





Этиологиясы және патогенезі.

- Қан ас қорыту жолынан әр түрлі дәрежеде артерия, вена, капилляр қан тамырларынан кетуі мүмкін. Қан кету екі түрлі боп келеді.
- 1) Жасырын (оккультное) түрі
- 2) Анық түрі

- Қан кету асқазан мен он екі елі ішек ауруларының, атап айтқанда ойық жараларының аса қауіпті асқыну болып табылады. Өйткені бұл асқытуда кездесетін ауыр дәрежелі қан жоғалту, бүгінгі таңда 10-50% ауру адамдардың өлімінің себебі болып отыр. Қан кету асқынуы ойық жаралардың прогрессивті даму барысында ағза қабаттарындағы қан зақымдап, олардың бүтіндігінің бұзылуынан туады.

- Қан кетудің себебіне байланысты 2 түрге бөледі:
- 1) Жаралардан қан кету.
- 2) Жаралардан тыс қан кету. Бұл түрі өзі бір неше түрге бөлінеді:
 - а) Асқазан-ішектің әр түрлі ісіктері
 - б) Меллори – Веис синдромы
 - в) Қанның аурулары (лейкоз, Верльгоф ауруы, гемофилия)
 - г) ішек инвагинациясы (балаларда)

- д) Крон аураы
- е) Меккел дивертиккулы
- ж) тоқ ішек полиптері
- з) геморойдың асқынулары кезінде
- и) тік ішек сызаты

- Қан жоғалту мөлшеріне қарай қан кету асқынуының жеңіл, орта, ауыр дәрежелерін ажыратады.

I – қан жоғалтудың жеңіл түрі: организмде айналымдағы қанның 10-20% жоғалту 500-1000 мл. қан, тамыр соғысы 100 ге дейін, қан қысымы 100/60мм.с.м.б., гемокрит саны 30% тен жоғары, гемоглобин 10% Аурудың жалпы жағдайы қанағаттанарлық.

II – қан жоғалтудың орташа дәрежесі: организмде айналымдағы қанның 20-30% жоғалту 1000-1500 мл. қан, тамыр соғысы 120-130 ге дейін, қан қысымы 90/50мм.с.м.б., гемокрит саны 25% тен жоғары, гемоглобин 8% . Аурудың жалпы жағдайы ауыр.

III – қан жоғалтудың ауыр дәрежесі: организмде айналымдағы қанның 50% жоғалту 2000-2500 мл. қан, тамыр соғысы 130-140 ге дейін, қан қысымы 70/40мм.с.м.б., гемокрит саны 20% тен жоғарыб гмоглобин 5% . Аурудың жалпы жағдайы өте ауыр.

Клиникалық көрінісі.

- Қан кету асқынуы, көбінесе, кенеттен пайда болады. Сондықтан бұл қауіпті асқынуды ерте анықтау үшін ауру адамдардың әр шағымына мұқият көңіл аудару қажет. Қан кету асқынуы әртүрлі клиникалық көріністермен сипатталады. Кейбір пациенттерде қан кету белгілері пайда болар алдында эпигастрий аймағында ауру сезімі пайда болады, ал қан кету басталған соң ол сезімнің бәсеңдегенін немесе толық жоғалғанын атап көрсетеді (*Бергман симптомы*).

Осымен қатар, кенеттен әлсіреу, бас айналу, көздің карауытуы, бас пен құлақта туатын шу, жүрек соғу, маңдайдан суық тердің шығуы сияқты белгілер орын алады. Одан соң, көп кешікпей, қан кетудің негізгі белгілері, яғни қан аралас немесе кофе тұнбасына ұқсас құсық (*hemaietet*) және нәжістің қара түсті (қара май тәрізді) болып түсуі (*melena*) байқалады. Ас қорыту жолының төменгі бөлігінен қан кетуде нәжіспен түскен қан қалыпты түсін өзгертпей немесе қызғылт түсті болып шығуы мүмкін

- Объективті зерттеу барысында бірден ауру адамдардың тері қабаттары мен еріндерінің ағарып- бозаруы көзге түседі. Жүрек соғу жиілігі (пульс) артып, артериялдық қысымның (АҚ) деңгейі төмендейді
- Тік ішекке сұқ саусақты кіргізу жолымен зерттегенде нәжістің қара түсті болып өзгергені анықталады. Бұл жерде естеріңізге сала кететін бір жағдай, ауру адамның тік ішегін саусақпен зерттеу аса қарапайымдылығына қарамай, ас қорту жолдарынан қан кету белгілерін дәлелдеу үшін және тік ішектің басқа да ауруларын анықтауда тиімді ақпараттармен қамтамасыз етеді.

Өкінішке орай, кейбір дәрігерлер бұл маңызды зерттеу тәсіліне көп көңіл бөлмейді. Ол үлкен қателік. Ас қорту ағзаларынан қан кету асқынуында, олардың ішінде асқазан мен он екі елі ішектің ойық жараларынан қан кетуде нәжістің түсін анықтау, қан кету құбылысының болған-болмағанын дәлелдеуде ерекше орын алады.

Қан кету асқынуында жедел зерттеуге алынған қанда эритроциттердің саны, гемоглобин және гематокрит көрсеткіштері, қалыпты көрсеткіштермен салыстырғанда, төмен болады.

Диагностикасы

Қан кету кұбылысын объективті тұрғыдан дәлелдеуде және оның себебін айқындауда, бүгінгі күні, эндоскопиялық зерггеу тәсілінің (фиброгастроуденоскопия, ФГДС) маңызы зор, ойткені бұл зерттеудің, біріншіден, ойық жара субстратын анықтаудағы ақпараттылығы өте жоғары. Ғалымдардың деректері бойынша, қан кету себебін, яғни асқазан мен он екі елі ішектегі ойық жараларды ФГДС-мен 95-98 % дұрыс анықталады

Екіншіден, ФГДС қан кету себебінің (ойық жараның) орналасқан орнын, қан кету құбылысының тұрақты тоқтағанын, тоқтамағанын, ал тоқтаған жәйда тромбтың түсін (кызыл немесе ақ тромб) анықтап береді. Бұл жерде қызыл тромб қан кету асқынуы қайталану мүмкіншілігін аңғартса, ақ тромб қан кету тұрақты тоқтағанын көрсетеді. Бұл деректердің қан кетудің қайталану қаупін болжаудағы және ауру адамға емдеу бағдарламасын құрудағы маңызын асырып бағалау қиын.

- Эндоскопиялық зерттеумен қатар, ойық жаралардан қан кету асқынуында, оның көзін анықтау үшін, асқазан мен он екі елі ішекті рентгенологиялық және ангиографиялық әдістермен зерттеп тексеру қолданылады. Дегенмен, бұл тәсілдерді іске асыру жолдары күрделі, бағасы жағынан қымбат және, сонымен қатар, ауру адамдарға және зерттеу жүргізетін медицина қызметкерлеріне рентген сәулесінің зиянды әсері бар екенін де есте ұстау керек. Сондықтан олар қазіргі кезде өте сирек пайдаланылады.

- Ас қорыту жолының төменгі бөлігінен қан кетуде колоноскопияның маңызы үлкен.
- Ирригоскопия
- КТ
- МРТ

Ажыратпа диагнозы.

- Асқазаннан қан кетуде қан құсу белгісі туғанда ойық жараның асқынуын өкпеден қан кету құбылысынан ажырату өте қажет, өйткені олардың себептері, емдеу орындары (аурухана, бөлімшелер) мен емдеу тәсілдері әртүрлі болады. Сонымен қатар, қан кетудің аталған түрлерін ажырату оңай емес. Сондықтан, ажыратпа диагнозын ауру адамдардың шағымдарымен және анамнездерімен мұқият танысудан бастап, олардың бұрын-соңды асқазан, он екі елі ішек немесе өкпе ауруларымен ауырған-ауырмағандарын анықтап, білу керек

- Өкпеден қан кету туберкулез, бронхоэктатикалық ауру, өкпенің қатерлі ісік сырқаттарында жиі кездеседі. Одан соң, ажыратпа диагнозы барысында, мына жағдайларға өте көңіл аударылғаны жөн. Өкпеден қан кету жиі жөтелетін ауру адамның кезекті қатты жөтелінен соң туады, яғни қан кету құбылысы жөтелмен тығыз байланысты болады және, сонымен қатар, бұндай жағдайда сыртқа қарай шыққан қан, ауа қосылу себебінен көпіршіктеніп немесе көпірлене шығады.

- Нак диагнозды анықтауда және оны дәлелдеуде фиброгастроуденоскопия, өкпені рентгенологиялық тәсілмен көру сияқты зерттеулердің маңызы зор.
- Ойық жаранын қан кету асқынуын асқазанның қатерлі ісігімен (рак), бауыр циррозымен, геморрагиялық гастритпен т.б. сырқатты армен ажырату қажеттілігі тууы мүмкін. Өйткені, кейбір жағдайларда бұл ауруларда да қан кету белгілері туады.

- Сондықтан ажыратпа диагнозды жүргізу барысында осы аурулардың белгілерін бір-бірімен салыстырып, ауру адамның анамнездерін тиянақты талқылап, қажетті лабораториялық, аспаптық зерттеулердің нәтижелеріне жүгіну керек.

Емдеу.

- Асқазан мен он екі елі ішектің қан кету асқынуын емдеу көп уақыттан бері талкыланып келе жатқан проблема. Ол хирурггердің бірнеше конференциялары мен съездерінің күн тәртібі енгізілген болатын және оған арналған мақалалар, диссертациялар, монографиялар да баршылық. әрине бұндай жағдай проблеманың толық шешілмегенін аңғартады.

Бүгінгі таңда ойық жаралардан қан кету асқынуы анықталғанда оны емдеу мына төменде келтірілген комплексті консервативтік шаралардан басталады.

- мұқият төсек кестесі (режим);
- назогастральді сүңгі (зонд) қою;
- эпигастрий аймағын тоңазыту (мұз салған жылытқы, иә суық сумен толтырылған ыдыс қою немесе бір-екі кесек мұз жұтқызу);

- қан ұю құбылысын жақсартатын дәрілерді жіберу (аминокапронды қышқыл, викасол, дицинон, хлорлы кальций қышқылы т.б.);
- жоғатқан қанның, сұйықтықтың орнын толтыру (қажетіне қарай қан немесе оның компоненттерін, яғни плазма, эритроцитарлық масса, альбумин, хлорлы натрийдің изотоникалық ертіндісін т.б. құю).
- антацидтерді, H₂-блокаторларды, холинолитиктерді қолдану;
- жалпылай ем шаралары (жүрек жұмысын жақсартатын ем қолдану, оксигенация, тазалау клизмасын қолдану т.с.с).

Консервативтік ем қатарына эндоскопиялық жолмен қан тоқтату (қан тамырын коагуляциялау, әртүрлі дәрілерді жергілікті жерге инъекциямен жеткізу, лазер сәулесін қолдану т.б.) әдістері де жатады. Пациентке консервативтік ем шипалы болып, қан тоқтаған соң (2-3 күннен кейін) қан кеткен ағзаларға механикалық әсері аз, белокке бай жұмсақ пісірілген және суытылған тағам тағайындалады (*Мейленграхт диетасы*). Қуанышқа қарай көптеген пациенттерде комплексті консервативтік ем нәтижелі болады да қан кету тоқтайды.

Егер жоғарыда келтірілген ем нәтижесіз болып, қан кету тоқтамай, одан әрі жалғасса немесе тоқталған қан біраз мерзімнен соң қайталанса, онда емдеудің хирургиялық жолын пайдаланған дұрыс, өйткені қан кету өте қауіпті және оның барысын болжау қиын іс.

- Хирургиялық емдеу тәсілдерін қолдану көрсеткіштері:
- профузды қан кету;
- толық және интенсивті жүргізілген комплексті консервативті емнің 6-8 сағат аралығында оң нәтиже көрсетпеуі;
- қан кету тоқтағанмен оның қайталану мүмкіншілігі белгілерінің болуы және қан кету асқынуының ауру адам ауруханадан шықпай қайталануы;
- комплексті консервативті ем нәштижесіз болуы мен тоқтатылған қан кетудің қайталануы (рецидив);
- анамнезі ұзақ мерзімге созылған және терең, каллезді ойық жаралардан қан кету;

Қолданылған әдебиет.

1. Госпиталдық хирургия Ғ.Қ. Сапарова. Ж. Б. Бижанова.
2. Хирургия Б.Д. Нурахманов., А.С Ибадильдин., М.Н. Намазбеков.,
3. Жалпы хирургия К.Д. Дурманов.
4. Хирургиялық аурулар М.Н. Кузина.
5. WWW.GOOGLE.RU