

САМАРКАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
2-ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР ВА УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ



Ошқозон-ичак тизимидан қон кетиш (ОИТҚК)

Даволаш ва касб таълими факультетларининг
6 ва 7 курс талабалари учун маъруза

Маърузачи: доцент Рузибоев С.А.

Самарқанд – 2016 йил

Маъруза номи: Ошқозон-ичак тизимидан қон кетиш (ОИТҚК). Синдром тушунчаси, ОИТҚКнинг сабаблари ва учраши. Замонавий ташхис усуллари, маҳаллий ва умумий белгилари. Форрест бўйича эндоскопик таснифи; гастродуоденал, қизилўнгачдан, ўпкадан ва ичакдан қон кетишнинг таққослама ташхиси, УАШ тактикаси. ОИТҚКни ташхислаш алгоритми ва даволаш. Биринчи ёрдам, геморрагик шок ва геморрагиядан сўнгги анемия билан курашиш. Операцияга кўрсатмалар. Беморни операциядан олдин тайёрлаш, операциядан сўнгги парвариши, реабилитацияси ва диспансеризацияси.

Маъруза мулжалланган: Даволаш ва касб таълими факультетларининг 6 ва 7 курс талабалари учун маъруза.

Маърузани асослаш: ошқозон ичак тизимидан қон кетиш синдроми ҳозирги кунгача шошилишч хирургияда амалий шифокор оолддида куплаб диагностик, тактик, даво муаммоларини юзага чиқарадиган ҳолат бўлиб келмоқда. Ошқозонг ва 12 бармоқли ичакдан қон кетишига яра касаллиги, уткир яралаор, усмакасалликлари, эррозив геморрагик гастритлар, Меллори – Вейс синдроми ва бошқалар сабаб бўлмоқда. Тугри аниқланган қон кетиш сабаби, манбаи, оғирлик даражасидан УАШнинг даволаш тактикаси келиб чиқади. Уз урнида бажарилган тадбирлар, оқибатда хавфли ҳолатнинг юзага келишини олдини олади.

Маърузанинг максоди: талабаларни ошқозон ичак тизимидан қон кетиш синдроми этиопатогенезини аниқлашга, диагностика ва дифф. диагностика қилишга, текшириш чора-тадбирлари режасини ишлаб чиқишга, бундай беморларга тугри тактика ва даволаш чораларини қўллашга ургатиш. Талабаларни беморларга нисбатан эътиборли бўлишга, беморлар манфаатини уйлаш, тиббий этика ва деонтология қоидаларига риоя қилишга ургатиш. Булғуси УАШ ларда жавобгарлик ҳиссини тарбиялаш.

Маъруза режаси:

- ОИТҚК синдроми тушунчаси;
- ОИТҚКнинг сабаблари ва учраши;
- Замонавий ташхис усуллари, маҳаллий ва умумий белгилари;
- Форрест бўйича эндоскопик таснифи;
- Гастродуоденал, қизилўнгачдан, ўпкадан ва ичакдан қон кетишнинг таққослама ташхиси;
- ОИТҚКда УАШ вазифалари билан ташишиш ва ўрганиш.
- ОИТҚКни ташхислаш алгоритми ва даволаш;
- Биринчи ёрдам, геморрагик шок ва геморрагиядан сўнгги анемия билан курашиш;
- Операцияга кўрсатмалар. Беморни операциядан олдин тайёрлаш, операциядан сўнгги парвариши, реабилитацияси ва диспансеризацияси.

МАЪРУЗА БАЁНИ

Долзарблиги. Меъда-ичак йўлидан қон кетиши ҳозирги давргача мураккаб ва охиригача ечилмаган муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жаррохлик, анестезиология ва реаниматологиянинг, клиник эндоскопиянинг замонавий ютуқларига қарамасдан бу ҳолларда юқориликча қолиб, операция қилинган беморлар ўртасида 13% ни ташкил қилади. Ҳали кўрсаткичи, айниқса, ёши 60 дан ошганлар орасида (40% гача) ва жигар циррози билан оғриган беморлар ўртасида (65% гача) жуда юқоридир.

Меъда-ичак йўлидан қон кетишида юқори ўлим кўрсаткичининг асосий сабабларидан бири беморларни кеч шифохонага ётқизишдир. Қон кетиш манбасини аниқлашда йўл қўйилган хатолар, мос бўлмаган инфузион-трансфузион дастур, нотўғри танланган операция услуби, жаррохлик амалиёти вақтида йўл қўйилган техник хатоликлар, операциядан кейинги даврдаги камчиликлар, асоратларни олдини олишга қаратилган чоратадбирларнинг ўз вақтида, жадал бошламаслик ҳам ўлим кўрсаткичининг юқори бўлишида муҳим аҳамият касб этади. Бундан ташқари, қария ва ёши улуг беморлар сонининг ошиб бориши ҳам муҳимдир. Негаки, уларда аъзо ва тизимлар фаолиятининг турли даражадаги бузилиши мавжуд бўлиб, бу ҳолат ўз навбатида ўткир қон кетиши ва операция жароҳатига бўлган чидамлилиқни камайишига олиб келади.

Адабиёт таҳлили ва кунлик амалиёт шуни кўрсатадики, ҳозиргача меъда-ичак йўлидан қон кетишни даволаш тўғрисида баҳс-мунозарали, базан нотўғри принциплар мавжуд. Хусусан, Ушбу тоифадаги беморларни операция қилиш вақтлари ва уларда қўлланиладиган операцияларнинг номи ҳамда муддатлари ҳақида ҳайрон қоларли даражада чалкашликлар мавжуд.

Меъда-ичак йўлининг клиник эндоскопияси жаррохлик амалиётига кенг қўламда кириб келди. Аммо, ҳозирги кунгача адабиётларда гемостаз турғунлигининг белгилари ҳақида турли хил фикр-мулоҳазалар билдирилмоқда. Бу эса асосланмаган кутиш тактикасини қўллашга олиб келмоқда. Купчилик даволаш муассасаларида турли хил сабаблар туфайли қонни тўхтатиб, беморни оғир аҳволдан олиб чиқиш ва уни радикал жаррохлик усулига тайёрлаш имконини берувчи қон тўхтатишнинг эндоскопик усуллари қўлланилмайди. Шунингдек, меъда-ичак йўлидан ўткир қон кетиши бўлган беморларни инфузион-трансфузион даволаш дастури ҳақида ҳам яқдиллик йўқ.

Юқорида айтилган фикрлар шундан далолат берадики, меъда-ичак йўлидан қон кетиш муаммоси ечилмаган, жуда долзарб бўлиб, ҳам назарий, ҳам амалий жихатдан тизимли ўрганишни талаб қилади.

Қисқача тарихий маълумот

Меъда ярасидан қон кетиши сабаб бўлган ўлим ҳолати тўғрисидаги биринчи ахборот Литтрега тегишлидир (1704). 1829 йилда Крювелье меъда ярасининг патологоанатомик кўриниши ва белгиларини ёзган. Унинг

фикрича, оғрик, қайт қилиш ва қон кетиши меъда ярасининг асосий белгиларини ташкил қилади. Ушбу белгилар Крювелье учлиги номини олган. 1880 йилда Eiselberg биринчи бор қонаётган меъда ярасини тикиш ва ҳосил бўлган тешикни тикиш операциясини қўллаган. Натижаси ёмон бўлишига қарамасдан, ушбу операция бу патологияни даволашда янги даврни бошлаб берди.

1886 йилда Hscker биринчи бўлиб қонаётган ярани понасимон кесиш операциясини муваффақиятли равишда амалга оширди ҳамда Ушбу операцияни қувватсиз беморларда қўллашни таклиф қилди.

Меъдани кесиш ва ҳатто бошқа енгилроқ операциялардан кейинги юқори ўлим кўрсаткичи Kronlein ни қон кетиш авжида кутиш тактикасини қўллаш ва беморлар камқонлик ҳолатидан чиққачгина операция таклиф қилиш лозим, деган фикрни айтишга мажбур қилди. Шу даврда Россия жаррохларининг VI съездида меъда яраларини жаррохлик даволаш усули ҳақида ахборот берилди. С.И. Спассокукоцкий уткир яраларни қон кетиши бўлган еттига ҳолатни жаррохлик усулида даволаш натижалари ҳақида маълум қилиб, профуз қон кетганда шошилишч операция қўллаш тарафдори эканини айтди. 1930 йилда С.С. Юдин қуйидагича ёзган эди: «жуда ҳам ёш бўлмаган ва жуда ҳам қари бўлмаган шахсларда қон кетишнинг яраларни тавсифда эканини курсатувчи маълумотлар етарли бўлса, кутгандан кўра уларни операция қилган маъқул. Агар операция қилинса, яхшиси дарҳол, яъни биринчи кеча-кундуз давомида қилиш керак. Йўкотилган вақтни ҳеч қандай трансфузиялар билан қоплаб бўлмайди».

Кўп йиллар давомида меъдани кесиш операцияси яра касаллигида қўлланиладиган ягона радикал усул бўлиб келган. 60-йилларнинг бошида жаррохлик амалиётига аъзони сақловчи операция – ваготомия кириб келди. У ҳозирда 12 бармоқли икач яра касаллигида радикал усул бўлиб, сурункали ва ўткир гастродуоденал яра касаллигида бошқа операцияларга қараганда кўпроқ қўлланилади.

Ошқозон-ичак тизимидан қон кетиш сабаблари

1. ошқозон ва ун икки бармоқ ичак касалликлари 65%.

- сурункали яра
- ўткир яра ва эрозиялар
- ўткир гастрит ва дуоденит
- усмалар
- диафрагма сиқилган чурраси

2. кизилунгач касалликлари. 10%

- рак
- пептик яра
- пептик эзофагит
- Меллори – Вейс синдроми
- Кизилунгач веналари варикоз кекнгайиши

3. ичак касалликлари. 15%

- қон томир экиазиялари

- мецкел дивертикули, дивекртикулез
- сил илеотифлити
- Кронъ касаллиги
- Носпецифик ярали колит
- Геморрой
- Яхши сифатли усмалаор
- Ёмон сифатли усмалар
- 4. Бошка касалликлар. 10%
 - геморрагик васкулит
 - тромбоцитопеник пурпура
 - ичак туткичи артериаларининг тромбози
 - телеангиэктиазия
 - гемобилия синдроми
 - цинга

Ошкозон-ичак тизимидан кон уткир кон кетишларнинг 5-10% яра булмаган патология чакиради.

Меъда-ичак йўлидан ўткир кон кетишининг клиник кўриниши

Шифохонага беморлар кон қайт қилиш (ўзгармаган кон *гематомезис*, қора кофе қуйкасимон - *меленомезис*), ахлатига кон аралаш қелиши (ўзгармаган қизил кон-*гематиошизис*, қорамойсимон ич қелиши - *мелена*) билан мурожаат қилишлари мумкин. Кон кетиш манбаи Трейц бойлаидан юкорида жойлашган булса бунда ошкозон ичак тизимининг юкори қисмидан кон кетиш дейилади. Ундан пастда булса патги қисмларитдан кон кетиш деб тушунади.

Гастродуоденал кон кетишлар беморлар учун қутилмаганда бошланиб, қонли қайт қилиш ёки қорамойсимон нажас қелиши билан юзага чиқади. Баъзан ушбу иккита белги бир вақтнинг ўзида кузатилади.

Беморнинг умумий аҳволи кескин ёмонлашади, умумий ҳолсизлик ват ери рангининг оқариши, бош айланиши ривожланади, «бошда шовқин», кўз олдида юлдузчалар», совуқ ёпишқоқ тер, юракнинг тез уриши пайдо бўлади, артериал босим пасайиб, хушдан кетиш кузатилади.

Геморрагиянинг яширин даври ва клиник белгиларнинг юзага чиқиш тезлиги қон кетиш манбасининг тавсифига, қон йўқотиш тезлиги ва даражасига, беморнинг ёши ва дастлабки ҳолатига, шунингдек, бошқа омилларга боғлиқ. Қонли қайт қилиш ўзгармаган алвон рангли қон, қора қон ёки меъда маҳсули аралашган «қахва қуйқаси» кўринишида бўлиши мумкин. Кўп миқдорда ва кўп марта ўзгармаган қон билан қайт қилиш қизилўнгач ёки меъданинг қардиал қисмидан қон кетиши учун хос. Манба меъданинг бундан кўра дисталроқ қисмида жойлашса, қусуқ маҳсули таркибида ўзгарган қон ва қизил рангли қон қуйқалари кўпроқ учрайди. Агар 12 бармоқли ичак яраси қонаса, қусуқ моддаси «қахва қуйқаси» кўринишида бўлади.

Қора нажас шаклланган бўлса, қон ёўқотиш енгил даражада эканидан, агар сувоқ қорамойсимон бўлса, оғирроқ даражадаги қон йўқотишдан далолат

беради. Чуқур ва ката яралардан профуз гастродуоденал қон кетишларда нажас суяқ ва қорамтир-қизил рангда бўлиши мумкин.

Меъда-ичак йўлидан ўткир қон кетишининг таснифи

I. Келиб чиқишига қараб:

1. ярали қон кетишлар:

а) меъда ва 12 б.и. сурункали яраларидан;

б) меъда-ичак анастомозларининг пептик яраларида;

в) ўткир яраларда:

- меъда ёки ичак шиллиқ қаватига токсик ёки дориларнинг таъсири оқибатида юзага чиқувчи;

- куйишлар, ката жаррохлик операцияларидан сўнг, миокард инфарктининг ўткир даврида ва бошқаларда келиб чиқувчи стресс яраларида;

- ички аъзоларнинг касалликларида келиб чиқувчи (атеросклероз, хафакон касаллиги, жигар циррози, қон ва томирлар касалликлари, уремия, холемия, авитаминозлар);

эндокрин яраларда (Золлингер-Эллисон синдроми, гиперпараидоз);

2. ярага боғлиқ бўлмаган қон кетишлар:

а) портал гипертензияда қизилўнгач ва меъда веналарининг варикоз кенгайишида;

б) эрозив эзофагитда;

в) Маллори-Вейс синдромида;

г) эрозив геморрагик гастритда;

д) қизилўнгач ва меъданинг яхши ва ёмон сифатли ўсмаларида;

е) қизилўнгач ва 12 б.и. нинг дивертикулларида;

ж) бошқа кам учрайдиган касалликларда (Крон касаллиги, васкулитлар, меъданинг захми ва сили);

з) ёт жисм билан қизилўнгач ва меъда шиллиқ қаватининг шикастланиши (шу жумладан эндоскоп билан);

и) сохта қон кетишлар (халқум, оғиз бўшлиғи, трахеядан ютилган қонни қайт қилиш).

II. Қон кетиш манбасининг жойлашувига кўра:

Қизилўнгачдан, меъдадан, 12 б.и. дан қон кетишлар.

III. Клиник кўринишига қараб:

Профуз, торпид, давом этувчи, тўхтаган қон кетишлар.

IV. Қон йўқотиш даражасига қараб:

Енгил, ўртача оғир ва оғир.

Охирги 50 йил давомида сурункали меъда ва 12 б.и. ярасидан қон кетишларларнинг улуши сезиларли даражада камаймоқда. Масалан, 1950 йилда Б.С. Розановнинг маълумотларига кўра сурункали яралар 75% ҳолларда қон кетиш манбаси бўлиб хизмат қилган бўлса, 1987-1989 йилларда у фақат 44-42% ҳоллардагина кузатилган (Петров В.П. ва б., 1987; Баранчук В.Н., 1989).

Гастродуоденал қон кетишларнинг асосий сабаблари қуйидагича учрайди (100%):

- 12 б.и. сурункали яраси – 25%;
- меъданинг сурункали яраси – 15%;
- қизилўнгач, меъда ва 12 б.и. нинг ўткир эрозия ва яралари – 34%;
- Маллори-Вейс синдроми – 13%;
- Меъда саратони – 6%;
- қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши – 4%;
- ГЭА нинг пептик яралаи – 0,5%;
- бошқа сабаблар – 1,5%;
- манба аниқланмаган – 1%.

Гастродуоденал қон кетишларни ташхислаш.

Ўткир гастродуоденал қон кетишларни ташхислашда шифокорнинг олдида қуйидаги вазифалар туради:

- 1) қон кетиш бор-йўқлигини аниқлаш;
- 2) қон кетиш манбасининг тавсифини ва жойлашган жойини аниқлаш;
- 3) қон кетиш давом этаётгани ёки тўхтаганини аниқлаш;
- 4) агар қон тўхтаган бўлса, гемостазнинг турғунлигини аниқлаш;
- 5) қон йўқотиш ҳажмини аниқлаш;
- 6) ёндош касалликларнинг оғирлик даражасини баҳолаш.

Хохлаган патологик жараёни ташхислаш асосида касалликнинг клиник кўриниши ётади. Техник жихозланишнинг яхшиланиши билан бир вақтда беморни анъанавий усулда текшириш эдан чиқиб қолмоқда. Шунинг эса тутиш лозимки, исталган диагностик усули мутлоқ эмасдир, унинг самарадорлиги кўпчилик омилларга боғлиқ бўлади. Айтиш пайтда яхшилаб йиғилган анамнез ҳамма нарсани ҳал қилиши мумкин.

Масалан, оч қоринга бўладиган, кечки ва мавсумий эпигастрияда кузатиладиган оғриқлар деярли хатосиз яра касаллиги ҳақида гувоҳлик беради. Бунда асбоб-ускунали текширув усуллариининг вазифаси яранинг жойлашган жойини аниқлаш ва қон кетиш мавжудлигини аниқлашдан иборат бўлади. Аксинча, қисқа анамнез, иштаҳанинг йўқолиши, озиш, тушқун кайфият ва оғриқлар ҳамда овқатланиш орасида узвий боғлиқликнинг бўлмаслиги меъда саратони ҳақида ўйлашга мажбур қилади.

Маълумки, қизилўнгачнинг меъдага ўтиш жойидаги шиллик қаватнинг ёрилиши алкохоли мастлик билан боғлиқ бўлган кучанишли қайт қилишда кузатилиб, кардиал жом ва пилорик мушакларнинг фаолияти бузилиши туфайли келиб чиқади. Бунда қайт қилиш вақтида икала сфинктернинг мушаклари бир вақтнинг ўзида ёпилади, натижада меъда ичи босими кескин ошиб, қизилўнгач ва меъда шиллик қаватларининг ёрилишига олиб келади. Айрим ҳолларда бундай ҳолат кескин жисмоний зўриқиш оқибатида ҳам юзага чиқиши мумкин.

Жигар циррози мавжуд бўлган беморларда қон кетиш манбаи кўпинча қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналари бўлади.

Шунингдек, бир вақтнинг ўзида қон кетишига сабаб бўлувчи бир неча касалликлар учраши мумкин. Масалан, жигар циррози фонида меъда ва 12 б.и. яра касаллиги, айниқса, ўткир турлари ушбу касаллик билан оғримайдиганларга нисбатан анча кўпроқ учрайди. Ўткир гастродуоденал қон кетиши билан бемор касалхонага келганда шифокорнинг хатти-харакатлари бир томондан стандартлаштирилган булиши лозим, бошқа томондан эса, ташхис қўйиш тадбирларининг тартибини, ҳажми ва таркибини белгилашда индивидуаллаштирилган бўлиши керак.

Асосий талаблар қуйидагилардан иборат:

1) қабулхонада ички қон кетиши мавжуд бўлган ёки бунга шубҳа булган бемор биринчи навбатда жаррох томонидан кўрилади;

2) дарҳол қон босими, томир уриш тезлиги аниқланиб, анамнез йиғилади, физикал текширувлар ва албатта тўғри ичакни бармоқ билан текшириш амалга оширилади;

3) қондаги эритроцитлар, гемоглобин миқдорини, гематокрит, ПТИ, АЮҚМ, қон гуруҳи, резус-омиллар аниқланади. Бунда 10 мл қон кейинги гемотрансфузияларгача совутгичда сақланиши лозим. Қон қуйилиш фаолиятининг ўткир бузилишига шубҳа бўлган ҳолларда жаррохлик ва жонлантириш тадбирларига навбатчи гематологлар гуруҳи ҳам жалб қилинади;

4) 45 ёшдан ошган миждозларга ЭКГ қилиш лозим;

5) ёндош касалликлар бор-йўқлигига қарамасдан меъда-ичак йўлидан қон кетиши мавжуд бўлган беморлар фақат жаррохлик бўлимларига (кўрсатмалар бўлса жонлантириш бўлимига ёки жадал даволаш хоналарига) ётқизилади;

6) бўлимда навбатчи жаррох беморнинг шикоятлари билан танишиб, анамнез йиғиши шарт. Негаки, анамнез маълумотлари агар қон кетиши биринчи бор бўлаётган бўлса, 30-35% ҳолларда, агар қайталаниш бўлса, 50-60% ҳолларда тўғри ташхис қўйиш имконини беради.

Даволаш-ташхислаш чора-тадбирлари орасида эндоскопия муҳим ўрин эгаллайди. Енгил ва ўрта оғирликда қон кетиш билан келган беморлар умумий бўлимда эндоскопия қилинадилар. Гемостазнинг турғунлигига қараб уларга кейинчалик ёки консерватив даво ўтказилади, ёки операция қилинади (шошилиш, тезкор, режали).

Оғир даражали қон йўқотиши бўлган беморлар тўғридан-тўғри жаррохлик жонлантириш бўлимига олиб келиниб, уларга бу ерда ташхисловчи (даволовчи) эндоскопия амалга оширилади. Унинг натижасидан келиб чиққан ҳолда операциянинг муддати белгиланади.

Ҳаёт учун хавфли бўлган давом шетувчи қон кетишида беморлар дарҳол операция хонасига юборилади. У ерда беморга жадал даволаш, йўқотилган қон ўрнини тўлдириш билан бир қаторда эндоскопик ташхислаш амалга оширилиб, қонни тўхтатишга ҳаракат қилинади. Аммо, қон кетиши муваффақиятли тўхтатилган тақдирда ҳам, агар, ката миқдорда қон йўқотилган бўлса, шошилиш операция амалга оширилади.

Меъда-ичак йўлидан қон кетиши

Таркиби:

- тасниф;
- қон кетиш мабалари;
- патогенез;
- текширув усуллари;
- ташхислаш босқичлари:
 - 1-босқич;
 - 2-босқич;
 - 3-босқич;
 - 4-босқич;
- яра касаллиги;
- меъда саратони;
- жигар циррози;
- даволаш тактикаси.

Тасниф:

1. ярадан қон кетиши – 50-60%;
2. меъда касалликлари – 30-40%;
3. бошқа касалликлар туфайли (қон, қора талоқ касалликлари) меъдадан қон кетиши – 3-5%;
4. ёлғон қон кетишлар (бурун, томоқ).

Касаллик манбалари:

I гуруҳ - III даражали саратон – 12%, яхши сифатлар – 3%, гастрит – 10%, Меллори-Вейс синдроми – 7%, жигар циррози – 6%, жарохатлар – 1%, куйишлар – 0,5%, дивертикуллар – 0,5%.

II - гуруҳ. Қон касалликлари (гемофилия, лейкоз, Верльгоф касаллиги), спленомегалия, Банти касаллиги, тромбофлебит, хафакон касаллиги, дорилар қабул қилиш (резерпин, салицилатлар, гормонлар, антикоагулянтлар), уремия, капилляротоксикоз, аневризма.

Механизмлари:

Яра касаллиги: жадаллашув, дистрофия, некроз, яра тешилиши, томирлар парчаланиши.

Меъда саратони: экспансив ўсиш, озикланишнинг бузилиши, парчаланиш, томирлар шикастланиши.

Эрозив гастрит: стресс, адреналин чиқиши, томирлар торайиши, ўчоқли некроз, емирилиш, эрозиялар, яралар.

Меллори-Вейс синдроми: гастрит, кўп овқатланиш, ўзга касалликлар → қайт қилиш, кардия ва диафрагманинг зўриқиши, шиллиқ қават ва мушаклар ёрилиши → қон кетиш.

Веналар варикози:

Жигар циррози ва портал қамал, гипертензия, веноз коллатераллар, тугун ёрилиши, қон қуйилиши.

Яхши сифатли ўсмалар: ўсиш, озиқланиш бузилиши, парчалиниш, қон кетиш.

Жароҳатлар: тўқима ва томирлар шикастланиши, қон кетиши, гемостазда меъда ширасининг ўрни.

Куйишлар: қаватлар некрози, пўстлоқ пайдо бўлиши, некротик массалар қўчиши, томирлар яланғочланиши, 3-10- кунга келиб қон кетиш.

Дивертикуллар: димланиш, таъсирланиш, яллиғланиш, некроз+емирилиш, қон кетиш.

Гемофилия: антигемофил омилнинг етишмовчилиги, қон қуйилмаслиги+емирилиш.

Верльгоф касаллиги: гиперспленизм, тромбоцитлар парчаланиши, капиллярлар ўзгариши, қон кетиши, некроз, қўчиш.

Патогенез:

1. Қон йўқотиш, гемодинамиканинг бузилиши, гипоксия, дистрофия, тузилиш ва фаолият бузилиши, қон кетиши, $V=20-50\% \rightarrow$ ўлим.

2. суюқлик қайта тақсимланиши: тўқима ва ҳужайралардан $\rightarrow$ қон томир оқимига. АЮҚЎ - гемодилюция (суюлиш).

3. алмашинув бузилиши (сув, электролит, оксил, ёғ, углеводлар).

4. метаболизм бузилиши (гликолиз, фаол энергия алмашинуви, қон айланишининг марказлашуви).

5. қон парчаланиши оқибатидаги маҳсулотлар билан организмнинг захарланиши: азотемия, ҳарорат ошиши, яллиғланиш синдроми.

Компенсация механизмлари:

- томирлар торайиши, захирадаги қоннинг чиқиши;
- юрак уриш сонининг ўзгариши;
- нафас олиш сонининг ўзгариши;
- гемодилюция;
- гепоз ва гемостазнинг кучайиши;
- метаболизм ўзгариши - АЮҚЎ камайиши;
- томирлар торайиши, АБ нинг меъёрлашуви, қон кетиш, гемостазнинг кучайиши, қон кетишнинг тўхташи.

Қон кетиши

- компенсацияланган – 10% гача;
- субкомпенсацияланган – 20-25% гача;
- декомпенсацияланган – 30% гача;
- ўлимга олиб келувчи – 30-50%.

Гемотенезис - қон билан қайт қилиш.

Текширув усуллари:

Қон: Эр, Нб, Нт, Z, ЭЧТ – ошиши, Тр – камайиши, протромбин – камайиши ёки меъёрда, қон куйилиши, фибринолизнинг кучайиши, лахтанинг қайта эриши, қон кетиш давомийлиги.

Фарқланади:

- кўп миқдор (профуз) – 2л;
- ўртача – 0,7-1,3 л;
- кам миқдор – 0,5 л гача;
- микро қон кетиш.

Қон кетиш тезлиги (v) ни аниқлаш:

$v = \text{умумий қон йўқотиш} / \text{қон йўқотиш вақти};$

- тез – 300 мл/соат дан юқори;
- секинроқ - 100-300 мл/соатгача;
- секин – 100 мл/соатдан кам.

Зондлаш:

Қон кетиш давом этмоқдами?

R-скопия – манба 70-75% ҳолларда аниқланади.

ЭГДФС – манба, жойлашуви.

R-скопия+ ЭГДФС – 97% аниқланади.

Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш.

Целиакография.

Радиоизотоп текшируви.

Ташхислаш босқичлари:

Вазифалар:

- йўқотилган ҳажми, гемостаз, манба (локализация, ҳолати);
- қон кетиш тезлиги;
- асосий касаллик босқичи;
- компенсацияланганлик даражаси.

Ташхис шошиличилиги:

- ҳаёт учун хавфлилиги;
- компенсациянинг издан чиқиши мумкинлиги;
- қон кетишнинг қайтарилиш хавфи → ўлим;
- кеч даво бошланиши - шубҳали натижа.

Ташхислаш ишончилиги:

Патологик ва компенсатор реакцияларнинг қўшилиши.

I босқич - қон кетиш борми?

- қайт қилиш, ич келиши ҳақида ёлғон маълумотлар;
- амнез (қайт қилиш, нажас, асосий касаллик);

- иккиламчи белгилар (бош айланиши, ҳолсизлик, тери оқариши, хушдан кетишлар).

- Юрак фаолиятининг бузилиши (юрак уриш сони, АБ, веноз босим, тонлар (қаттиқ));

- Зондлаш: қон тавсифи;

- тўғри ичакни текшириш;

- қон: Эр, Нб, Нт, АЮҚХ, йўқотилган қон ҳажми ва қон йўқотиш тезлигини аниқлаш.

II босқич - қон кетиш қаердан (меъда ёки бошқа соҳадан).

- Бурундан, оғиздан, халқумдан – анамнез, кўрик;

- хиқилдоқдан, анамнез, йўталли овоз.

III босқич – меъда касалликлариға боғлиқ бўлмаган меъдадан қон кетишнинг фарқлари:

- гемофилия (анамнез, давомийлиги);

- Верльгоф касаллиги;

- Лейкоз, спленомегалия;

- Капилляротоксикоз (захарланиш, тошма, боғлам белгиси, ФГДС);

- хафақон касаллиги;

- дори воситалариға боғлиқ;

- уремик.

IV – индивидуал аниқлаш.

ЯРА КАСАЛЛИГИ

- анамнез, хуруж, иккиламчи белгилар, нажас ва қусук махсули билан қон ажралиши, гемодинамиканинг ўзгариши, маҳаллий пайпаслаш оғриқли, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, меъдани зондлаш, АЮҚХ, йўқотилган қон ҳажми ва тезлигини аниқлаш, R-скопия, ФГДС, лапароскопия.

Вазифани ечиш

- қон йўқотиш оғирлиги: АЮҚ, йўқотилган қон ҳажми ва тезлигини аниқлаш;

- манба: R-скопия, ФГДС;

- гемостаз: зондлаш, ФГДС, Нб, Нт.

КЛИНИК ГУРУХЛАР:

1. кўп ёки ўртача миқдорда давом этаётган;

2. кўп ёки ўртача миқдорда такрорланаётган;

3. кўп ёки ўртача миқдорда тўхтаган;

4. сезиларсиз (давом этаётган, такрорланаётган, тўхтаган).

Шалимов, Березов, Стручковларнинг таснифларидан афзаллиги:

- Компенсация реакцияларининг инобатга олиниши;
- Кузатув давомида баҳолаш;
- Ташхисни объективлаштириш.

Таъхиснинг таркибий қисмлари:

- Яра касаллиги;
- Жойлашуви, ҳолати;
- қон кетиши (клиник гуруҳ, йўқотилган қон ҳажми).

МЕЪДА САРАТОНИ

Кичик белгилар, жадаллашув, иккиламчи белгилар, қон ажралиши, гематологик ва гематодинамик силжишлар, ўсмалар ва метастазларнинг жойлашуви, тўғри ичакни текшириш, АЮҚХ, йўқотилган қон ҳажми ва тезлигини аниқлаш, зондлаш, R-скопия, ФГДС, биопсия.

Таъхиснинг таркибий қисмлари:

- ўсма;
- жойлашуви;
- қон кетиши (клиник гуруҳ, йўқотилган қон ҳажми).

ЖИГАР КАСАЛЛИГИ

Таъхиснинг таркибий қисмлари:

- портал қамалнинг тури;
- портал гипертензия;
- варикоз веналардан қон кетиши;
- клиник гуруҳ, йўқотилган қон ҳажми;
- жигарни пункция қилиш;
- гиперспленизм.

ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

А. шифокор томонидан:

• ташхислаш масалаларини ҳал қилиш: қон кетиш меъдаданми, ёки бошқа манбаларданми?

- Гемостатик даво, гемодинамикани қайта тиклаш;
- ўриндош даво, шифохонага ётқизиш.

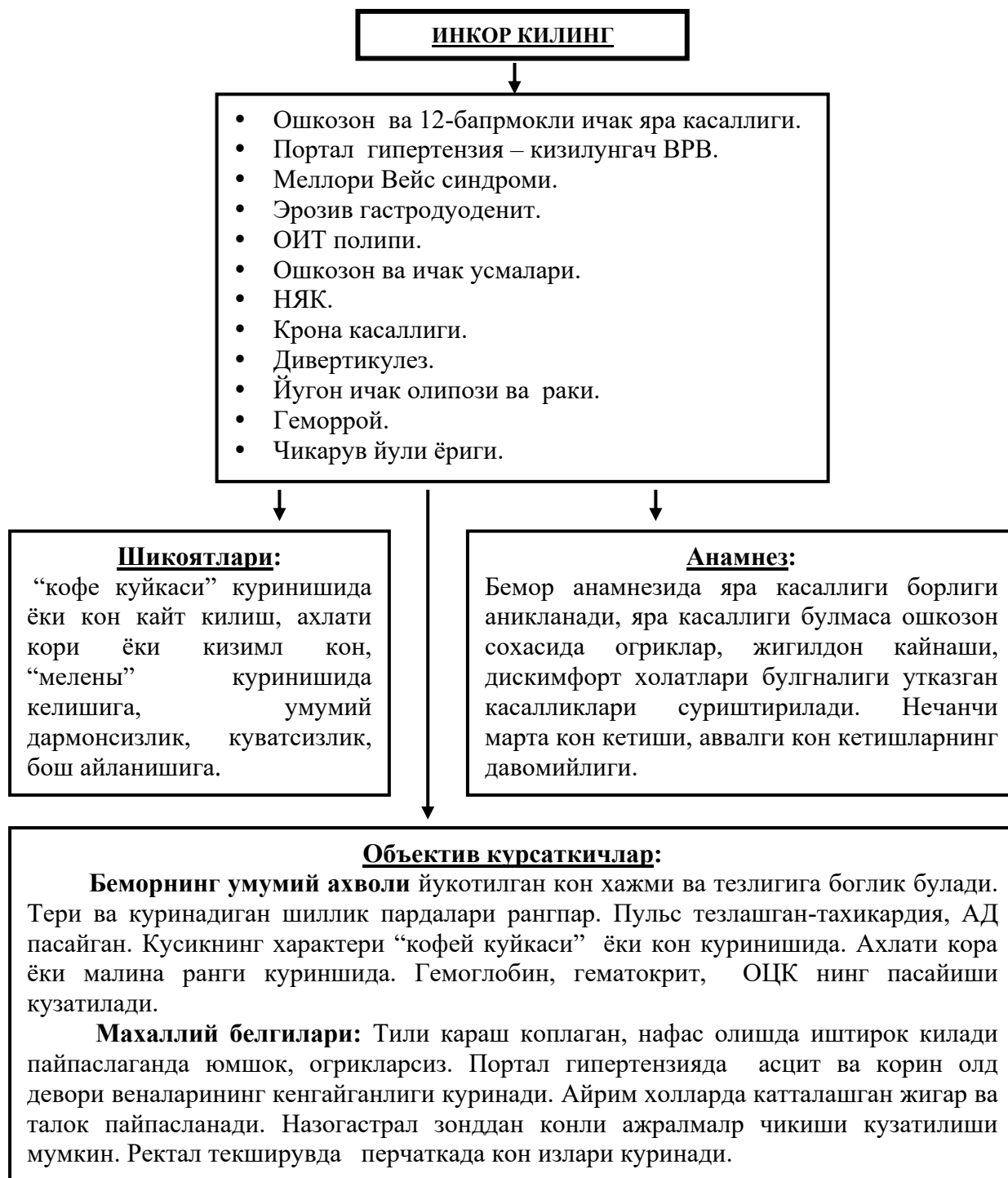
Б. жарроҳ томонидан:

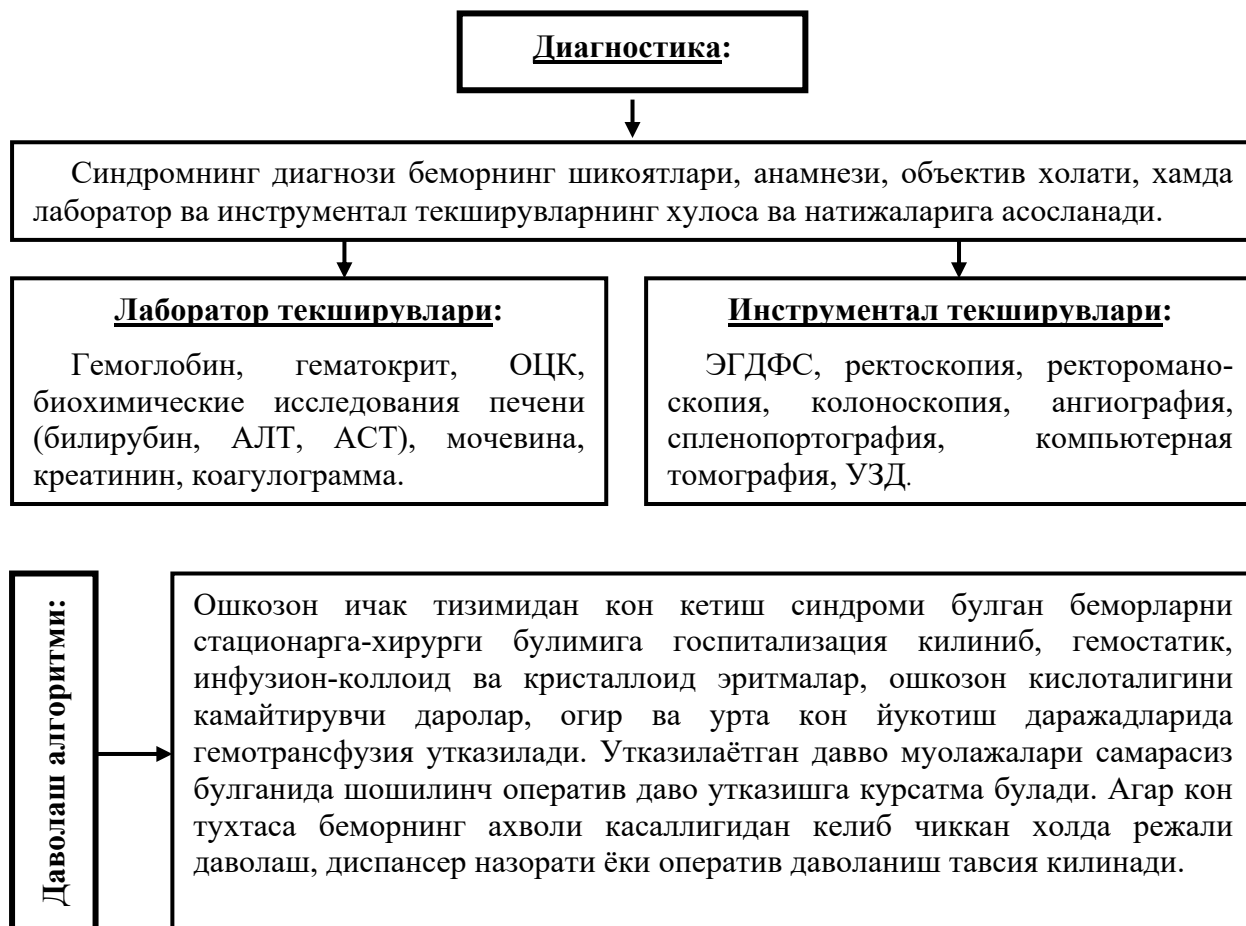
- шошилиш шифохонага ётқизиш;
- мажмуавий даво+текшириш (1-24 соат);
- ташхисга боғлиқ ҳолда даво услубини танлаш.

Беморда ошқозон ичак тизимидан қон кетаётганлигини билиш учун сизга куп нарсаси керак эмас. Сизнинг диққат эътиборингиз, бармогингиз ва назогастрал зонднинг узи кифоя қилади. Қон кетиши борлигини

аниклаганингиздан сунг, сиз кейинги ҳаракатларингизни куйидаги алгоритм асосида давом эттиришингиз мумкин.

ОШКОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН КОН КЕТИШ СИНДРОМИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ





Даволаш принциплари.

Ошқозон ичак тизимидан кон кетиш ҳолатларидаги хирургик тактика ҳозирги кунгача катта муаммони ташкил килиб келади.. Асосан икки хил тактика мавжуд. 1-актив тактика, кон кетишнинг чуққисида операция килиш, 2- кутиш тактикаси, бунда дори-дармонлар билан кон тухтатилиб, 10-14 кунига операцияга олиш амалга оширилади. Кон кетишнинг чуққиксида оператив даво факат консерватив даволар самарасиз (6-8 соаит давомида) булган холлардагина бажарилади.

Бизнинг клиника актив диагностик тактика томонида туради. Гастродуоденал кон окиши булган хамма беморлар унинг кучи ва даражасидан катъий назар, кечаю-кундуз, шошитлинч ёрдам курсатиадиган хирургия булимларига ётқизилади Бизлар ошқозон ичак тизимидан кон кетиш билан келтирилган беморни интенсив даволаш палатасига госпитализация киламиз, геморргаик шок ҳолатидан чиқариш учу фаол счора-тадбирларни ишга соламиз. Ахволи стабиллашгач шошилинич ЭГДФС утказамиз. Диагностика билан бир вақтнинг узида эндоскопияни даволаш учун хзам куллаймиз. Агар қонаётган кон томирнинг диаметри 2 мм ва ундан

катта булиб актив кон кетаётган булса беомрни зудлик билан операцияга оламиз. Чунки бундай катталикдаги кон томирлар кончерватив муолажалар ёрдамида тухтамайди.

Кон йукотишининг оғир даражасида актив кон окадиган беморлар, ёши катта улгайган ва кекса одамлар реанимацион булимга ёки интенсив терапия палатасига ёткизилишлари лозим. Бу ерда куйидаги диагностик ва даволаш; умров ости венасини катетерлаш ЦВД ни улчаш; меъдани зондлаш уни совук сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш, феракрил юбориш; шошилишч ЭГДФС; оксигенотерапия; кардиотерапия, кон йукотиш даражасини аниклаш, ивиш ва ивишга карши системаларни назорат килиб турган холда гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун кон ивиш хусусиятини оширадиган ва кон окаётган сохадаги кон окимини камайтирадиган дори-дармонлар кулланилади:

1. курук ва натив плазма 20-30 млдан хар 4 соатда булиб булиб юборилади.
2. 1% викасол эритмасини суткасига 2 мл гача мушак орасига юбориш мумкин.
3. 1% ли кальций хлорид эритмасини вена ичига юбориш.
4. Кон урнинни босувчи дорилар порлиглукин, стабизол.
5. 5% эпсилон аминоккапрон кислотали эритмасини 100-200 мл дан хар 5-6 соат да юбориш.
6. Кон ивиш ситемасини яхшиловчипрепаратлар дицинон, этамзилат натрий.
7. H₂-блокаторлари – зантак, квамател инъекцион формалари кулланилади.

Бундан ташкари симптоматик даво олиб борилади. Классик даво принциплари тинч холат, очлик, совук хозирги кунгача уз ахамиятини саклаб колган. Беморларга тинч холат берилгач ошкозон ун икки бармокли ичак сохасига муз халта куйилади ва юкоридаги даволаш ишлари жадал суратлар битлан олиб борилади.

Ошкозонга урнатилган зондни 2 суткагача ушлаб давомли кон кетаётганлигини назорат килиб туриш мумкин. Бунинг учун беморга хар соатда 100 мл совук сув берилиб доимо аспирация килиниб туради. Чикаётган суюклик рангига караб давомли кон кетиш бор ёки йуклиги хакида фикр юритиш мумкин булади. Кон кетиш белгилари батамом тугагач беморга Мейленграхт диетаси – оз оздан совук холда юмшок таомлаорни истеъмол килиб туриш мумкин булади.

Кон йукотишнинг оғир холатларида беморга кон ва унинг компонентларини трансфузия килиш лозим булади. Утказилаётган инфузион трнасфузион давонинг асосий принципи йукотилган кон урнини хажми, сифати ва вакти буйича тулдириш лозим.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетиш кон ивиш тизимида узига хо узгаришлар кузатилади. Кон ивиш вакти деярли икки баравар кискаради 40-50% беморларда. Плазманинг геперинга толерантлиги 45% га ортади.

Умуман олганда тромботест гиперкоагуляция ҳолати ҳақида гувоҳлик беради.

Утказилаётган даво чора тадбирлари наф бермаса беморга оператив даво тавсия қилинади. Операцияга курсатма тухтаётган кон кетиш бўлади.

Ошкозон-ичак тизимидан кон кетаётганда бажариладиган операция турлари

Ошкозон-ичак тизимидан кон кетаётган вақтда пайсалга солмай эндоскоп билан текшириб қуриш ана шу органдан кон кетиб турган маҳалларда жаррохнинг қандай йул тутиши кераклигини аниқлаб олишга, кон кетиши даворм этиб турган бўлса, фурсатни қўлдан бой бермай, касални ҳавф-хатардан қутқаришга ва кон тухтаб қолган бўлса, уринсиз операция қилмасликка имкон беради.

Меъда ва ичакда кон бор йўқлигини билш учун лапаротомия қилиниб, бу органлар қўздан кечириб текширилиб чиқилади. Меъдани қўздан кечириш вақтида сероз парданинг томирлари қонга тулиб турган жойлари, маҳаллий томирлар инъекцияси, яра жарёни туфайли юзага келадиган оқиш рангли чузиқ чандиклар бор-йўқлигига алоҳида аҳамият бериш керак, Меъда ва ун икки бармок ичак деворини икки бармок уртасида пайпаслаб қуриш зичлашган, инфильтрацияланган жойларни топишга имкон беради. Диагноза аниқ бўлмаган ҳолларда пилорусдан сал қочириб туриб, узунасига гастротомия қилинади. Меъдадаги шира ва қонни суриб олиб ташланганидан кейин унинг шиллик пардасини синчиклаб қўздан кечириб чиқиш учун катта қўзғу ва илюминатор зонд киритилади. Кон кетиётган жойни аниқлаш қийин бўлса ун икки бармок ичак шираси суриб олинган кейин унга доқа иампон солиб қурилади. Тампон рангининг узғариб қолишига қўра қоннинг қаердан кетаётганини бирмунча аниқроқ қилиб билиб олишга ёрдам бериш мумкин. Меъданинг қардия бўлимини айниқса синчиклаб қўздан кечириш ва пайпаслаб қуриш керак.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетиши сабабли операция бажарилганида кон кетиш манбаи ёки яра, усма ва бирор патологик ҳолатга ҳос белгилар аниқланмайди.

Бундай вазиятларда лапаротомиянинг узи ҳам ошкозондаги кон айланишини қамайтириб кон кетиш манбаини топишга қийинчиликке тўғдириши мумкин. Бундай ҳолатларда интраоперацион эндоскопия ёки қенг гастродуоденотомия қилиш лозим бўлади. Шиллик қавати ревизиясида Старцл қойдасидан фойдаланиш мумкин: ошкозон катта эгрлиги бўйлаб мобилизацияқилинганидан сўнг қенг гастротомик яра орқали шиллик қавати юза томонига уғирилади тўпфер биолан орқа деморидан итариб ёрдам берилади. Шунда ҳам етарли қуриш имқони бўлмаса катта қўзғулар қардиал томонига қуйилиб ревизия қилинади, дистал томонга пилорик жом орқали Фарабеф қўзғуларини ишлатиш мумкин. Топилган манба ва беморнинг умумий аҳволини ҳисобга олиб турли хил ҳажмда операцияларни бажариш мумкин бўлади.

1. Радикал операциялар:

- ошкозон яра касаллиги
- ошкозон ва ун икки бармок ичак ярасининг бирга булиши
- 2. шартли радикал:
 - операция хавфи юкори булган беморларда
 - хамрох касалликлари булган беморларда
 - карияларда.
- 3. паллиатив операциялар карияларда
 - кон кетишнинг чуққисида оғир ва кекса беморларда, бемор хаётини саклаб қолишга қаратилган бўлади.

Аудитория билан қайта алоқа боғлаш учун саволлар:

1. ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдроми хақида тушунча.
2. ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдроми сабаблари
3. ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдромининг диагностикаси
4. беморларга биринчи ёрдам қурсатиш (госпитализация этапида)
5. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдроми клиникаси ва дифференциал диагностикаси.
6. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдроми даволаш тактикаси.
7. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдромининг консерватив давоси.
8. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдромида операцияга курсатма ва характери.
9. операциядан сунгги даврни олиб бориш, беморларнинг реабилитацияси.

Муаммоли савол: ошкозон ичак тизимидан кетётган канчалик жиддий?

Умуман олганда кон кетаётган томирнинг диаметри канчалик катта булса, кон кетишнинг узича тухташи шунчалик кийин ва сизнинг ёрдамингиз шунчалик тезроқ керак бўлади. Ошкозон ичак тизимидан кон кетётган ебеморларни 3 гуруҳга булиш мумкин. Биринчиси албатта “енгил”, учинчиси эса “оғир, куп микдорда, профуз” кон йукотган беморлар. Биринчи гуруҳ беморлар сизнинг ёрдамингизсиз ҳам яхши булиб кетишлари мумкин. Учинчи гуруҳ беморлари эса, сизнинг тезкор хатти-ҳаракатларингизги қарамасдан нобуд булишлари мумкин. Уртадаги иккинчи гуруҳ беморлар эса диагностика ва даво масалаларида муаммолироқ ва шу гуруҳдаги беморлар сизнинг ёрдамингиз натижасида яхшиланишлари мумкин.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетётган беморда нималарга биринчи галда эътибор қаратиш лозим?

- Назогастрал зонддан чиққан ёки қайд қилинган кон қуриниши (кофе қуйқасисимон, узгармаган кон) қандай?
- Утугри ичакдан келиган кон қанака ? (суюқ қора, шаклланган қора...)
- Гемодинамик узгаришдар қузатилдими?
- Кон кетиш оғирлигини тасдиқловчи лаборатор курсаткичлар борми (Hb/Ht ?)

Бундан ташкари беморларнинг ёши катта ахамиятга эга. Ёши катта беморлар (60 дан катта) давомли кон кетишларни ёмон утказадилар.

Артериал кон босим ва пульс нисбатан алдамчи курсаткич, чунки улар доимо йукотилган кон микдорига тугри келавермайди. Бир марта текширилган коннинг клиник анализи ҳам йукотилган кон ва давомли кон кетиш хакида тулик маълумот бермайди. Динамик кузатувда гемоглобин ва эритроцитлар микдорининг камайиши билан бир вақтда лейкоцитларнинг ошиши кон ктиш ва унинг давом этаётганлигини билдиради. Маълум даражада гемокрит курсаткичи ҳам йукотилган кон хажми хакида маълумот бериши мумкин. Лекин у тухтаган кон кетиши ва стабилизацияланган гемодинамик ҳолатидагина ахамият касб этади.. Йукотилган кон хакидаги тулик маълумотни айланаётган кон хажми ва унинг компонентларини аниклаган ҳолатидагина билиш мумкин.

А.И. Горбашко 1974-82 й. глобуляр хажмнинг дефицитига кура кон кетишнинг уч даражаси тафовутланади:

1-даража – енгил кон йукотиш: умуй аҳоли коникарли, бир оз тахикардия – 100 тагача зарба минутига, АКБ - меъёрда, ЦВД 5-15 см сув уст., диурези камаймаган, гемоглобин - 100 г/л дан юкори, ОЦКнинг дефицити 20%, метаболик ацидоз йук.

2-даража – уртача кон йукотиш: умуй аҳоли урта оғирликда, тахикардия – 120 тагача зарба минутига, АКБ – 80 дан кам эмас, ЦВД 5 см сув уст дан кам эмас., бир оз олигоурия, гемоглобин – 80 - 100 г/л, ОЦКнинг дефицити 20дан 30% гача, компенсацияланган метаболик ацидоз.

3-даража – оғир кон йукотиш: умуй аҳоли оғир, пульс тахикардия – 120 тадан ортик минутига, АКБ - 80 мм. Сим. Уст дан паст, ЦВД - 0, олигоурия, Нв - 80 г/л дан кам, ОЦКнинг дефицити 30% дан ортик, метаболик ва нафас ацидоз.

Кон окишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тер ива шиллик пардаларнинг бузарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босимнинг пасийиши, коллапс ривожланиши мумкин. Кон кетишидан аввал беморлар ошқозон 12 бармокли ичак соҳаида огрикларнинг кучайганлигини, жигилдон кайнаши ҳоллари тез-тез руй бераётганлигини тафовутлашлари, кон кетиш бошланиши билан юкоридаги шикоятларнинг камайиши ёки йуқолишини таъкидлашади (Бергман симптоми). Гастродуоденал кон окишининг бош белгиларидан бири “кофе куйкасимон” ёки қирмизи кон рангли кон аралаш кайт қилиш булади. Кусук массаларининг характери буйича аксарият кон окиш манбаи тугрисида ҳулоса чиқариш мумкин. Қирмизи қизил кон ёки олча ранг ивинди манбат меъдада булган кон окиши учун, кофе куйкасига ухшаш кон манбаи ун икки бармок ичакдан кон окуиши учуён ҳос. Мул кон окишларда хаттодуоденал ярадан кон аралаш кон аралаш қусиш кузатилади эҳтимол. Меъдадан кон окишининг патогномоник белгиси мелена, айрим ҳолларда олча ранг ахлат булиши мумкин. Кон рангининг узғариши меъдадан гематин хлорид (яра касаллигида кислоталик норма лёки ошган) ҳосил булиши билан, мелена - ичакда гемоглобиналар темир сульфат ҳосил булиши билан боглик. Кўп кон

окиши меъданинг тез бушалиши билан перистальтикаси кучайишига ва кора рангли ёки кам узгарган кон аралаш булган бадбуй кўп суюк ич кетишига сабаб булиши мумкин.

Кон окиши бошланган вақтдан 2-3 сутка утгач беморларда гавда харорати кон парчаланиши махсулотларининг ичакдан сурилиши хисобига кутарилиши кайд килинади. Жигар-буйрак етишмовчилиги руй бериши эҳтимол.

Кон окиши бошланишининг дастлабки соатларида ва хатто суткаларида кизил кон курсаткичларининг урганиш хакикий узгаришларини ва кон йукотилишини акс эттирмайди. Шунга кура гемоглобин, эритроцит курсаткичлари эмас, балки ОЦК, глобуляр хажм танкислиги (ГХ) ни ҳам динамикада урганиш лозим.

Кон окиши сабабининг дифференциал диагностика килишда хозир шошилишч ЭГДФС катта ахамият берилади. Биринчм марта эндоскопик усулларни куллаш 1900 йилларда пайдо булган. XX асрнинг 20 йиллари урталарига келиб ошкозон ичак тизимидан кон кетган беморларда эндоскопия усуллари кулланила бошлади. Лекин аппаратларнинг юмшок эгилувчан булмаганлоиги сабабли кенг кулланилмади. Кейинчалик юмшок эгилувчан эндоскопларнинг пайдо булиши окибатида ЭГДФС кон кетишларда асоий диагностик курол булиб колди. Унинг диагностик кобилияти 75-98% ташкил килади. Ушбу текширув усулини утказишга Карши курсатма булиб беморнинг агонал холати булади, чунки бунда текширув натижаси беморнинг даволаш тактиткасини, такдирини узгартиролмайди. Ошкозон ичак тизимидан кон кетган беморларда бундай текширув утказишдан аввал ошкозонни совук сув билан ювиш лозим шундагина эндоскопит кон кетиш манбаини кура олади. Акс холда кон куйкалари ичидан манбана аниклай олмайди.

ЭГДФС диагностика билан бир вақтда даволаш усули ҳам хисобланади. 1971 йилларда конаётган ярани эндоскоп оркали диатермокоагуляция килиш харакатлари булди ва ижобий натижаларга олиб келди. Бундан ташкари илм-фаннинг ривожлоаниши натижасида лазер аппаратлари ҳам кон тухтатиш учун кулланила бошлади. Бунда YAG-неодим лазерлари яхши самара берди, чунки уларнинг тулкин узунлиги (1064 нм) эритроцит, гемоглобинлар томонидан купрок ютилар – гемостатик натижалари юкори булар экан. Бундан ташкари лазер нурини эгилувчан оптика билан эндоскоп оркали бевосита кон кетаётган сохага олиб бориш мумкин булади.

Хозирги кунда дунё буйича пептик яралардан кон кетганда **Forrest** классификацияси (1974) кенг кулланилмоқда.

Forrest I – актив кон кетиш

I а – пульсацияланган

I в – сизиб чикаётган

Forrest II

II а - куришиб турган конамаётган, тромбланган томир

II в – фиксацияланган тормб, -кон ивиги.

II с – кора текис дог (яранинг кора туби).

Forrest III – туби тоза (ок) яра

Эндоскопик гемостаз утказиш учун фаол артериал ва веноз кон кетишлар, ҳамда рецидив булиши хавфи юкори булган ҳолатлар курсатма булади.

Кундалик амалиётда эндоскопик инъекцион гемостаз методи ҳам кенг тарқалган. Бунда кон тухташи механик эзиш, кон томир торай-тириши, тромб ҳосил булишини кучайтириш ҳисобига юзага келади. Инъекция учун адреналин ва гипертоник эритмаларнинг 1:5 нисбатда 5 млдан 15 млгача ишлатилади. Эндоскопнинг биопсия учун ажратилган канали орқали инъектор уйказилади. Игна билан шиллик кават остига яра периметри буйлаб кон кетиши тулик тухтагунча инъекция қилинади. Ҳосил булган шиш 2-3 сутка давомида сакланиб туради. Инъекцион усул билан 96,2% беомрларда кон тухтатиш амалга ошириш имкони булади.

Ҳозирги замонавий эндоскоп аппаратлари диагностика билан бир вақтда, факат вақтинчалик эмас балки батамом кон тухтатиш имконин беради, беморларни катта операциялардан саклаб қолади.

Эндоскопик усуллардан ташқари рентгенологик усуллар ҳам мавжуд булиб, улар нисбатан кам маълумот беради кон кетиш манбаи ҳақида.

Ошқозон ичак тизимидан кон кетиш синдроми кузатилганида кон томир касалликларин ёддан чиқармаслик лозим булади. Купинча артериалл гипертонияси, атеросклероз булган беморларда кон кетиш ҳолатлари юзага келиши мумкин. Улар купинча ёши катта, кекса беморлар булишини назарда тутсак зудлик билан ёрдам курсатиш каата аҳамият касб қилади.

Амалиётда навбатчи жаррох олдида портал гипертензия ҳисобига юзага келган варикоз кенгай кизилунгач веналаридан профуз кон кетиши катта муаммолар тугдиради. Чунки бунда беморда тусатдан профуз кон кетиш ҳолати булиб врачлар беморларни тезда йукотиб қуйишлари мумкин. Бундай беморлар шифохонанинг интенсив даволаш палаталари ёки реанимация бўлимларига ётқизилгач Блекмор зонди урнатилади. Бу зонд одатдаги назогастрал зонддан ошқозон ва ун икки бармокли ичакларда шишириб қолдириладиган баллонлари мавжудлиги билан фарқланади. Шиширилган баллонлар кон томирларни қисиб механик тарзда кон кетишнинг олдини олишади. Варикоз кенгайган кизилунгач веналаридан кон кетганда гемостатик дорилар билан бир вақтда питуитрин ва соматостатиннинг синтетик аналоги сандостатиннинг яхши самара билан қулланилиши эътиборга лойик булмоқда. Адабиётларда келтирилишича сандостатин тахминан 30%га портал системадаги босимни камайтирар экан.

Турли хил кон касалликлари ҳзам ошқозон ичак тизимидан кон кетиш билан намоён булишлари мумкин. Бунда джагност қуйиш учун коннинг умумий таҳлили, коагулограммаларидага узгшаришлар катта аҳамиятга эга булади.

Бемордан анамнез йигилаётган вақтда албатта бирор дори ичган ёки ичмаганлигига (салицилатлар, гормонал дорилар), ахлатини қорайтирадиганга (активланган қумир) ургу бериш лозим. Овқатланганида

кизил рангли озиклар (кизил лавлаги) исьтемом килганига эътибор бериш лозим.

Яна эътиборли томони шундаки 4,2-12% холларда яра перфорацияси ва кон кетиш холати бирга келиши мумкин. Бунда бемор ахлати кора рангда булиши билан бир каторда унг кобирга ёйи остида кучли огриклар булганлигини такидлайди.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

1. Внутренние болезни: Учебник/ Ф.И. Комаров, В.Г. Кулес, А.С. Сметнев и др.; под редакцией Ф.И. Комарова, М.: “Медицина”, 1990 г.
2. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С. Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Спб.: Питер, 2001. 568 с.
3. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина, 1984. 192 с.
4. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г. И. Руководство по клинической эндоскопии. М.: Медицина, 1985. 543 с.
5. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. М.: РМАПО, 2000. 48 с.
6. Федоров Е.Д., Плахов Р.В., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. Эндоскопический гемостаз с использованием аргонплазменной коагуляции при острых желудочно-кишечных кровотечениях: первый клинический опыт// Клиническая эндоскопия. 2003. № 1. С. 12-15.
7. Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Жерлов Г.К. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутripеченочной портальной гипертензией. Новосибирск: Наука, 2003. 348 с.
8. Шайн М. “Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии 2003. 70 с.
9. Шалимов А.А., В.Ф. Саенко. Хирургия пищеварительного тракта Киев: “Здоров’я”, 1987 г.
10. ИНТЕРНЕТ маълумотлари.