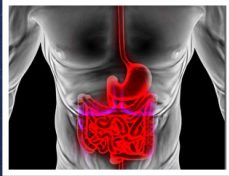


Azərbaycan  
Respublikası  
Səhiyyə  
Nazirliyi

**KƏSKİN MƏDƏ-BAĞIRSAQ  
QANAXMALARININ  
DİAQNOSTİKA VƏ  
MÜALİCƏSİ  
ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL**  
(2-ci nəşr, yenilənmiş)



Bakı  
2023

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin  
Elmi-Tibbi Şurasının 23 may 2022-ci il tarixli  
09 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**KƏSKİN MƏDƏ-BAĞIRSAQ  
QANAXMALARININ  
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ  
KLİNİK PROTOKOL  
(2-ci nəşr, yenilənmiş)**

**Bakı - 2023**

616.33-005.1

K 59

K 59 Kəskin mədə-bağırsaq qanaxmalarının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş).  
B., 2023. – 40 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Kəskin mədə-bağırsaq qanaxmalarının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yenilənmiş variantıdır

***Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:***

Rauf Ağayev M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru, Azərbaycan Tibb Universitetinin II Cərrahi xəstəlikləri kafedrasının müdiri, tibb elmləri doktoru, professor

İlham Kazımov M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi katibi, tibb elmləri doktoru

Şəlalə Həsənova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

İradə Abasova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru

***Rəyçi:***

Elçin Ağayev Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahlıq və anesteziologiya kafedrasının müdiri, tibb elmləri doktoru, professor



## İxtisarlarnın siyahısı

<b>12 bb</b>	12 barmaq bağırsaq
<b>A/T</b>	arterial təzyiq
<b>AMB</b>	aşağı mədə-bağırsaq
<b>AMBQ</b>	aşağı mədə bağırsaq qanaxmaları
<b>APK</b>	arqon plazma kooqulyasiya
<b>BÇ</b>	böyrək çatışmazlığı
<b>BOAK</b>	birbaşa oral antikoqulyantlar
<b>DBDM</b>	düz bağırsağın digital müayinəsi
<b>DQBDY</b>	diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı
<b>DQH</b>	dövr edən qanın həcmi
<b>EBL</b>	Endoskopik Band Liqasiyası
<b>Eİ</b>	etibarlı interval ( <i>CI - confidence interval</i> )
<b>EKQ</b>	Elektrokardioqrafiya
<b>EM</b>	endoskopik müayinə
<b>Hb</b>	hemoqlobin
<b>Ht</b>	hematokrit
<b>İTT</b>	infuzion-transfuzion terapiya
<b>KMBQ</b>	kəskin mədə-bağırsaq qanaxmaları
<b>KT</b>	kompüter tomoqrafiyası
<b>QSiƏ</b>	qeyri-steroid iltihab əleyhinə
<b>QSiƏP</b>	qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar
<b>MBQ</b>	mədə-bağırsaq qanaxmaları
<b>MBT</b>	mədə-bağırsaq traktı
<b>MVT</b>	mərkəzi venoz təzyiq
<b>NQZ</b>	nazoqastral zond
<b>PCO<sub>2</sub></b>	karbon-dioksidin qanda parsial təzyiqi
<b>PH</b>	qanın turşu-qələvi müvazinəti
<b>PO<sub>2</sub></b>	oksigenin qanda parsial təzyiqi
<b>PPI</b>	proton pompa inhibitoru

<b>PS</b>	proktoskopiya
<b>PV</b>	proksimal vaqotomiya.
<b>RKT</b>	randomizə olunmuş klinik tədqiqatlar
<b>RS</b>	riqid siqmoidoskopiya
<b>SQT</b>	sistolik qan təzyiqi
<b>SPV</b>	selektiv proksimal vaqotomiya
<b>USM</b>	ultrasəs müayinəsi
<b>ÜİX</b>	ürəyin işemik xəstəliyi
<b>ÜÇ</b>	ürək çatışmazlığı
<b>ÜVT</b>	ürək vurğularının tezliyi
<b>YMB</b>	yuxarı mədə-bağirsaq
<b>YMBQ</b>	yuxarı mədə-bağirsaq qanaxması

**Protokol** ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində çalışan həkimlər, reanimatoloqlar, cərrahlar, qastronteroloqlar, endoskopistlər üçün nəzərdə tutulmuşdur.

**Pasiyent qrupu:** Kəskin mədə-bağirsaq qanaxmaları olan böyük yaşlı şəxslər. Protokolda 14 yaşınadək olan uşaqlar nəzərə alınmamışdır.

**Protokolun məqsədi** müasir sübutlu təbabətdə qəbul edilmiş tövsiyələrdən istifadə etməklə kəskin mədə-bağirsaq qanaxmalarının diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsidir.

## ÜMUMİ MÜDDƏALAR

**Kəskin mədə-bağirsaq qanaxmaları** xora və qeyri-xora mənşəli olmaqla, qida borusu, mədə və 12 barmaq bağırsağın (12bb), pankreatobiliar sistemin, nazik və yoğun bağırsağın patologiyaları, həmçinin sistem xəstəlikləri səbəbindən bu üzvlərin boşluğuna qanın qısa müddət ərzində toplanması nəticəsində orqanizmdə kəskin hemodinamik pozuntularına səbəb olan ciddi ağırlaşmadır.

### Bəzi terminlərin tərifı

- ▶ **Yuxarı mədə bağırsaq sistemi qanaxmaları** Treyts bağından proksimal, aşağı mədə bağırsaq sistemi qanaxmaları isə bu bağıdan distal tərəfdə (nazik və yoğun bağırsaqlar) yerləşən orqanlarda olan patologiyalar nəticəsində baş verən qanaxmalar hesab edilir.
- ▶ **Hematemezis** (qırmızı qan və ya qəhvə çöküntüsü rəngində qusma) – yuxarı MBQ zamanı qanaxmanın əsasən Treyts bağından yuxarı proksimal hissədə baş verməsinə işarə edir. Bu al qanla qarışıq və ya qəhvə çöküntüsü şəklində qusuntunun olmasıdır. Bu simptom həmçinin otorinofaringeal patologiyalar zamanı baş verən qanaxmalarda da müşahidə olunur. Al-qırmızı rəngli qusuntu qanaxmanın qida borusu, mədə səviyyəsində olduğunu göstərir. Qırmızı qanla qusma daha çox orta və ya ağır dərəcəli davam edən qanaxmanın əlamətidir. Lakin, qəhvə-rəngli möhtəviyyatla qusma daha çox məhdud qanaxmaya işarə edir. Hematemezis zamanı ölüm göstəricisi melena zamanı olduğundan daha yüksəkdir. Adətən xroniki gastro-intestinal xəstəliklərdə baş verən qanaxmalarda qusuntunun rəngi qəhvə rəngində olur. Belə ki, mədə boşluğunda toplanan qanın tərkibində olan hemoqlobin mədə turşuluğunun təsiri ilə hematinə çevrilir ki, bu da qusuntu kütləsinə qəhvə rəngi verir. Pilorusdan distal tərəfə yerləşən patologiyalarda isə əksər hallarda hematemezis deyil, melena müşahidə olunur. Duodeno-qastral refluyuksu olan xəstələrdə 12 b.b qanaxma zamanı hematemezis də ola bilər.
- ▶ **Melena** – mədə-bağırsaq qanaxmaları zamanı müşahidə olunan qara rəngli, yapışqan, qətranabənzər, yumşaq konsistensiyalı nəcis ifrazıdır. Həzm traktına 50 ml qan daxil olubsa, bu zaman melena müşahidə edilir. Əgər mədə-bağırsaq yoluna tökülən qanın həcmi 1000 ml olmuşdursa, onda melena minimum 5 gün qeyd edilir.

Hematemezis müşahidə olunmayan xəstədə melena təyin edilə bilər. Bu əsasən Treyts bağından distal hissədə baş verən qanaxmadan irəli gəlir (90% hallarda), Melena müxtəlif dərəcəli qanaxma nəticəsində baş verə bilər. Bəzi hallarda 50 ml qan da melenaya səbəb ola bilər.

- ▶ **Gizli qanaxma (okkult qanaxma)** – mədə-bağırsaq sisteminin xroniki xəstəliklərində müşahidə olunur. Bu qanaxma *Quaiac* testi ilə aşkarlanır.
- ▶ **Hematokeziya – yoğun bağırsaq qanaxmalarında təmiz və ya dəyişilmiş qanın düz bağırsaqdan xaric olmasıdır.** Bəzən mədə-bağırsaq yolunun yuxarı şöbələrinin və nazik bağırsağın profuz qanaxmalarında müşahidə edilə bilər.
- ▶ **Qanlı diareya** – MBT-nin yuxarı şöbələrinin (mədə və nazik bağırsağın polip və anqioidisplaziyalarının (Delafua, Randyu–Veber-Osler xəstəlikləri), yoğun bağırsağın patologiyalarında (polip, divertikulyoz və s) kəskin profuz qanaxmaları zamanı qanın bağırsaq divarını qıcıqlandırdığı üçün gün ərzində hemorragik şokla bərabər təkrarlı (sutkada 5-10 dəfə) qanlı duru nəcis ifrazı müşahidə olunur.
- ▶ **Hemobiliya** – xarici və daxili öd yollarından qanaxmadır. Bu zaman melena ilə yanaşı xəstədə mexaniki sarılıq əlamətləri də müşahidə olunur.
- ▶ **Hipovolemiya** – orqanizmdə dövr edən qan həcmnin (DQH) azalmasıdır. Bu qeyri-adekvat diastolik təzyiq nəticəsində ürək vurğusunun və perfuziyanın azalması ilə nəticələnir. Hipovolemiyanın kliniki markerləri - ümumi zəiflik, başgicəllənmə, hipotoniya, taxikardiya, hipotermiya, dəri səthinin avazımasıdır.
- ▶ **Varikozlar** – qaraciyər xəstəlikləri zamanı əsasən qida borusu, nadir hallarda isə mədə və digər şöbələrin anomal genişlənmiş venalarıdır. Bu zaman baş verən qanaxma xəstənin həyatı üçün böyük təhlükə törədir. Varikozun ölçüsü və qanaxmaya meyilliyi portal hipertenziyanın səviyyəsindən birbaşa asılıdır. Böyük ölçülü varikozlar qanaxmaya daha meyilli olurlar.
- ▶ **Şok** – qan dövrəni çatışmazlığı ilə əlaqədar olaraq toxumaların oksigenlə təchizatının qeyri-adekvat olması, total hipoperfuziya və toxuma hipoksiyası nəticəsində yaranan haldır.

- ▶ **Ortostatik kollaps (ortostatik hipotenziya)** – bədənin vəziyyətinin (yerinin) birdən birə dəyişməsi (horizontal vəziyyətdən vertikal vəziyyətə keçid) zamanı arterial təzyiqin aşağı düşməsi səbəbindən baş beyinə qan axını azalır və xəstədə başgicəllənmə, bəzən isə huşun itməsi (ürəkətmə) müşahidə olunur.
- ▶ **Ezofaqogastroduodenoskopiya** – qida borusu, mədə və 12b.b-in fibroskopla endovizual müayinəsidir.
- ▶ **Kolonoskopiya** – yoğun bağırsağın fibroskopla endovizual müayinəsidir.
- ▶ **Mədədaxili ph-metriya** – MBT-nin turşuluğunun təyini üçün aparılan diaqnostik üsuldur.
- ▶ **Skleroterapiya** – damar büzüşdürücü dərmanların (sklerozantların) qanayan damarın ətrafına və ya birbaşa mənfəzinə yeridilməsi ilə qanaxmanın dayandırılmasıdır.
- ▶ **Koaqulyasiya** – qanayan damarın müxtəlif üsullarla yandırılaraq mənfəzinin pıxtalaşdırılaraq tutulmasıdır.
- ▶ **Embolizasiya (emboloterapiya)** – maloinvaziv endovaskulyar müdaxilə ilə qanayan damarın mənfəzinə xüsusi embollar (spirallar, gel-köpük, silindrlər, balonlar, lipiodol və s) yeridilərək qanayan damarın mənfəzi tıxanır.
- ▶ **Damarın malformasiyası** - arteriya, vena və ya hər ikisinin anormal birləşməsi nəticəsində patoloji şuntların və ya angiomaların əmələ gəlməsidir.
- ▶ **Çeşidləmə** – xəstələrin vəziyyətinin ağırlığından asılı olaraq onların qruplara bölünməsidir.

**Həzm sisteminin yuxarı və aşağı şöbələrindən qanaxmalarla bağlı ümumi müddəalar aşağıdakı kimi səciyyələnir:**

- ▶ MBQ bir çox xəstəliklərin təhlükəli ağırlaşması olduğundan onun təcili qaydada müalicəsi vacib sayılır;
- ▶ MBQ qanqusma və melena şəklində ortaya çıxır, kəskin anemiya, hemorragik şok, orqan çatmazlığı törədə bilər, qaraciyər (Qc) xəstələrində isə bununla yanaşı ensefalopatiyaya və hepatorenal sindroma səbəb ola bilər;
- ▶ Hemoqlobin (Hb) və hemotokritin (Ht) ilkin nəticəsi aldadıcı ola bilər, xəstənin düzgün hemoqlobin və hemotokriti hemodinamika sabitləşdikdən sonrakı göstəriciləridir.



## XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

**K 92.0** Qanlı qusma

**K 92.1** Melena

**K 92.2** Dəqiqləşdirilməmiş mədə-bağırsaq qanaxması

### KLİNİK TƏSNİFAT

MBQ yerinə, səbəbinə, qanaxma həcminə, ağırlıq dərəcəsinə və davam etməsinə görə təsnif edilir.

**Yerinə görə:** yuxarı qanaxmalar və aşağı qanaxmalar

- ✓ **Yuxarı qanaxmalar:** qida borusu, mədə, 12bb, öd yolları və pankreatik axardan qanaxma;
- ✓ **Aşağı qanaxmalar:** nazik bağırsaq, kor bağırsaq, çənbər bağırsaq, S-vari bağırsaq və düz bağırsaqdan qanaxma

**Xarakterinə görə:** kəskin, xroniki (gizli, okkult)

**Növünə görə:** arterial, venoz, kapilyar (qansızma)

**Rastgəlmə tezliyinə görə:** birincili, residiv (təkrar)

**Ağırlıq dərəcəsinə (qanitirmənin dərəcəsinə) görə:** yüngül, orta, ağır dərəcəli qanaxmalar təsnif olunur.

**Davam etməsinə görə:** dayanmış və davam edən qanaxma.

- ✓ **Dayanmış qanaxma:** Hemodinamika və hemoqlobin miqdarı stabil qalır, təkrar (davamlı) qanqusma və melena müşahidə edilmir.
- ✓ **Davam edən qanaxma:** Hemotransfuziya aparılmasına baxmayaraq:
  - Hb-nin yetərli səviyyədə artmaması (500 ml qan Hb-ni 1q/l, Ht-i 3 vahid artırır);
  - Hemodinamikanın stabilləşməməsi;
  - Qanqusma və melenanın təkrarlanması;
  - Endoskopik müayinədə davam edən qanaxma və ya təzə qan laxtası.

**Səbəbinə görə:** xora və qeyri-xora mənşəli qanaxma

- ✓ Xora mənşəli qanaxmalar:

- Mədə və 12bb-nin xora xəstəliyi;
- Mədə üzərində aparılan əməliyyatlardan sonra residiv və peptik xoralar;
- Simptomatik xora (stress, dərman, endokrin, yanıq və başqa mənşəli ikinci xoralar).
- ✓ Qeyri-xora mənşəli qanaxmalar:
  - Qida borusu, mədə və 12bb xəstəlikləri;
  - Eroziv-hemorragik gastroduodenit;
  - Mellori-Veys sindromu;
  - Zollinger Ellison sindromu
  - Mədə və 12bb şişləri (xoş və bədxassəli);
  - 12bb-in divertikulu;
  - Portal hipertenziya sindromu;
  - Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı (DQB DY), qida borusunun divertikulu, xoralı ezofagit;
  - Mexaniki zədələnmələr, yad cisimlər və s.;
  - Cərrahi və endoskopik müdaxilələrdən sonrakı qanaxmalar;
  - Qaraciyər, öd yolları və mədəaltı vəzin xəstəlikləri (travma, şişlər, sistlər, abseslər və destruktiv pankreatit);
  - Qan damarlarının xəstəliyi: Delafua sindromu (intramural arterio-venoz malformasiya), aorta və ya onun şaxələrinin anevrizması, kavernoza hemangioma, Randyu-Veber-Osler xəstəliyi (çox saylı teleangiektaziyalar), psevdoksantoma və s.;
  - Qan xəstəliyi: leykozlar, hemofiliya, Verloqof xəstəliyi, Şönleyn-Qenox xəstəliyi, pernisiyoz anemiya və s.;
  - Nazik və yoğun bağırsağın divertikulu və ya divertikulyozu;
  - Nazik və yoğun bağırsağın xoş və bədxassəli şişləri;
  - Kron xəstəliyi;
  - Qeyri-spesifik xoralı kolit;
  - Hemorroidal xəstəlik;
  - Nazik və yoğun bağırsağın angiodisplaziyaları
  - Sistem və başqa xəstəliklər: uremiya, amiloidoz.

MBQ zamanı təcili olaraq ilkin tədbirlər həyata keçirilir və hemodinamika stabiləşdirilir, qanaxma medikamentoz üsulla

dayandırılır. Nozoloji səbəbin sonrakı müalicəsi xəstənin vəziyyəti stabilləşdikdən sonra aparılır.

Qanaxmanın müalicəsi: “konservativ → endoskopik → cərrahi” ardıcılıqla həyata keçirilir. Cərrahi müalicə medikamentoz və endoskopik müalicələr effekt vermədikdə təcili şəkildə, əksər hallarda isə xəstənin vəziyyəti stabilləşdikdən sonra aparılır.

## **KMBQ-nin diaqnostika və müalicəsinin ümumi prinsipləri (Əlavə 1)**

KMBQ-nin diaqnostika və müalicəsində əsas məqsəd qanaxmanın dayandırılması, profilaktikası və effektiv müalicəsidir. Bunun üçün qanaxmanın yeri və səbəbinin təyini, anemiya və şokun korreksiyası və səbəbin aradan qaldırılması tədbirləri yerinə yetirilir.

Bu tədbirləri şərti olaraq üç ardıcıl mərhələdə ümumiləşdirmək olar:

**I mərhələ** – İlk tədbirlər: diaqnostika, ilkin yardım və medikamentoz hemostaz

**II mərhələ** – Qanaxmanın endoskopik və ya cərrahi üsulla effektiv dayandırılması

**III mərhələ** – Səbəbin aradan qaldırılması və ya ikincili profilaktikanın aparılması.

## **İLKİN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏ TƏDBİRLƏRİ**

### **Klinika**

Xəstə qəbul şöbəsində cərrah tərəfindən müayinə olunur, KMBQ faktı və ağırlıq dərəcəsi ilkin olaraq klinik əlamətlərə əsasən təyin edilir:

- ▶ Qan və ya qəhvə çöküntülü qusmanın (hematomezis) olması (vizual və ya anamnezində qeyd edilməklə)
- ▶ Qətranvarı nəcis ifrazı (melena) (anamnezində qeyd edilməklə yanaşı “*per rectum digital*” yoxlanılmaqla təsdiqini tapmalıdır)
- ▶ Kəskin qanitirmənin simptomokompleksi (başgicəllənmə, halsızlıq, qulaqlarda küy, göz qaralması, ürəkdöyünmə, soyuq tərbasma, dəri səthinin kəskin avazıması);

Vəziyyəti son dərəcə ağır olan xəstələrin ilkin müayinəsi və yardım göstərilməsi prosesinə cərrahla yanaşı reanimatoloq da cəlb

oluna bilər.

Hemodinamikası qeyri-stabil olan bütün xəstələr (şok, ortostatik hipotenziya) və ya aktiv davam edən qanaxması olan xəstələr (hematemezis, NQZ-dan gələn qırmızı qan və ya hematoxeziya) mütləq reanimasiya şöbəsində qəbul olunmalıdır. Bu xəstələrdə intensiv infuzion terapiya aparılmalı, onların qan təzyiqləri monitoring edilməli, EKQ monitoring olunmalı və nəbzın oksimetriyası və saturasiyanın, həmçinin diurezin (sidik kateterinin qoyulması ilə) izlənilməsi təmin edilməlidir. Digər daha stabil xəstələr adi tibbi palataya qəbul edilə bilər.

### **Görüləcək tədbirlər**

- ▶ Xəstə təcili olaraq stasionara qəbul edilir, reanimasiya şöbəsində yerləşdirilir, cərrah və reanimatoloqlar tərəfindən müayinə edilir.
- ▶ Əməliyyatxanaya təcili əməliyyatın aparılması ehtimalının olduğu barədə məlumat verilir.
- ▶ Xroniki qanaxmaları olan xəstələr isə cərrahi şöbəyə qəbul edilir, müayinə və müalicəsi planlı qaydada aparılır.

### **Təcili qaydada həyata keçirilən müayinə və müalicə tədbirləri**

- ▶ Kəskin MBQ əlamətləri ilə daxil olmuş xəstələrə ilkin olaraq rutin müayinələr, vəziyyəti stabilləşdikdən sonra ikincili – geniş müayinələr aparılır;
- ▶ Anamnezdə mədə-bağırsaq, qaraciyər, dalaq və hematoloji xəstəliklərin olması, antikoagulyant və qeyri-steroid iltihab əleyhinə (QSİƏ) dərmanların qəbulu dəqiqləşdirilir;
- ▶ Periferik, ehtiyac olarsa mərkəzi venalardan biri kateterizasiya olunur;
- ▶ Laborator müayinələr üçün qan götürülür (hemoqramma, qanın biokimyəvi analizi, koaguloqramma, virus testləri);
- ▶ Sidik kisəsi kateterizasiya olunur;
- ▶ Nazoqastral zond (NQZ) qoyulur;
- ▶ Proton pompa inhibitorlarından biri (omeprazol, pantoprazol, ezomeprazol və s.) parenteral – vena daxilinə təyin edilir; H<sub>2</sub>-histamin blokatorları (ranitidin, famotidin və s.) dəstəkləyici amil kimi təyin edilə bilər.

Duz turşusunun aqressiv təsirinin blokada edilməsi və turşu sekresiyasının azaldılması fibrinolizin qarşısını alaraq qanayan damarda trombun əmələ gəlməsini sürətləndirir. Bu baxımdan duz turşusunun sekresiyasının sürətlə və yüksək həddə aşağı salınması qanaxmanın dayanması üçün vacib amildir. Bundan başqa qanaxmanın erkən residivinin profilaktikası üçün mədədaxili pH 6.0-dan az olmaması çox əhəmiyyətlidir. Bu effekti proton pompa inhibitorları verir. PPI ilkin olaraq 80mg dozada birdəfəlik (*bolus injection*) 30 dəqiqə ərzində venadaxili yeridildikdən sonra 72 saat ərzində 6-8mg/saat dozada damcı şəklində venadaxili infuziya edilir. 3 gün sonra PPI 20-40mg/sutka dozada per os təyin edilir.

- ▶ Xəstələrə itirilmiş qanın həcminə, hemodinamik göstəricilərinə uyğun infuzion-transfuzion terapiya başlanılır. Hb <80 q/l və ya Ht <25% olan xəstələrə hemotransfuziya aparılır;

Hipovolemiyanın aradan qaldırılması, metabolik asidozun korreksiyası və oksigen təchizi mikrosirkulyasiyasının bərpası üçün təzə dondurulmuş plazma 10-15 ml/kg dozada 8-12 saatdan bir venadaxili infuziya şəklində yerinə yetirilir. Anemiyanın korreksiyası və toxumaların oksigenlə təchizinin yaxşılaşdırılması üçün adekvat dozada təzə eritrositar kütlə venadaxili infuziya edilir.

- ▶ Koaquloqrammanın göstəriciləri, xəstənin yaşı, yanaşı xəstəlikləri nəzərə alınmaqla hemostatik terapiya (vikasol, aminokapron turşusu, transamin, disinon, kalsium-xlor məhlulu, fibrinogen, trombositər kütlə və s.) fərqli tərkib və həcmdə aparıla bilər. Lakin bu preparatlar qanaxmanın dayanmasına birbaşa təsir etmir, əksinə yaşlı və yanaşı ürək-damar patologiyası olan xəstələrdə müxtəlif ağırlaşmalar verə bilərlər. Bu baxımdan yuxarıda sadalanan preparatların təyininə ehtiyatlı və ciddi göstəriş əsasında yanaşmaq lazımdır.
- ▶ Şəkər, elektrolit balansı, qanın qaz tərkibi (PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> və Ph) tənzimlənilir;
- ▶ Hemodinamik göstəricilər stabiləşdikdən sonra təcili endoskopiya müayinəsi edilir;
- ▶ Qarın boşluğunun US (dopler) müayinəsi aparılır;
- ▶ Xəstə hərtərəfli monitorinq nəzarətində saxlanılır (hemodinamika, Hb, Ht, tənəffüs, sidik ifrazı, NQZ-dən ifrazat, melena, huş və



digər əlamətlər), sonraki tədbirlər qanaxma mənbəyinin xarakterindən, qanaxmanın davam edib etməməsindən və qanıtırmənin dərəcəsinə asılı olaraq seçilir.

Növbətçi həkim (cərrah) endoskopik müayinədən sonra ilkin müayinədə Rockall şkalasının tam versiyasına (Cədvəl 2) uyğun olaraq MBQ-nın şiddətini Blatçford şkalası üzrə (Cədvəl 1) qiymətləndirir;

**Cədvəl 1. Blatçford Skalası**

<b>Əlamət</b>	<b>Bal</b>
<b>Qanda sidik cövhəri mmol/l</b>	
6.5-7.9	+2
8-9.9	+3
10,0-24,9	+4
>25	+6
<b>Kişilərdə hemoqlobin q.l</b>	
120-129	+1
119-100	+3
<100	+6
<b>Qadınlarda hemoqlobin q.l</b>	
100-119	+1
<100	+6
<b>Sistolik arterial təzyiq mm.civə.süt</b>	
100-109	+1
90-99	+2
<90	+3
<b>Digər əlamətlər</b>	
Nəbz dəqiqədə $\geq 100$	+1
Melena	+1
Huşun itirilməsi	+2
Qaraciyər xəstəlikləri	+2
Ürək çatmazlığı	+2

Ağır MBQ-ı üçün meyarlar (4 və ya daha çox əlamətin olması):

- ✓ Yaşın 60-dan yuxarı olması;
- ✓ Az dəyişmiş qanın təkrar qusulması ("qəhvə çöküntüsü" və ya melena);
- ✓ Kollaps, huşun itirilməsi;
- ✓ Ürək vurğularının tezliyi (ÜVT) > 120 dəqiqədə;
- ✓ Sistolik qan təzyiqi <100 mm Hg;
- ✓ Hemoglobinin konsentrasiyası (Hb) <100 q/l;
- ✓ Mədə borusu vasitəsilə dəyişməmiş qanın ("qəhvə çöküntüsü") daxil olması;
- ✓ Təcili tibbi tədbirlər tələb edən və ya xəstənin həyatı üçün birbaşa təhlükə yaradan sub və dekompensasiya mərhələsində müşayiət olunan xəstəliklərin olması;

Ağır olmayan MBQ-sı olan xəstənin əlavə müayinəsi və müalicəsi xəstəxananın təcili yardım otağında və cərrahiyyə şöbəsində aparılır. MBQ və xəstənin daşınma vəziyyəti təsdiq edildikdə, həkimin qərarı ilə sonrakı müayinə və müalicə növbətçi (cərrah) həkim tərəfindən təcili xəstəxanada həyata keçirilə bilər. Növbətçi həkimin (cərrahın) təyinatına əsasən növbətçi tibb bacısı aşağıdakıları həyata keçirir:

- ✓ laboratoriya müayinələri üçün qan nümunəsinin götürülməsi:
  - kliniki qan testi;
  - aktivləşdirilmiş qismən tromboplastin vaxtı (APTT), protrombin indeksi (PTI), fibrinogen, beynəlxalq normallaşdırılmış nisbət (INR) üçün qan (varfarin terapiyası göstərildikdə);
  - kalium, sidik cövhəri üçün, kreatinin üçün qan;
  - qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsinə göndərilməsi (hemodinamik pozğunluqlar olmadıqda);
  - EM-yə göndərilmə (qeyri-sabit hemodinamikası ilə dərhal, stabil hemodinamikası ilə 2 saat ərzində).

**Cədvəl 2. ROCKALL ŞKALASI**

<b>Komponent</b>	<b>BAL</b>			
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Yaş, illər	<60	60-79	≥80	
Şok, nəbz, dəqiqədə sistolik qan təzyiqi, mm Hg	Şok yoxdur <100 ≥100	Taxikardiya >100 ≥100	Hipotenziya <100 ≤100	
Yanaşı gedən patologiya yoxdur	Yoxdur	Ürəyin işemik xəstəliyi, ürək çatmazlığı, istənilən ağır patologiya		BÇ, QC, disseminasiya mərhələsində onkoloji patologiya
Diaqnoz	Mellori-Veys sindromu, identifikasiya olunmamış zədələnmələr, yenidən baş vermiş qanaxma əlaməti yoxdur	Bütün yerdə qalan diaqnozlar	Mədə-bağırsaq traktının yuxarı hissələrinin bədxassəli törəmələri	

Yenicə baş vermiş qanaxma əlamətləri	Yoxdur və ya yalnız “qara əsaslanma”dır		Mədə-bağırsaq traktının yuxarı hissələrinin mənfəzində qan, fiksə olunmuş qan laxtası, görünən damar və ya aktiv qanaxma	
<b>Ümumi balın qiymətləndirilməsi:</b> 0-2: minimal təkrarlanma riski <6%, ölüm <2%. 3-7: yüksək təkrarlanma riski <40%, ölüm <40%. ≥ 8: ağır xəstələr, residiv riski ≥40%, ölüm ≥40%.				

### **Kəskin qanitmənin dərəcəsinin qiymətləndirilməsi**

**I dərəcə** – yüngül qanitmə: xəstənin ümumi vəziyyəti kafidir, zəif taxikardiya (100 vuruş/dəq.), A/T – normaya yaxın, Hb – 100 q/l, mərkəzi venoz təzyiq (MVT) – 5-15 mm su st, diurez azalmayıb, DQH-nin defisiti – 20%-ə qədər, metabolik asidoz yoxdur.

**II dərəcə** - II orta dərəcədə qanitmə: xəstənin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqda, nəbz – 120 vuruş/dəq, sistolik A/T – 80 mm c.süt-dan aşağı olmur, Hb – 100-80 q/l, DQH-nin defisiti – 20-29%, zəif oliquriya, kompensə olunan metabolik asidoz.

**III dərəcə** - ağır qanitmə: xəstənin vəziyyəti ağırdır; nəbz – 120 vuruş/dəqiqədən yuxarı, A/T – 80 mm c.süt-dan aşağı, MVT – 0, oliquriya, Hb – 80 q/l-dən az, DQH-nin defisiti – 30% və çox, metabolik və respirator asidoz

### Cədvəl 3. Amerika cərrahlar kollegiyasının qanıtirmə klassifikasiyası (R.Z.Marino 1998)

Sınıf	Kliniki simptomlar	Qanıtirmə həcmi
I	Ortostatik taxikardiya	18
II	Ortostatik hipotenziya	20-25
III	Horizontal vəziyyətdə arterial hipotenziya, oliquriya	30-40
IV	Huşun pozulması, kollaps	30-40

Bu dərəcələri (sınıfləri) dəqiqləşdirmək üçün xəstədə ortostatik testlər etmək lazımdır:

1-ci dərəcə (sınıf) üçün hər hansı simptomların olmaması, yalnız ortostatik taxikardiya, üfuqi vəziyyətdən şaquli vəziyyətə keçid zamanı nəbzın 20 vuru/dəqiqə artması xarakterdir.

2-ci sinifdə (dərəcə) DQH-nin defisiti 20-25% təşkil edir. A/T üfuqi vəziyyətdən şaquli vəziyyətə keçid zamanı 15 mm c. st. və daha çox aşağı düşür. Üfuqi vəziyyətdə A/T ya normallaşır ya da az miqdarda aşağı olur.

3-cü sinifdə DQH-nin defisiti 30-40% olur. Üfuqi vəziyyətdə arterial hipotenziya və oliquriya (400 ml/sutkadan az) müşahidə olunur.

4-cü dərəcə qanıtirmədə xəstələr kollapsda, çox aşağı A/T-də olurlar. Huş alaqsızlıq, bəzən komatoz hal qeyd olunur, DQH-nin defisiti 40%-dən çox olur.

### Cədvəl 4. İnfuzion-transfuzion terapiya (İTT)

Qan axmanın ağırlığı	İTT-nin həcmi ml/kq	Kristalloidlə r%	Sintetik kolloidlər%	Qan preparatlar 1%
Yüngül	10	100	-	-
Orta ağır	30	65	15	20
Ağır	60	50	20	30 və artıq

Dövran edən qan həcmnin (DQH) çatışmazlığı 6 saat ərzində 60-70%, birinci günün sonunda isə tamamilə bərpa olunmalıdır. Hemodinamik pozğunluqların korreksiyası mərhələsində İTT vəsaitlərinin təxmini həcmi və nisbəti:



- ▶ İTT kristalloid məhlullarla başlamalıdır (*Cədvəl 4*);
- ▶ Effekt olmadıqda sintetik kolloid plazma əvəzediciləri 800-1000 ml-ə qədər (10-14 ml/kq) təyin edilir;
- ▶ Göstərilən plazma əvəzediciləri ilə terapiyanın səmərəsizliyi 5-15 mq/kq hidrokortizon dozasında qlükokortikosteroidlərin (QKS) təyin edilməsinə göstərişdir;
- ▶ Kütləvi qan itkisindən sonra dövr edən qanın həcmnin bərpasının adekvatlığının meyarları: sistolik qan təzyiqinin səviyyəsi 80-100 mm c.st,mərkəzi venoz təzyiqin dəyəri 12 sm su.st-dan çox olmaması,sidik çıxış sürətinin 40 ml / saatdan az olmaması, SaO<sub>2</sub>>95%
- ▶ Hipovolemiya zamanı kristalloid məhlulların və kolloid plazma əvəzedicilərinin infuziyası fonunda qan təzyiqi sabitləşdikdən sonra hemo- və plazmaköçürmə aparılır;
- ▶ Normovolemiya zamanı qanköçürmə üçün göstəriş hemoqlobinin konsentrasiyasının 70-90 q/l-dən aşağı düşməsi və ya hemik hipoksiya əlamətlərinin olmasıdır (birlikdə gedən patologiyanın şiddətini, yaş həddini və yanaşı xəstəlikləri nəzərə alaraq);
- ▶ Trombositlərin sayı 50x10<sup>9</sup>/l-dən az olan qanaxma zamanı trombosit konsentratının köçürülməsi lazımdır;
- ▶ Koaqulopatiyanın korreksiyası endoskopik müalicəni gecikdirməməlidir;
- ▶ Bu əlamətlərdən biri olduqda təzə dondurulmuş plazmanın köçürülməsi lazımdır: fibrinogen 1 q/l-dən az olması, APTT, PTI və ya INR-in normanın yuxarı həddini 1,5 dəfədən çox üstələməsi
- ▶ Protrombin kompleksi konsentratı varfarin qəbul edən xəstələrdə davamlı qanaxmalarda istifadə olunur;
- ▶ Yuxarıda göstərilən üsullar səmərəsiz olarsa, rekombinant VIIa amilindən istifadə etmək üçün kollegial qərar qəbul edilə bilər.

### **Eradikasiya terapiyası**

- ▶ Xoralı MBQ olan xəstələr *H.pylori*-nin olub-olmaması üçün sitoloji və ya ureaza üsulu ilə müayinə edilməlidir;
- ▶ Təcili şəraitdə aparılan müayinənin nəticəsi mənfi olduqda, *H.pylori* üçün test təkrarlanmalıdır;
- ▶ *H.pylori* aşkar edilərsə, eradikasiya terapiyası aparılmalıdır: terapevtik dozalarda (omeprazol və yaesomeprazol 40 mq/gün)

PPİ-lərə əlavə olaraq gündə 2 dəfə klaritromisin 500 mq və amoksosillin 1000 mq gündə 2 dəfə 14 günə qədər (ambulator şəraitdə həyata keçirilə bilər);

- ▶ Xəstəxanadan çıxdıqdan sonra ambulator əsasda eradikasiyanın effektivliyinin məcburi təsdiqi (eradikasiya terapiyası başa çatdıqdan sonra ən azı 4 həftə)

### **Qidalanma, xəstəxanada yatış müddəti**

- ▶ Endoskopik müayinənin nəticələrinə görə təkrarlanan qanaxma riski aşağı olan xəstələr onun başa çatmasından sonra ilk 24 saat ərzində qidalanmağa başlaya bilərlər;
- ▶ Bal Blatchford şkalası üzrə 6-dan və ya Rockall şkalasının tam versiyası üzrə 3-dən az olarsa, erkən evə yazılma müzakirə edilə bilər.
- ▶ yüksək riskli əlamətlərə görə endoskopik hemostazdan keçmiş xəstələrin əksəriyyəti əməliyyat başa çatdıqdan sonra ən azı 72 saat xəstəxanada qalmalıdır;

Qanitirmənin dərəcəsini qiymətləndirməklə yanaşı xəstədə təcili fibroezofaqogastroduodenoskopiya (FEQDS) yerinə yetirilir.

FEQDS ilə qanaxmanın səbəbi, lokalizasiyası, davam etməsi və ya dayanması, hemostazın etibarlı və ya etibarsız olması müəyyən edilir.

### **FEQDS-ə mütləq əks-göstərişlər:**

- ✓ xəstənin aqonal (terminal) vəziyyətdə olması;
- ✓ qida borusunun daralma ilə olan xəstəlikləri (qida borusunun çapıq strikturası);
- ✓ xəstənin manipulasiyadan qəti imtina etməsi (alınmış iltizamnamə ilə təsdiq edilməlidir).

### **FEQDS-ə nisbi əks göstərişlər:**

- ✓ Miokard infarktı (kəskin mərhələ);
- ✓ Beyin qan dövrəsinin kəskin pozulması;
- ✓ Kəskin ürək-damar və ağ ciyər çatışmazlığı (III dərəcə);
- ✓ Psixi pozğunluq;
- ✓ Aortanın böyük ölçülü anevrizması.

Kəskin yuxarı MB qanaxmasında yuxarı endoskopiya ən yaxşı diaqnostik müayinə metodudur. Yuxarı MB sistemində qanaxma

mənbələrinin təyin edilməsində endoskopiya yüksək həssaslığa və spesifikliyə malikdir. Bununla yanaşı, qanaxma mənbəyi müəyyən olunduqda, terapeutik endoskopiya vasitəsilə qanaxma dayandırıla bilər (hemostaz) və əksər xəstələrdə təkrar qanaxmanın profilaktikasına nail olmaq olar. Kəskin yuxarı MB qanaxması olan xəstələrdə erkən endoskopiya (24 saat ərzində) tövsiyə edilir. Peptik xorası olan xəstələrdə endoskopik tapıntılar Forrest təsnifatına əsasən təsvir edilir. Patoloji ocağın endoskopik görüntüsü endoskopik terapiya ilə müalicəsi mümkün olacaq ocaqları təyin etməyə imkan verir.

Mədənin içindəkiləri, o cümlədən, qalmış qanı təmizləmək üçün endoskopiya əvvəl mədənin fizioloji məhlulla lavajı aparıla bilər. Lakin iriqasiyaya baxmayaraq mədədə olan qan səbəbindən mədənin vizualizasiyası çətin ola bilər və diaqnozun qoyulmasına və/və ya terapeutik maneənin aparılmasına maneə yarada bilər. Qanaxması spontan dayanmış xəstələrdə ikinci dəfə aparılmış endoskopiya diaqnozun və hemostazın dayanıqlı olmasının təsdiqlənməsi üçün tələb oluna bilər.

**Endoskopiyanın riskləri** – yuxarı endoskopiyanın risklərinə aşağıdakılar daxildir: aspirasiya, sedasiyanın yan təsiri, perforasiya və terapeutik müdaxilə zamanı artan qanaxma. Endoskopiyanın aparılmasında öncə xəstələr hemodinamik cəhətdən stabiləşdirilməlidir. Xəstələrin hemodinamik cəhətdən stabil olması tələb olunmasına baxmayaraq, araşdırmalara görə təhlükəsiz endoskopiya üçün xəstələrin hematokritlərinin normal olması tələb olunmur. Mülayim və orta dərəcəli antikoagulyasiya olunmuş xəstələrdə də endoskopik müayinə nisbətən təhlükəsiz hesab edilir. Araşdırmalara görə, endoskopiya nəticəsində mortalite və ürək-damar ağırlaşmaları baxımından hematokriti <30-dan aşağı və yuxarı olan xəstələrdə heç bir fərqlər müəyyən edilməmişdir. Eyni zamanda, İNR normal olan xəstələrlə müqayisədə yüksək İNR olan (tədqiqatda İNR 1.3-2.7 arası olub) xəstələrdə endoskopiya təkrar qanaxma, cərrahi müdaxilənin və qan tranfuziyasının tələb olunması, mortalite və ya hospitalizasiya müddəti baxımından heç bir əhəmiyyətli fərqlər müəyyən edilməmişdir. Beləliklə, həmin tədqiqatın nəticələri yalnız mülayim və orta dərəcədə antikoagulyasiya olunmuş və/və ya İNR-1

1.3-2.7 arası olan xəstələrə şamil oluna bilər. Digər araşdırmalardan məlum olmuşdur ki, yaxınlarda miokardın infarktı keçirmiş xəstələrdə endoskopiya daha çox ağırlaşmalarla müşahidə olunmuşdur. Bu ağırlaşmalar sırasında respirator çatışmazlı, ölümə nəticələnən mədəciklərin aritmiyası və mülayim hipotenziya müşahidə olunub.

**Digər diaqnostik testlər** – Kəskin yuxarı MB qanaxmasında istifadə edilən digər testlərə qarın aortasının visseral şaxələrinin (yuxarı çöz, qastroduodenal, dalaq və sol mədə arteriyaları) selektiv angiografiyası və nişanlanmış qırmızı qan hüceyrələri ilə skanerləmə aiddir ki, bu testlər aktiv qanaxmanı müəyyənləşdirə bilər. Kəskin yuxarı MB qanaxması bariumlə yuxarı MB rentgenoskopiyasına əks göstəriş hesab edilir. Buna səbəb isə bariumlə aparılan rentgenoskopiyadan sonra endoskopiya, angiografiya və ya cərrahi müdaxilə xeyli problematik və çətinləşmiş olur. Hematoxeziyası olan və yuxarı MB endoskopiyası neqativ nəticələr vermiş xəstələrdə kolonoskopiyanın aparılması labüddür. Həmçinin melenası olan və yuxarı endoskopiyası neqativ nəticə vermiş xəstələrdə də kolonoskopiya çox zaman aparılır ki, sağ tərəfli yoğun bağırsağ qanaxması istisna edilsin. Qeyd etmək lazımdır ki, sağ tərəfli yoğun bağırsağ qanaxması melena ilə müşahidə oluna bilər.

Nazik bağırsağ qanaxmalarında FQDS və kolonoskopiya qeyri-effektivdir. Bu halda imkan şəraitində kapsula endoskopiya və ya balon-assistent enteroskopiya effektiv üsul sayıla bilər.

**Kapsula endoskopiya**- videokamara ilə təchiz olunmuş xüsusi kapsulanın köməyi ilə xəstənin per os qəbulundan sonra nazik və yoğun bağırsağın visual müayinəsidir.

**Balon-assistent enteroskopiya** - sərt uzun enteroskoplə, hava və ya maye ilə doldurula bilən boru-tubusla təchiz edilmiş xüsusi aparat sistemi ilə nazik bağırsağın visual müayinəsidir. Aparatın digər üstünlüyü ondan ibarətdir ki, ehtiyac olduğu halda qanaxma mənbəyinə müxtəlif üsullarla (koaqulyasiya, skleroterapiya, klipslənmə) endoskopik müdaxilə etmək mümkündür.

Situasiyadan asılı olaraq qanayan damarın embolizasiyası və ya 2-6 gün müddətində vazopressin yeritmək məqsədi ilə angiografik kateterin saxlanması məsləhət görülür.

Mədə-bağırsağın rentgen-kontrast müayinəsi, KT yalnız qanaxma dayandıqdan sonra aparıla bilər (əgər ehtiyac olarsa).

# **QANAXMANIN DAYANMASI VƏ DAVAM ETMƏSİNDƏN ASILI OLARAQ APARILAN ÜMUMİ DİAQNOSTİK MÜALİCƏ TƏDBİRLƏRİ**

## **A. Qanaxma dayanıb**

### **Diaqnoz endoskopik olaraq müəyyən olunub:**

- ▶ Əgər qanaxma mədə və ya 12bb-da müəyyən edilibsə, bu zaman Forrest təsnifatı ilə hemostaz dəyərləndirilir. FEQDS-də müalicəvi endoskopiya istifadə etmək lazımdır. Bunun üçün hemostaz endoskopik klipslənmə və ya sklerozlaşdırma ilə aparılır. Sklerozlaşdırma adrenalin (1:10 000), 98% etanol-novokain qarışığı, NaCl-un hipertonic məhlulu, 1-2% etoksisklerolla aparıla bilər. FQDS zamanı hemostatik, antasid, yaxud proton pompa inhibitorları təyin olunmaqla mədə möhtəviyyatının Ph-nı 5,0-6,0 səviyyəsində saxlamaq lazımdır.
- ▶ Mədənin stress xoraları və ya eroziv-hemorragik gastrit zamanı böyük dozada antasid dərman preparatları təyin edilməklə yanaşı, hemostatik və etiologiyaya qarşı (sepsis, yanığ, xora, travma şoku) müalicə aparılır, selikli qişanı qıcıqlandıran preparatlar təyinatdan çıxarılır.
- ▶ Əgər davam edən və ya dayanmış qanaxmanın səbəbi portal hipertenziya, qida borusunun və ya mədənin varikoz genişlənmiş venalarındırsa, onda varikoz venalar endoskopik olaraq lateks həlqələrlə bağlanır və ya qanayan varikozlar 1-2%-li etoksisklerol preparatı ilə sklerozlaşdırılır. Cərrahın göstərişi olarsa xəstə planlı olaraq porto-kaval şuntlama və ya qaraciyər transplantasiyasına, mümkün olmadıqda isə Patsiora əməliyyatına hazırlanır.

Yoğun bağırsağın divertikulyar və ya angiodisplastik qanaxmalarında daha çox aşağıdakı manipulyasiyalar effekt verir:

- ✓ selektiv kateterizasiya ilə vazopressinin arteriyadaxili yeridilməsi;
- ✓ qanayan bağırsağ arteriyasının kateterlə endo vaskulyar embolizasiyası;
- ✓ divertikulun qanayan nahiyəsinin arqon-plazma-; elektro- və ya lazerlə koagulyasiyası;
- ✓ skleroterapiya.



Qanaxma residivində endoskopik hemostaz təkrar yerinə yetirilməlidir, sonrakı (növbəti) qanaxma residivində transarterial embolizasiya və ya cərrahi əməliyyat icra edilməlidir.

## **B. Qanaxma dayanıb**

### **Endoskopiya zamanı qanaxma mənbəyi dəqiqləşdirilməyib:**

- ▶ DQH bərpa olunur. Nazoqastral zond mədədə saxlanılır və xəstə dinamik müşahidəyə götürülür (qanaxma təkrarlana bilər)
- ▶ Qanaxma mənbəyini dəqiqləşdirmək üçün nişanlanmış eritrositlərlə radioizotop müayinəsi və selektiv angiografiya yerinə yetirilir.
- ▶ Bu manipulyasiya ağır pankreatit və ya qarının travması zamanı (hemobilya) mütləq yerinə yetirilməlidir
- ▶ Aorto-femoral şuntlama və ya digər damarların protezləşməsi əməliyyatı keçirmiş xəstələrdə transplantat və nazik bağırsağ arasında yarana bilən fistuladan qanaxmaları inkar etmək üçün selektiv angiografiya qanaxma mənbəyini aşkar etməzsə laparotomiya məsləhətdir.
- ▶ Nazoqastral zond vasitəsi ilə mədə möhtəviyyatı aspirasiya olunur və bu, vaxtında təkrar qanaxma diaqnozunun qoyulmasına imkan verir. Vaxtaşırı mədə möhtəviyyatının pH-ı təyin edilir. Zondan mədəyə pH-ı 5,0-6,0 səviyyəsində saxlamaq üçün antasidlər, venadaxili H<sub>2</sub>-blokator (zantak və ya kvamatel 20-40 mq), proton pompa inhibitoru (pantoprazol və ya ezomeprazol 30 mq və ya 40 mq) təyin olunur
- ▶ Qanıtirmə bərpa olunduqdan sonra, hemotransfuziya dayandırılır, lakin İTT davam etdirilir. A/T və nəbzın dəyişməsi (hipotoniya və taxikardiya), aspirasiya olunmuş mədə möhtəviyyatında qanın olması, bağırsağ peristaltikasının artması (auskultativ), melena və Ht, Hb-nin aşağı düşməsi – qanaxmanın residivinə dəlalət edə bilər
- ▶ Qanaxmanın dayanmasına tam əminlik olduqda nazoqastral zond çıxarılır, antasid dərmanlarla müalicə davam etdirilir. Yataq rejimi saxlanılır. Xəstə azı 72 saat qida qəbul etməməlidir, sonradan xüsusi pəhriz (Meylenqraxt pəhrizi) təyin olunur. Diaqnozdan asılı olaraq xəstə planlı surətdə əməliyyat oluna bilər.

### **C. Qanaxma davam edir.**

Əgər endoskopik olaraq qanaxma mənbəyi dəqiqləşibsə, qanaxma endoskopik diatermokoaqulyasiyanın (mono və ya bipolyar) endoskopik skleroterapiya ilə kombinasiyası vasitəsilə dayandırılır.

### **Qida borusunun varikoz genəlmiş venalarından qanaxma**

Bu qanaxmalarda əsas tədbir qanaxmanın endoskopik yolla dayandırılmasıdır. Medikamentoz və endoskopik hemostaz (skleroterapiya) ilk seçimdir. Bu mümkün olmadıqda lateks həlqələrlə varikoz venaların endoskopik liqasiyası icra edilir.

Medikamentoz terapiyanın əsasını qarındaxili damar təzyiqini aşağı salan preparatlar təşkil edir:

- ✓ somatotropin hormonunun analoqu olan dərmanlar-sandostatin, somatostatin və ya oktreotid 25-50mkg dozada bolus inyektion venadaxili, sonra isə 25-50 mkg/saat dozada ilk 48 saat ərzində;
- ✓ B-blokatorlar (propranolol və s. venadaxili);
- ✓ Nitroqliserin tərkibli preparatlar (1%-li nitroqliserin, perlinqanit və s).

İlkin tədbirlər və endoskopik müdaxilə nəticəsində iki vəziyyət yarana bilər:

#### **1-ci vəziyyət. Qanaxma dayanır:**

- ▶ İlkin tədbirlər xəstə stabilləşənə qədər davam etdirilir;
- ▶ Vikasol vurulur və plazma köçürülür;
- ▶ Trombositopeniyalarda (<50 x 10q/l) trombosit kütləsi köçürülür;
- ▶ Xroniki Qc xəstəliyi olanlarda əlavə olaraq ensefolopatiyanın profilaktikası üçün laktulozadan istifadə edilir.
  - ✓ B vit. kompleksi verilir
  - ✓ Antioksidant preparatlarından istifadə olunur
  - ✓ Assitik maye punksiya ilə xaric edilir (ehtiyac olduqda)
  - ✓ Na + tərkibli infuziyaları azaltmaqla daha çox kolloid məhlulların yeridilməsinə üstünlük verilir
  - ✓ Qanaxmanın profilaktikası üçün portal hipertenziyanın səbəbinə və Qc-nin vəziyyətinə görə uyğun müalicə aparılır
- ▶ Qaraciyər sirrozu ilə xəstə transplantasiyaya göndərilir. Texniki imkan yoxdursa, portal təzyiqi azaltmaq üçün konservativ və ya

cərrahi müdaxilə üsullarından biri seçilir.

- ✓  $\beta$ -blokator (propranalol 20-40 mq/gün) bütün xəstələrdə verilir
  - ✓ Endoskopik nəzarət və təkrari hemostaz aparılır
  - ✓ Transyuqulyar portosistem şuntlama yerinə yetirilir
  - ✓ Distal spleno-renal şunt (Child təsnifatına uyğun A və B qrupları) qoyulur
- ▶ Anadangəlmə hepatik fibrozda distal spleno-renal anastomozun qoyulması əməliyyatı aparılır;
  - ▶ Baddi-Kiari sindromunda sirroz varsa, qaraciyər transplantasiyasına göndərilir, sirroz yoxdursa, endoskopik müalicələr və ya porto-kaval anastomozun qoyulması əməliyyatı seçilir.

**2-ci vəziyyət: Qanaxma dayanmır və ya təkrarlanır. Belə vəziyyətdə üç yoldan biri seçilir:**

- ▶ Təkrari endoskopik müdaxilə – hemostaz və ya skleroterapiya;
- ▶ Cərrahi müalicə. Endoskopik müalicə qeyri-mümkün və ya effektiv olmaduqda aşağıdakı cərrahi müalicələrdən biri seçilir:
  - ✓ Qida borusunun transeksiyası
  - ✓ Patsiora əməliyyatı
- ▶ Xəstə çox ağır vəziyyətdədirsə və ya əməliyyatdan imtina edərsə, Blekmor zonu qoyulur.

### **Mədənin varikoz genəlmiş venalarından qanaxma**

Mədə varikozunda endoskopik müdaxilə xüsusi yapışqanlarla varikoz qanaxmanı dayandırır. İlk tədbirlər qanaxmanı dayandırsa, qanaxmanın profilaktikası üçün aşağıdakılar edilir:

- ▶  $\beta$ -blokatorlar (propranolol 20-40 mq /gün);
- ▶ Antisekretor vasitələr (histaminoblokator və ya proton pompası inhibitorları);
- ▶ Portal hipertenziyanın səbəbinə və qaraciyərin vəziyyətinə görə distal spleno-renal anastomoz və ya transyuqulyar portosistem şuntlama (TİPS).

Qanaxma davam edərsə iki yoldan biri seçilir:

- ▶ Cərrahi müdaxilə-kardiofundal mexaniki tikiş qoyulması və ya Patsiora əməliyyatı;

- Ağır vəziyyətdə və ya əməliyyatdan imtina edilərsə, Blekmor zondı qoyulur.

## **MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XORA MƏNŞƏLİ QANAXMALARI**

Bu xəstələrdə də ilkin tədbirlər həyata keçirilir və qanaxmanı dayandırma qaydası "medikamentoz endoskopik cərrahi" ardıcılıqla aparılır.

### **1. İlkin tədbirlər qanaxmanı dayandırarsa – xora əleyhinə müalicələr başlanılır:**

- ✓ Proton pompası inhibitoru (pantoprozol – 40 mq v/d x 1 dəfə)
- ✓ Bürüyücülər – sukralfat (antepsin, maaloks və b.)
- ✓ Antihelikobakter pylori preparatları – (klaritromisin 0,5 x 2 dəfə, amoksisillin 1,0 x 2 dəfə)

Təkrarı endoskopik müayinələr aparılır:

- ✓ Sağalma dinamikası varsa, müalicə 2-3 həftə müddətinə qədər davam etdirilir və endoskopik yoxlama həyata keçirilir.
- ✓ Sağalma dinamikası yoxdursa, xəstə getdikcə zəifləyirsə və ya stenoz, maliqnezasiya kimi ağırlaşmalar aşkar edilirsə, cərrahi müalicə qaçılmazdır.

### **2. İlkin tədbirlər qanaxmanı dayandırmır və ya qanaxma təkrarlanırsa, iki yoldan biri seçilir:**

- ✓ Endoskopik hemostaz (koagulyasiya+skleroterapiya) və dinamik nəzarət həyata keçirilir.
- ✓ Cərrahi müalicə endoskopik müalicə imkansız olduqda (kallyoz xora, maliqnezasiya şübhəsi, pilorik hissənin deformasiyası) cərrahi əməliyyat seçilir.

Cərrahi müdaxiləyə seçim T.A.Forrest təsnifatı (1974) əsasında aparılır.

**Cədvəl 5. Kəskin MBQ-nın endoskopik T.A.Forrest təsnifatı və cərrahi müalicə taktikası:**

<b>Dərəcə</b>	<b>Endoskopik müayinənin nəticəsi</b>	<b>Cərrahi taktikanın seçilməsi</b>
<b>F-I-A</b>	Xoralardan pulsasya edən arterial qanaxma	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Xəstə reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə yerləşdirilir. Dövr edən qanın həcmi, su-duz elektrolit balansının pozulması, həyat üçün vacib üzvlərin funksiyası korreksiya edilir.</li> <li>✓ Endoskopik hemostaz effektiv olarsa, qısa müddətli hazırlıqdan sonra xəstədə təcili cərrahi müdaxilə aparılır.</li> </ul>
<b>F-I-B</b>	Xoradan davam edən venoz və ya kapilyar qanaxma	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Xəstə reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilir.</li> <li>✓ Dövr edən qanın həcmi, su-duz elektrolit balansının pozulması, həyat üçün vacib üzvlərin funksiyası korreksiya edilir.</li> <li>✓ Endoskopik hemostaz effektiv olduqda qısa müddətli hazırlıqdan sonra xəstə təcili cərrahi müdaxiləyə götürülür.</li> </ul>
<b>F-II-A</b>	Xoranın dibində görünən tromblaşmış damar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Xəstə reanimasiya şöbəsində yerləşdirilir;</li> <li>✓ Bir sutka ərzində aparılmış intensiv terapiyadan sonra qanaxma təhlükəsi saxlanılarsa, xora ilə uzun</li> </ul>

		müddət əziyyət çəkən, anamnezində qanaxma epizodu olan xəstələrə erkən cərrahi müdaxilə təklif edilir.
<b>F-II-B</b>	Xora üzərində fiksə olunmuş tromblaxta	✓ F-II-A ilə eyni qaydada
<b>F-II-C</b>	Xora üzərində hemorragik nöqtələr şəklində kiçik tromblanmış damarlar (petexiyalar) – qanaxma yoxdur.	✓ Xəstə planlı stasionar müayinə və müalicə üçün şöbədə yerləşdirilir, ilk həftə ərzində erkən cərrahi müdaxilənin aparılması məsləhətdir. ✓ Cərrahi müdaxilədən imtina edən xəstələr ambulator müşahidə altında saxlanılır.
<b>F-III</b>	Qanaxma əlaməti aşkar olunmadı.	✓ Xəstə müayinə və müalicə üçün şöbədə yerləşdirilir.

- Cərrahi müdaxiləyə aşağıdakı kateqoriyalı xəstələrin ehtiyacı olur:
- ▶ Davam edən və ya təkrar qanaxma ilə yaşlı şəxslər. Onlar qanitirmə və qanköçürməyə pis dözürlər. Bu şəxslərdə konservativ müalicə 24 saatdan artıq aparılmamalıdır;
  - ▶ Klinikaya 12b. bağırsağın profuz qanaxması ilə ağırlaşmış xora xəstəliyi ilə daxil olan 50 yaşdan yuxarı xəstələr;
  - ▶ Mədənin profuz qanaxması ilə ağırlaşmış xorası olan xəstələr.
  - ▶ Aşağıdakı hallarda təcili əməliyyatlar yerinə yetirilir:
  - ▶ Qanaxma və perforasiya ilə ağırlaşmış mədə və ya 12bb xorası;
  - ▶ Qısa müddətdə 2500 ml qan köçürülməsinə baxmayaraq hemodinamikanın qeyri-stabil olması;
  - ▶ 24 saat müddətində qanaxmanın davam etməsi.
  - ▶ Erkən əməliyyatlar aşağıdakı hallarda yerinə yetirilir:
  - ▶ Qanaxmanın residiv ehtimalı yüksək olan xəstələr (F-IA; F-IB).

## **Cərrahi üsulların seçilməsi**

Cərrahi əməliyyatlar açıq və laparoskopik üsullarla yerinə yetirilə bilər. Lakin burada seçim xəstənin ümumi vəziyyəti və yanaşı xəstəlikləri nəzərə alınmaqla cərrah və anestezioloq-reanimatoloqun ümumi rəyi əsasında ciddi aparılmalıdır.

**A** Hemodinamikası qeyri-stabil, əməliyyat riski yüksək və ya yanaşı xəstəlikləri olan yaşlı şəxslərdə cərrahi əməliyyat.

### **Mədənin qanayan xorası olduqda:**

- ▶ Qastrotonomiya, qanayan xoranın tikilməsi;
- ▶ Qastrotonomiya, qanayan xoranın kəsilib götürülməsi, piloroplastika, kötük vaqotomiyası.

### **12b.bağırsağın qanayan xorası olduqda:**

- ▶ Piloroduodenotomiya, qanayan xoranın tikilməsi;
- ▶ Piloroduodenotomiya, qanayan xoranın tikilməsi, piloroplastika və kötük vaqotomiyası.

**Qastroenteroanastomozun (QEA) qanayan peptiki xoraları olduqda:**

- ▶ Qastrotonomiya, qanayan xoranın tikilməsi, kötük vaqotomiyası.

**B** Hemodinamikası stabil, əməliyyat riski aşağı olan şəxslərdə cərrahi əməliyyat.

### **Mədənin qanayan xorası zamanı:**

- ▶ Antrumektomiya və kötük vaqotomiyası (antral xoralarda);
- ▶ Mədənin Bilrot-I üsulu ilə rezeksiyası (antral xoralarda);
- ▶ Mədənin cismi və subkardial hissəsinin xoralarında Bilrot-II üsulu ilə mədənin 2/3 hissəsinin rezeksiyası və ya subtotal mədə rezeksiyası;
- ▶ Mədənin kardial hissəsinin qanayan xoralarında mədənin proksimal rezeksiyası.

### **12b. bağırsağın qanaxma ilə ağırlaşmış xorası zamanı:**

- ▶ Xoranın kəsilib götürülməsi, piloroplastika və vaqotomiya (kötük və ya selektiv mədə vaqotomiyası (SV));
- ▶ Xoranın tikilməsi, piloroplastika və vaqotomiya (SPV, SV və ya

kötük vaqotomiyası);

- ▶ Mədənin B-II üsulu ilə distal rezeksiyası.

### **Qastroenteroanastomozun qanaxma ilə ağırlaşmış peptik xorası zamanı:**

- ▶ Rekonstruktiv mədə əməliyyatı – Ru üsulu ilə mədənin subtotal rezeksiyası;
- ▶ Ru üsulu ilə mədənin subtotal rezeksiyası və kötük vaqotomiyası.

## **MƏDƏ EROZİYALARI, KƏSKİN XORALAR**

### **Antikoaqulyant və aspirinlə bağlı qanaxmalar**

İlkin tədbirlərə aşağıdakılar əlavə edilir:

- ▶ Aspirin və antikoaqulyant preparatlar kəsilir;
- ▶ Bürüyücü preparatlar verilir;
- ▶ Trombositar kütlə, plazma köçürülür;
- ▶ Qanaxma dayanarsa antiulserogen, antihelikobakter müalicə aparılır, endoskopik nəzarət həyata keçirilir;

Qanaxma dayanmırsa təcili əməliyyat edilir:

- ▶ Qastrotoniya, qanayan sahələrin tikilməsi, kötük vaqotomiyası və piloroplastika;
- ▶ Total qastrektomiya;
- ▶ Mədə arteriyalarının bağlanması.

### **Sepsislə bağlı xora, stress xoraları**

İlkin tədbirlərə aşağıdakılar əlavə olunur:

- ▶ Bürüyücü preparatlar (sukralfat 60 ml x 4 dəfə);
- ▶ Antiferment (kontrikal, aprotinin) təyin edilir;
- ▶ Plazma köçürülür;
- ▶ Faktor VII verilə bilər.

Müalicə əsasən konservativ üsulla aparılır, davam edən qanaxma zamanı səbəb mədə eroziyasıdırsa və bağırsaqlarda eroziv qanaxmalar yoxdursa, qastrektomiya edilə bilər.

### **Mellori-Veis sindromu**

Müalicə əsasən konservativ üsulla davam etdirilir. İlkin tədbirlər effekt vermirsə, endoskopik müdaxilə edilir (qanayan sahənin elektro



və ya arqon plazma koaqulyasiyası, skleroterapiya). Endoskopik müdaxilə də effektiv olarsa, əməliyyat – qastrotoniya, çatın tikilməsi yerinə yetirilir.

### **Zondun yataq yarası**

Zond qastroezofageal birləşmədə və mədədə yataq yarası törədərək, yataq yarasından qanaxmaya səbəb olur. Zondun çıxarılması və ilkin tədbirlər əksər hallarda effektiv olur. Buna baxmayaraq qanaxma davam edərsə, endoskopik müdaxilə (adrenalin inyeksiyası və koaqulyasiya) edilir. Endoskopik müdaxilənin effektivliyi böyük yataq yarasının olmasını göstərir və əməliyyat – qastrotoniya və yaranın tikilməsi gerçəkləşdirilir.

### **Mədə şişi**

Cərrahi müdaxilə ön plana çıxır. İlkin tədbirlər qanaxmanı dayandırarsa, xəstənin vəziyyəti stabilləşdikdən sonra planlı qaydada əməliyyat edilir. Davam edən və ya təkrari qanaxmalarda təcili əməliyyat edilir. Yayılmış şişlərdə palliativ rezeksiya, yayılmamış şişlərdə isə radikal cərrahi müdaxilə (subtotal ablastik mədə rezeksiyası, qastrotoniya) edilir.

### **Biliar qanaxma**

İlkin medikamentoz tədbirlər effekt verməzsə, angiografiya və qanaxan damarın embolizasiyası yerinə yetirilir.

### **Destruktiv pankreatitlər zamanı MB qanaxması**

Qanaxma stress xoralardandırsa, yuxarıda göstərilən şəkildə müalicə olunur. Perforasiya ilə bağlı qanaxmalarda (pankreonekrozun nəticəsində mədə-bağırsaq perforasiyası) ilkin tədbirlər faydasız olarsa və ya qanaxma təkrarlanarsa (belə qanaxmalar adətən güclü ağrılardan sonra baş verir), əməliyyat edilir. Nekroz ocağı boşaldılır, hemostaz və tamponada edilir, perforativ dəlik tikilir və ya eksiziya edilir.

### **Hemorragik qastrit**

Müalicə əsasən konservativ üsulla aparılır. Cərrahi əməliyyata nadir hallarda ehtiyac ola bilər. Qastrotoniya və ya mədə arteriyalarının bağlanması, kötük vaqotomiyası, piloroplastika yerinə

yetirilir.

### **Aşağı mədə-bağırsaq qanaxmaları (AMBQ) (Əlavə 1)**

Melena və qanlı nəcis bu qanaxmaların əsas əlamətidir. Yoğun bağırsağın ən çox qanaxma törədən xəstəlikləri şişlər (adenokarsinoma, polip), xoralı kolit, divertikul və angiodisplaziyaadır. Nazik bağırsaqlarda Mekkel divertikulu, angiodisplaziya rast gəlinir. Ağır və orta dərəcəli qanitirmə ilə (şok əlamətləri ilə müşayiət olunan) xəstənin aparılması yuxarı qastrointestinal qanaxmalarda olduğu kimidir.

Kiçik və xroniki qanaxmalarda isə müayinə planı nisbətən dəyişir.

#### **Ağır və orta dərəcəli qanaxmalar**

- ▶ Yuxarı qastrointestinal qanaxmada olduğu kimi ilkin tədbirlər (təcili xəstəxanaya qəbul, ilkin klinik müayinə, dirsək venasının punksiyası, müayinələr, infuziya, qan və plazma tədarüku və köçürülməsi, USM) həyata keçirilir;
- ▶ Yuxarı qastrointestinal endoskopiya mütləq aparılır;
- ▶ Yuxarı gastroduodenal endoskopiya neqativ olarsa, kolonoskopiya edilir.

Bu ilkin tədbirlərin nəticəsinə – mənbənin təbiətinə və qanaxmanın dayanıb-dayanmamasına əsasən qanaxmanı dayandırma və profilaktika tədbiri həyata keçirilir.

#### **Şiş mənşəli qanaxma**

Şişin radikal çıxarılması qanaxmanın dayandırılmasının etibarlı müalicəsidir.

Qanaxma dayanarsa, xəstəni tam stabilləşdirib (Hb 90-100 q/l) 3-4 gün hazırladıqdan sonra əməliyyata götürülür. Əməliyyat radikal şəkildə (şişdən 4 sm distala, 10 sm proksimala bağırsaq rezeksiyası, subtotal kolektomiya limfodisseksiya, düz bağırsağın ön rezeksiyası və ya ekstirpasiyası) aparılır. Qanaxma davam edərsə, əməliyyat təcili surətdə həyata keçirilir.

Xəstənin vəziyyəti çox ağır olarsa, kolostoma çıxarılır (Hartman əməliyyatı), keçməməzlik əlamətləri olmadıqda isə birincili anastomoz qoyulur.

## **Divertikul və angiodisplaziya mənşəli qanaxmalar**

Angiodisplaziya daha çox bağırsağın sağ yarısında yerləşir. Endoskopik koaqulyasiya ilk seçimdir. Bu effektsiz olarsa və qanaxma davam edərsə, rezeksiya edilir. Əməliyyat vaxtı çənbər bağırsağ və distal nazik bağırsağ endoskopik müayinə edilə bilər.

Divertikul eksiziyası (açıq və ya laporoskopik) ilk seçimdir.

### **Xoralı kolit**

- ▶ Xoralı kolitlərdə (qeyri-spesifik, infeksiyon, işemik) əksər hallarda konservativ müalicə qanaxmanı dayandırır və spesifik müalicələr davam etdirilir.
- ▶ Qanaxma davam edərsə, xüsusən də toksik meqakolon və ya perforasiya əlamətləri də varsa, təcili əməliyyat – total və ya hissəvi kolektomiya icra olunur.

### **Mekkel divertikulu**

Gənc yaş, qarında hərəkətli kütlə (divertikulda hematoma), profuz qanaxma, gastroduodenoskopiyada və kolonoskopiyada patologiyanın olmaması Mekkel divertikuluna yüksək şübhə yaradır. Oral kontrastlı KT və laparoskopiya diaqnozu dəqiqləşdirir. Divertikulun təcili eksiziyası radikal müalicədir.

### **Mənbəyi tapılmayan aşağı mədə-bağırsağ qanaxmaları**

İlkin tədbirlərlə qanaxma mənbəyi tapılmayan xəstədə qanaxma profuz şəkildə davam edərsə, təcili laparotomiya və əməliyyatdaxili total endoskopiya həyata keçirilir.

Ağır və orta dərəcəli qanaxması olan, nisbətən stabilləşmiş xəstələrdə:

- ▶ Oral kontrastlı KT aparılır;
- ▶ KT neqativdirsə, enteroklizis ön plana çıxır;
- ▶ Enteroklizis neqativdirsə, təkrari və diqqətli gastroduodenoskopiya, balon-assistent enteroskopiya və kolonoskopiya edilir.

Bu müayinələrlə mənbə tapılmadıqda və qanaxma təkrarlandıqda, angiografiya (ümumi qaraciyər arteriyası, yuxarı və aşağı mezenterial arteriyalar) edilir. Angiografiyada da mənbə tapılmırsa və qanaxma

davam edərsə (təkrarlanırsa), əməliyyat aparılır. Əməliyyata laparoskopik başlanılır və Mekkel divertikulu və yoğun bağırsağ divertikulu axtarılır. Nəticə neqativ olarsa, açıq əməliyyata keçilir, mədə-bağırsağ, qaraciyər, mədəaltı vəz vizual, palpator yoxlanılır. Mənbə tapılmırsa, total gastrointestinal əməliyyatdaxili endoskopiya yerinə yetirilir.

Mənbəyi tapılmayan qanaxmaların ən çox rast gəlinən səbəbləri angiодisplaziyalar və nazik bağırsağ polipləridir.

### **Hemorroidal qanaxma**

Hemorroidektomiya radikal müalicə sayılır. Planlı xəstələrdə düyünlərin bağlanması məsləhətdir. Çox ağır xəstələrdə skleroterapiya oluna bilər.

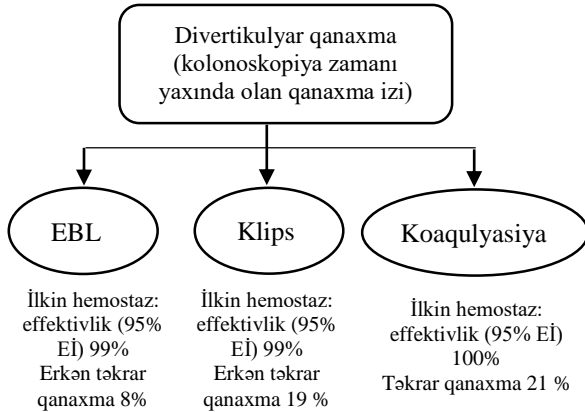
### **Septik və kimyəvi terapiyadan sonrakı qanaxmalar**

İlkin tədbirlər davam etdirilir. Əlavə olaraq bürüyücülər (sukralfat) və Vit. B15 (Bepantene) istifadə edilir.

### **Kiçik və xroniki qanaxmalar**

Bu xəstələrdə əsas hədəf qanaxmanın səbəbinin tapılmasıdır. Hərtərəfli anamnez, klinik, laborator müayinələr, nəcisdə gizli qan, kolonoskopiya, KT müayinələri aparılır. Enteroklisis və laparoskopiyaya ehtiyac ola bilər.

## AMBQ-da kolonoskopiya zamanı üstünlük verilən endoskopik müalicə variantları



**Əlavə müalicə variantları:** yerli hemostatik sprey, epinefrin, əhatəli klips, endoskopik çıxarılabilir sargı, Doppler zondlu ilə idarə olunan terapiya.

Yoğun bağırsağın  
angioektaziyaları

APK

**Əlavə müalicə variantları:** Klips, epinefrin, mayenin selik altına (*submucosal*) yeridilməsindən sonra məqsədyönlü koaqulyasiya.

Polipektomiyadan  
sonra qanaxma

Klips

**Əlavə müalicə variantları:** Birbaşa termal terapiya, APK, əhatəli klips, yerli hemostatik sprey.

## Ədəbiyyat

1. Kəskin mədə-bağırsaq qanaxmalarının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protocol. Bakı - 2009 [https://www.isim.az/upload/File/reports/23\\_GI\\_Bleeding.pdf](https://www.isim.az/upload/File/reports/23_GI_Bleeding.pdf)
2. Donalwe P.E., Nyhus L.M., Massive Upper Gastrointestinal hemorrhage in Surgery of the Esophagus, stomach and small intestine (5th ed) Boston: Little, Brown, 1995
3. Laine L., Peterson W.L. Bleeding peptic ulcer N.Enql. J. Med.331: 717-727
4. Lanas, A. Effect of proton pump inhibitors on the outcomes of peptic ulser bleeding: comparison of event rates in routine clinical practice and a clinical trial. A.Lanas, M.Polo-Tomas, A. Garcia-Rodriguez [et al] // Scand. J. Gastroenterol., 2013, v 48 (3), p. 285-294.
5. Leung, K.,Lau, J. New endoscopic hemostasis methods. Clin. Endosc., 2012, v. 45(3), p.224-229.
6. Maiss J., Schwab, D, Ludwiq A., Medical and Endoscopic Treatment in Peptic Ulser Bleeding: National German Survey// Z. Gastroenterol., 2010
7. The management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline, September 2008, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://www.sign.ac.uk>
8. UK comparative audit of upper bleeding and the use of blood. London: British Society of Gastroenterology; 2007.Available from [http://www.bsg.org.uk/pdf\\_docs/](http://www.bsg.org.uk/pdf_docs/)
9. Wong T.A. Comparison of angiographic embolization with surgery after failed endoscopic hemostasis to bleeding peptic ulcers. T.Wong, K.Wong, P.Chiu [et al.] /Gastrointest. Endosc. 2011, v 73, p. 900-908
10. Лебедев Н.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Н.Б.Лебедев, А.Е.Климов – М. БИНОМ, 2010, 175с.
11. Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal

Bleeding: An Updated ACG Guideline *The American Journal of Gastroenterology* 118(2):p 208-231, February 2023. [https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/02000/Management\\_of\\_Patients\\_With\\_Acute\\_Lower.14.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2](https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/02000/Management_of_Patients_With_Acute_Lower.14.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2)





