

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

# **СӨЖ**

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

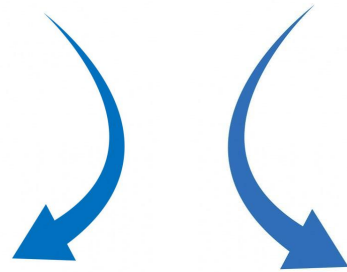
Орындаған: Шаймарданова А.М.  
Топ: 442 ЖМ  
Қабылдаған: Сайдуганиева Д.А

# 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.



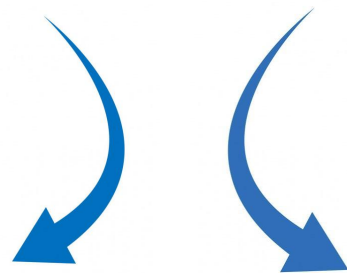
Асқазан ішек жолдарынан қан кету:



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 кабатының 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 :

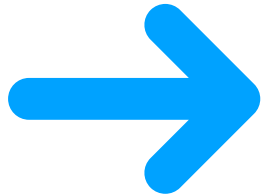
- Жалпы әлсіздік
  - Селкостық
- Көз алдында шіркей көрінуі
  - Суық тер
  - Коллапс
  - Бас айналу
  - Құлақта шуыл
- Көз алдында қарауыту
  - Ентігу

### ● Жергілікті белгілері :

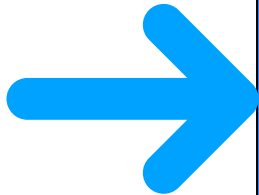
- Қан құсу( гематомезис) – құсық массаларымен өзгерген (қою кофе тәрізді құсық) немесе өзгермеген қанның шығуы . Асқазаннан , өңештен, ұлтабардан қан кеткенде байқалады .
- Мелена – нәжіспен өзгерген қанның шығуы(сұйық кара нәжіс). Ұлтабардан және асқазаннан көлемі 500 мл және одан көп профузды қан кеткенде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

# Ауырлық дәрежесін бағалау:

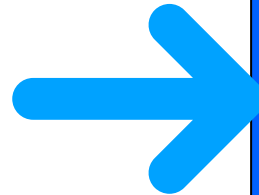
I дәрежесі – жалпы жағдайы қанағаттанарлық; шамалы тахикардия; АҚҚ өзгермеген; Hb > 100 г/л; АҚК-ң дефициті нормадағыдан >5% көп.



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

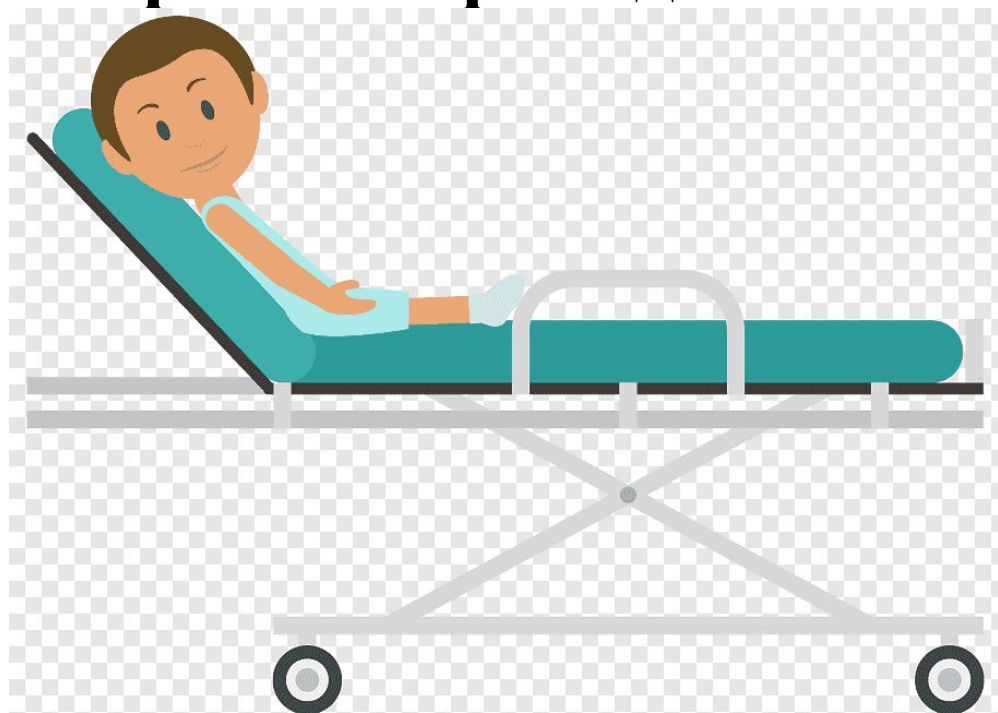
- Эпигастр аймағына мұзды мұйық қою
- Назогастральді зонд енгізу.

- 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.**



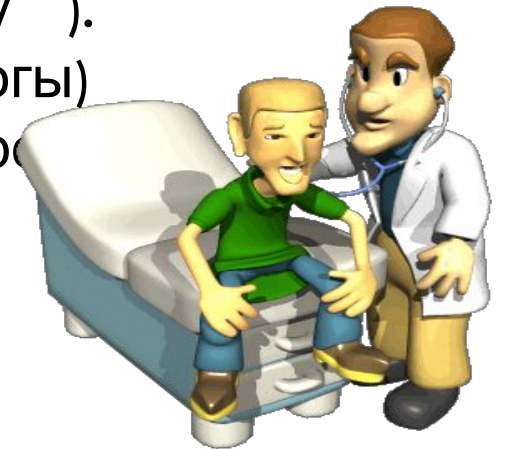
**Госпитализация алдындағы ем:** ЖЖ –нің негізгі мақсаты науқасты хирургиялық бөлімге жеткізіп, оны госпитализациялау. АҚ және ТАЖ мониторингке алып оны қадағалау керек, витальды функцияларын сақтау.

**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.

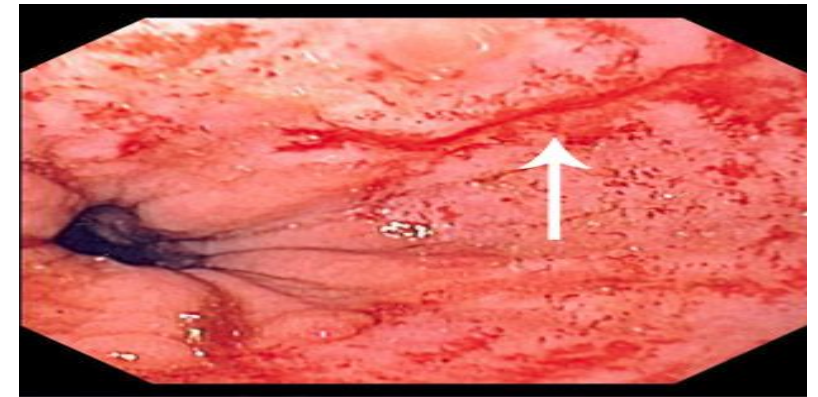
**АІЖ жоғарғы бөлімінен қан кету болса:**

- 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)