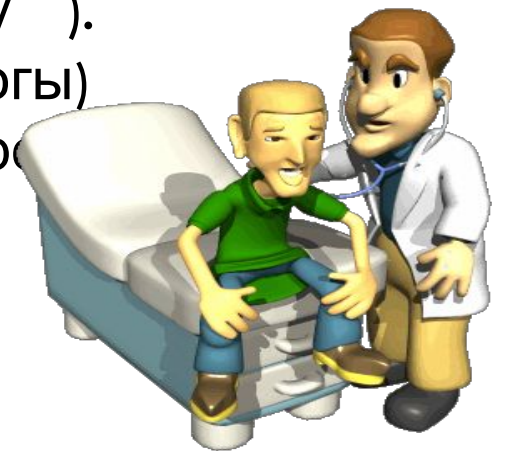
Госпитализация алдындағы ем: ЖЖ –нің негізгі мақсаты науқасты хирургиялық бөлімге жеткізіп, оны госпитализациялау. АҚ және ТАЖ мониторингке алып оны қадағалау керек, витальды функцияларын сақтау.

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

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

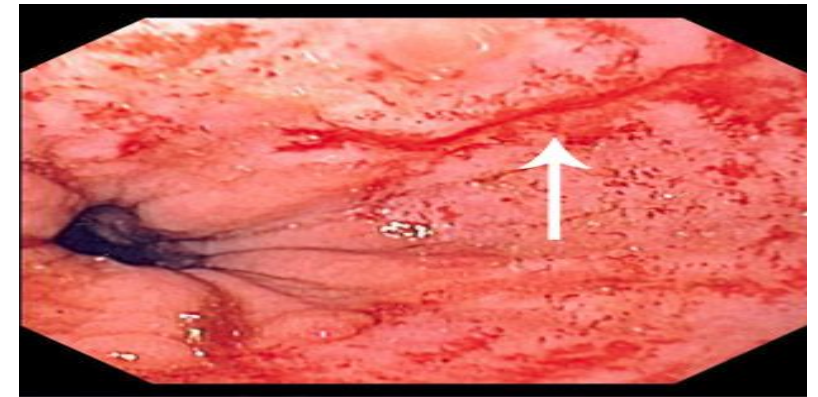
АІЖ жоғарғы бөлімінен қан кету болса:

- 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 амнокапротин 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.**



Массивті қан кету



•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)

Қорытынды

:

Ас қорыту жолдарынан қан кету синдромы жедел медициналық көмек көрсетуді қажет етеді. Бұл жағдай уақытында диагноз дер мезгілде қойлып, ем жасалуы керек екенін әр дәрігер, және соның ішінде педиатр-дәрігер асқазан ішек жолдарының қансырау кезінде ем жасау әдістерін толық меңгеруі керек.

Пайдаланылган әдебиеттер:

Внутренние болезни : учебник. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 496 с.

Хирургические болезни детского возраста." Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - Т. 1. - 632 с.: ил.
Robert H. Squires / Gastrointestinal Bleeding / Pediatrics in Review, Vol. 20, N 3, pp 95-101 Перевод с английского – Н.Черкашина 4.

http

[://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus12_Zheludochno_kishechnoe_krov_otechenie.html](http://www.ordodeus.ru/Ordo_Deus12_Zheludochno_kishechnoe_krov_otechenie.html)