

«Колледж Даналық»

ТАҚЫРЫБЫ:Қан кету. Жіктелуі. Патогенезі.
Клиникасы.Қан тоқтату әдістері.



ЖОСПАРЫ:

- Жалпы түсінік;
- Жіктелуі;
- Қан жоғалтудың патогенезі;
- Клиникасы мен диагностикасы;
- Субъективті белгілер;
- Объективті белгілер;
- Асқазан ішек жолдарынан қан кету;
- Қан кету процесі;
- Жедел жәрдем;
- Операция әдісімен емдеу;
- Қан тоқтату әдістері;
- Жедел қан жоғалтуды емдеу;
- Қорытынды.

Қан кету

Қан кету (haemorrhagia) деп – қан тамыры қабырғасының зақымдалуы немесе өткізгіштігінің бұзылуы нәтижесінде, қан тамырларынан қан кетуді айтады.

ЖІКТЕЛУІ:

□ 1.Этиологиялық белгісі бойынша:

- -Механикалық зақымдалу;
- -Қан тамыры қабырғасының аррозиясы;
- -Қан тамыры қабырғасының өткізгіштігінің бұзылуы;

□ 2.Қан кетіп жатқан тамырдың түріне байланысты:

- -Артериялық;
- -Веналық;
- -Капиллярлық;
- -Паренхиматозды.

□ 3.Сыртқы ортамен байланысына қарай:

- -Сыртқы;
- -Ішкі;
- -Жасырын.

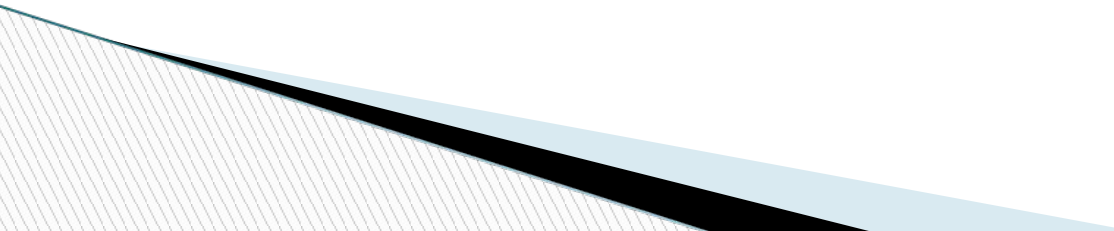
□ **4.Пайда болу уақытына қарай:**

- -Біріншілік (алғашқы);
- -Рецидивті (қайталап қансырау);

□ **5.Ағымына байланысты:**

- -Жедел;
- -Созылмалы;
-

□ **6.Ауырлық дәрежесіне бойынша:**

- -I Дәрежелі (жеңіл қан жоғалту);
 - -II Дәрежелі (орташа қан жоғалту);
 - -III Дәрежелі (ауыр қан жоғалту);
 - -IV Дәрежелі (массивті қан жоғалту);
 -
- 

Қан тамырларының *механикалық* зақымдалуы (*haemorrhagia per rhexin*) кезінде болатын қан кетулер ашық және жабық жарақаттар (жыртылу, оқ тию), күйу мен үсіп қалу әсерінен болуы мүмкін.

Аррозивті қан кетулер (haemorrhagia per diabrosin) қан тамыры қабырғасының қандай да бір патологиялық үрдіс нәтижесінде бұзылған жерінен пайда болады. Мысалы, ыдырау өнімі бар қатерлі ісік өскенде, өлі еттенуде деструктивті қабыну үрдістерінің нәтижесінде.

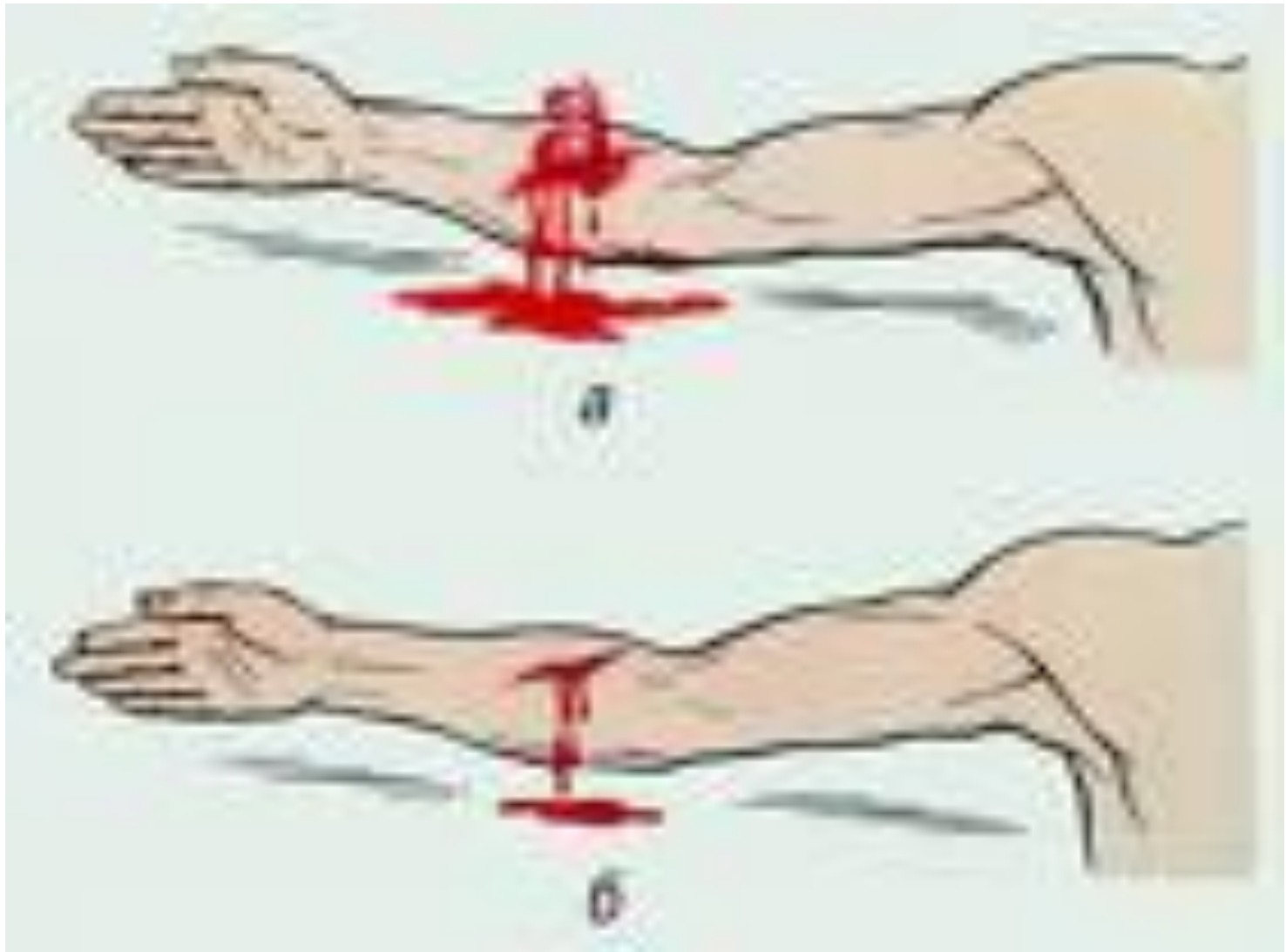
Артериялық қан кету

- Қан қызғылт түсті, қысыммен шаншып ағады. Қан тамырының диаметрі неғұрлым үлкен болса, соғұрлым қан қатты ағады және бірнеше минутта өлімге алып келуі мүмкін. Маңызды рольді зақымдалған тамыр қабырғасының сипаты бүйірлік, толық, т.б. атқарады. Тамыр қабырғасының бүйірлік жарақатында жиырылмайды, нәтижесінде қан кету тоқтамайды. Толық зақымдалу күйінде керісінше болады - саңылау жиырылып, интима ішке қарай табиғи жарғақ түзіп, қансырауды тоқтатады.

Веналық қан кету

□ Қошқыл қызыл түсті қан шығады, қан ағу жылдамдығы артериялық қан кетуге қарағанда баяу. Ірі вена тамыры зақымдалғанда қан сарқырап ағады, жылдамдығы сәйкесінше жоғарылайды, аз уақыт ішінде өлімге алып келуі мүмкін. Қанның ағуы венаның анатомиялық орналасуына байланысты өзгеруі мүмкін. Егер тамыр ірі артерияның жанында орналасатын болса, онда қанның ағуы тамыр соғысының әсерінен үздік-үздік болады. Кеуде аймағында ірі вена тамырлары зақымдалғанда демалу фазасында қан ағу баяулайды, ал дем шығарғанда – күшейеді көкірек қуысының сору қызметі. Ауалы эмболия қаупін естен шығармау керек. Веналық қысымның жоғары болуы да, қанның көп ағуына алып келеді. Мысалы, өңештің варикозды кеңейген веналарынан қан кету массивті қан жоғалтуға алып келеді.





Капиллярлық қан кету

- Аралас сипат алады.Себебі капиллярлар, артериолалар,венулалар бірге зақымдалады. Бұл кезде жараның беті түгел қансырайды,тіпті оны құрғатса да беті қайтадан қанданады.
- **Паренхиматозды қан кету** капиллярлық қан кетудің бір түрі болып табылады.Ол паренхималық ағзалар зақымдалғанда байқалады:бауыр,көкбауыр, өкпе,бүйрек.Осы ағзалардың өзінің анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты тамырларының қан кету әлдеқайда массивті,қатерлі болады және тоқтату өте қиынға соғады.

- **Ішкі қан кету.** Қан қуысты ағзаларға да, ішкі қуысына да, сонымен қатар, тіндерге де ағады. Қанның белгілі бір қуыста жиналуы арнайы атпен белгілі: қанның құрсақ қуысына жиналуы **Haemoperitoneum** деп аталады. плевра қуысына **-haemothorax**; перикард қуысына **-haemopericardium**; буын қуысына **-haematrosis** деп аталады. Асқазан ішек қуысына қан кеткенде ботқа тәрізді қара түсті нәжіс пайда болады **-melena**, өт шығару жолдарынан қан кету **-haemobilia** деп аталады; бүйрек пен зәр шығару жолдарынан қан кетсе **-haemoturia** деп аталады. Қан тіндерге сіңіп, домбығу түзгенде **қан құйылу** деп аталады. Қан тінаралық кеңістікке сіңіп, ұйып, біртіндеп сорылады. Қан құйылу мөлшері зақымдалған тамырдың диаметріне немесе қан ұю жүйесінің жағдайына байланысты. Қан кеткен кезде тіндердің қабаттанаып, қуыстың пайда болуы **гематома** деп аталады. Егер гематома үлкен емес болса, ол өздігінен сорылып кетеді. Ал ірі гематомалардың айналасында сулы қапшық түзетін дәнекер тінді қабық түзіледі, микроорганизмдер түскен жағдайда іріңдейді. Сорылмаған гематома әктенген тас гематомаға айналып кетуі мүмкін. Себебі дәнекерленіп кетеді.



- **Сыртқы қан кетуде**
қан жара бетінен
сыртқы ортаға ағады.
Мұндай қан кету
диагностикасы тез, әрі
оңай болады.



Жасырын қан кету көзге көрінер клиникалық белгілерсіз өтеді. Мысалы, клиникалық көріністері ккрінбейтін асқазанның және он екі ішектің ойық жарасы ауруы кезіндегі қансырауды айтуға болады. Тек нәжісті жасырын қанға зерттегенде ғана, жасырын қан кету деп анықтауға болады.

Біріншілік қан кетулер тамырдың жарақаты кезінде немесе патологиялық үрдісте (аррозия болдғанда) дамиды.

- **Рецидивті қан кету** біріншілік тоқтатқаннан кейін, қайтадан қан кетуді айтады. Қансырау рецидивті ерте (қанды тоқтатқаннан кейін, бірнеше 3 сағаттан тәулікке дейін) және кеш (4-5 және одан да көп тәуліктен кейін) болуы мүмкін. Қансыраудың қайталануының себептері мыналар: лигатураның тамырдан тайып кетуі немесе біріншілік операциядан кейін қан қысымының жоғарылап кетуі, қан ұюының төмендеуінен ҚШҰ синдромының дамуы, тромбтың ыдырауы немесе микроорганизмдердің протеолитикалық ферменттердің әсерінен тамырдың аррозияға ұшырауы. Сондықтан, рецидивті қансыраудың алдын алу үшін, мынадай шараларды жүргізу қажет:
- Қанды біржолата тоқтату;
- Асептика және антисептика ережелерін қатаң сақтау;
- Арнайы антибактериалді ем жүргізу;
- Науқастың қан ұю және ұюға қарсы жүйелерінің жағдайын операцияға дейін де, кейін де зерттеу;
- Науқасты операциядан кейін динамикалық қадағалау, қан қысымын бақылау.

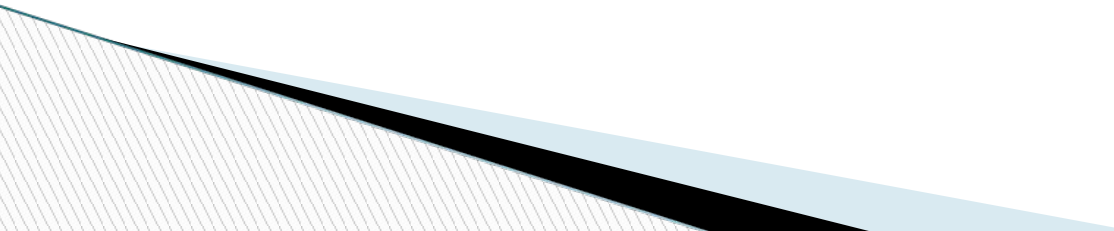
□ Қан кетудің
жеңіл дәрежесінде циркуляциялық қан
көлемінің (ОҚК-барлық формалық элементтер
және плазма) 15%-на дейін,

орташа дәрежелі ауырлықта
15-30%(750-1500мл),

ауыр дәрежесінде -30 -40%(1500-2000мл,

ал 40%- дан (2000мл-ден) жоғары болған
жағдайда (массивті қан кету) қан жоғалту
байқалады.

Қан жоғалтудың патогенезі

- Жедел қан жоғалту дамуының патогенезінде келесі негізгі факторларды ажыратады:
 - -Циркуляциялық қан көлемінің азаюы;
 - -Қан тамыры тонусының өзгеруі;
 - -Жүрек жұмысының төмендеуі
- 

Жедел қан кетудің клиникасы мен диагностикасы

1. Қансырау өзі де анық көрінетіндіктен, диагноз қою қиынға соқпайды. Қан жарадан ағады, яғни қансырау бар деген сөз. Жедел қансырау туралы сөз еткенде, біз денедегі терең бұзылыстарға кезігеміз. Оның көріністері:
 - жалпы циркуляциядағы қан көлемінің азаюы;
 - тұрақты гипотонияның дамуына алып келетіндей артериялық қысымның түсуі;
 - оттегінің жетіспеушілік белгілерінің пайда болуы;
 - қан ұю жүйесіндегі бұзылыстар (ҚШҰ-синдромының дамуы); ағзалық -жетіспеушілік пен метаболиттік ацидоздың дамуы.Қансыраудың белгілерін анықтау мен білімділік маңызды орын алады. Объективті және субъективті белгілерді ажыратады.

Субъективті белгілер

▣ Науқасың шағымдары:

- әлсіздік;
- бас айналу;
- көздің қарауытуы;
- құлақтағы шу;
- ауа жетіспейтіндей сезім;
- лоқсу;
- ауыздың құрғауы

Объективті белгілер:

- терісінің бозаруы мен ылғалдануы;
- тыныстың жиілеуі;
- мұрын қанатының үрленуі;
- тамыр соғуының жиілеуі мен әлсізденуі;
- артериялық қысымның төмендеуі;
- веналардың босауы —«бос тамырлар» белгісі (қолдың сырт жағында көрінетін веноздық бағандардың орнына, күңгірт көк түсті жіпшелер ғана көрінеді);
- диурездің төмендеуі.

Қансыраудағы ауыр клиникалық көріністердің дамуын анықтайтын факторлар

- Қан жоғалтудың жылдамдығы мен көлемі. Қан қаншалықты тез ақса, соншалықты оның көлемі де көп болады. Осы кезде қорғаныс компенсаторлық механизмдер қосылып үлгірмейді. Жүрекке ағып келетін қан азаяды, қан айналысы бұзылады. Көп қан кетпесе де, жүрек жұмысының тоқтауы мен өлім қаупі туады. Ірі артерияның жарақаттануы ауыр шоктың дамуына, ал 1 литрге дейін қан жоғалтқанда, тіпті өлімге алып келуі мүмкін. Басқа жағынан қарасақ, бірнеше сағатқа созылатын операцияларда немесе операциядан кейінгі күндері дамитын, көлемі 2-3 л веноздық қансыраулар қайтымсыз үрдістерді тудырмайды. Осындай жағдайда дене өзінің резервті мүмкіндіктерін пайдаланып үлгіреді.

- Қансыраудың нәтижесінде адамның **жасы мен жынысы** да маңызды роль атқарады.Әйелдер өзінің физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты еркектерге қарағанда қансырауға әлдеқайда шыдамды болып келеді.Кішкене ғана қан жоғалтса да,ауыр жағдай балалар мен қарт адамдарда байқалады.Бұл дененің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктері мен компенсаторлық күштердің шектелуімен байланысты.
- **Жүрек - қан тамыр жүйесінің жағдайы.**Жас адамдардың қан тамыр қабырғалары эластикалық болып келеді.Осыған орай,қан жоғалтқанда бұл тамырлар тез жиырылып,қан ағудың тоқтауына ықпалын тигізеді.Қарт адамдарда жүректің жасқа байланысты өзгерістеріне, атеросклерозға байланысты, олардың жүрек қан тамыр жүйесінің қансырауға бейімделуі төмен болып келеді.Сондықтан,қансырауды қарт адамдар көтере алмайды немесе нашар көтереді

- **Денсаулықтың жалпы жағдайы.**Сау адамдар ауру науқастарға қарағанда қансырауды жеңіл көтереді.Психикалық және физикалық қалжырау,аштық,дененің суықтану немесе қызып кетуі қансыраудағы компенсаторлық реакцияларға теріс әсер етеді.

АСҚАЗАН – ІШЕК ЖОЛДАРЫНАН ҚАН КЕТУ.

- Іштен қан кету дәрігер қауымына өте ілгеріден, Гален, Авиценна заманынан белгілі. Дегенмен, іштен қан кетіп, оның әсерінен өлімнің болғандығы, оның себебі асқазан жарасы екендігі Littge деген ғұламаның 1704 жылғы хабарламасынан білесіз.
- Асқазан ішектен қан кету кеселі алғашқы рет орыс ғалымы Федор Уэденнің 1816 жылғы «Созылмалы кесел туралы академиялық ілім» деген еңбегінде өте дәлме-дәл жазылған.
- Іштен қан кету негізінен көптеген әртүрлі аурулардың басты белгілері – симптомдары болып табылады. Оны VI топқа бөліп қарағанымыз дұрыс.

□ I топ: Асқазан, ұлтабар аурулары.

- 1. Асқазан мен ұлтабардың созылмалы жаралары.
- 2. Іштен туа болатын асқазан дивертикулы.
- 3. Эрозиялық гастрит пен дуоденит.
- 4. Асқазан және ұлтабар туберкулезі.
- 5. Асқазан мен ұлтабар қатерлі ісігі (рак).

□ II топ: Бауыр, көкбауыр, V. Porta аурулары.

- 1. Портальды гипертензия.
- 2. Өңеш, асқазан флебэктазиясы.
- 3. Бауыр циррозы.
- 4. V. Porta мен көкбауыр тамырларының тарылып немесе бітеліп қалуы (тромбоз).

□ III топ: Құрсақ қуысының кеселдері.

- 1.Өңеш диафрагма тесігінің жарығы.
- 2.Құрсақ қуысының асқазан мен ұлтабарға жайылған қатерлі ісігі.
- 3.Ішек инвагинациясы.
- 4.Меккел дивертикулиті.
- 5.Тік ішек полипі.
- 6.Көтеншек жарықшасы.

□ IV топ: Жұқпалы кеселдермен дәрі-дәрмектің әсерінен іштен қан кету.

- 1.Ішек сүзеті (брюшной тиф).
- 2.Дизентерия (қан тышқак), амеба дизентериясы.
- 3.Стероидты асқазан жаралары (гормонмен емдеу кезінде пайда болады).



▣ *V топ: Қан тамыр кеселдері.*

- ▣ 1. Асқазан тамырлары аневризмі.
- ▣ 2. Рандю – Ослер кеселі.

▣ *VI топ:*

- ▣ 1. Геморрагиялық диатез, қатерлі қан аурулары (лейкоз, гемофилия, тромбоцитопениялық пурпура, гемолитикалық анемия – Минковского-Шоффар

Қан кету процесі

- Дивертикулдің ішкі шырыш қабатында – асқазан клеткаларының орналасып, оның сөл шығаруында → жара – қанау.
- Іштен қан кетіп – шымқай қызыл қан – нәжіс болмайды

Диагностика:

- Дәрігер алдында 3 міндет:
- 1)Асқазан – ішектен қан кетуді анықтау.
- 2)Қай жерден, қандай уақытта қан кетті.
- 3)Қан кету себебін анықтау.
-
- 1. Пальпация – асцит, үлкейген бауыр - гепатомегалия → үлкейген көк бауыр – спленомегалия. Іштің тері асты көк тамырларының кеңейіп көрінуі.
- 1.Эзофагогастроскопия, графия 5% барии ертіндісімен зерттеу.
- 2.Фиброэзофагогастродуоденоскопия.
- 3.Колоноскопия, ирригография.
- 4.Қан анализдері – эритроцит, гемокрит көрсеткіштерінің төмендеуі – анемия.

Жедел жәрдем:

□ Емдеу тәсілдері

- 1. Ауруды шалқасынан ыңғайлап жатқызу.
- 2. Су және тамақ бермеу керек.
- 3. Асқазан тұсына мұз басуға болады.
- 4. Көк тамырға 10% хлорлы кальций ертіндісін жіберу.
- 5. 1% - викасол ертіндісін егу.

□ Эритроцитарлық масса.

- 1. Қан құю, плазма (кептірілген, нативті).
- 2. Аминокапрон қышқылын – тамыр арқылы еңгізу.
- 3. Питуитрин – қан тамырлардың қысылуына әсер етеді.
- 4. Гормон (преднизолон, гидрокортизон (7-10 күн)).
- 5. Асқазанды зонд арқылы суық сумен жуу.
- 6. Блекмор зондын қолдану.
- - Сифонды клизма → қанның ұйылып бұзылу – денеге сіңіп улануы.
- - Диета 2-3 күн – манная ботқасы, күріш ботқасы, жаншылған ет, кисел, желе.

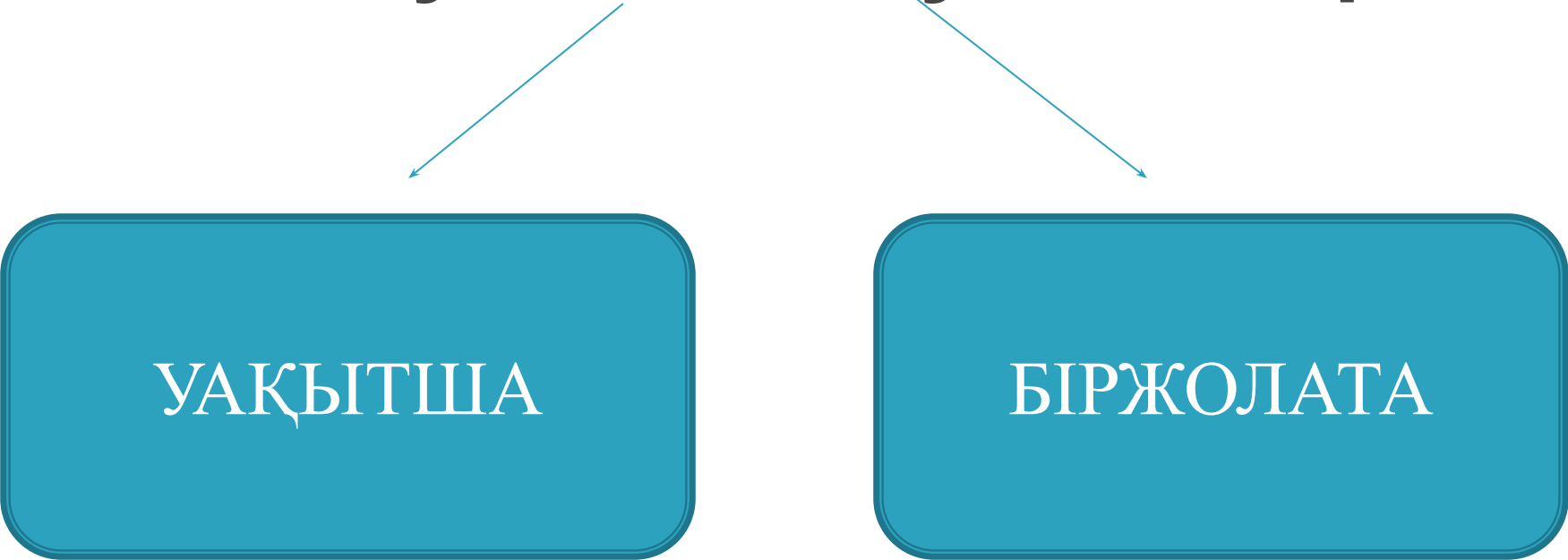
Операция әдісімен емдеу:

- ▣ **1.Қанап тұрған өңеш тамырын байлау.**
- ▣ 1. Ауру оң бүйірімен жатады.
- ▣ 2.7 қабырға тұсынан кеуде қуысын ашып – торакотомия.
- ▣ 3.Өкпені жоғары қарай көтеріп қосу.
- ▣ 4.Медиастенальды қабықты ашып өңештің төменгі жағынан эзофаготомия жасалынады.
- ▣ 5.Кеңейіп, қарсы тұрған көк қан тамырларын шырышты қабатының астынан 3- 4 рет әр жерден тігу керек

▣ 2. *Таннер операциясы.*

- ▣ 1. Сол жақ қабырға астынан ішті ашу керек.
- ▣ 2. Асқазанға жоғары тартып сальниктің — ішек майының тамырларын байлау.
- ▣ 3. Асқазанға кисет байламасын салып, асқазанды кисет байламасын ортасынан жару керек.
- ▣ 4. УКП аппараты арқылы асқазан қабырғаларын екі жақты тігіп қояды.
- ▣ 5. Кисетті байлап, тантал тігінділері үстінен тағыда тігу керек.

Қан кетуді тоқтату әдістері



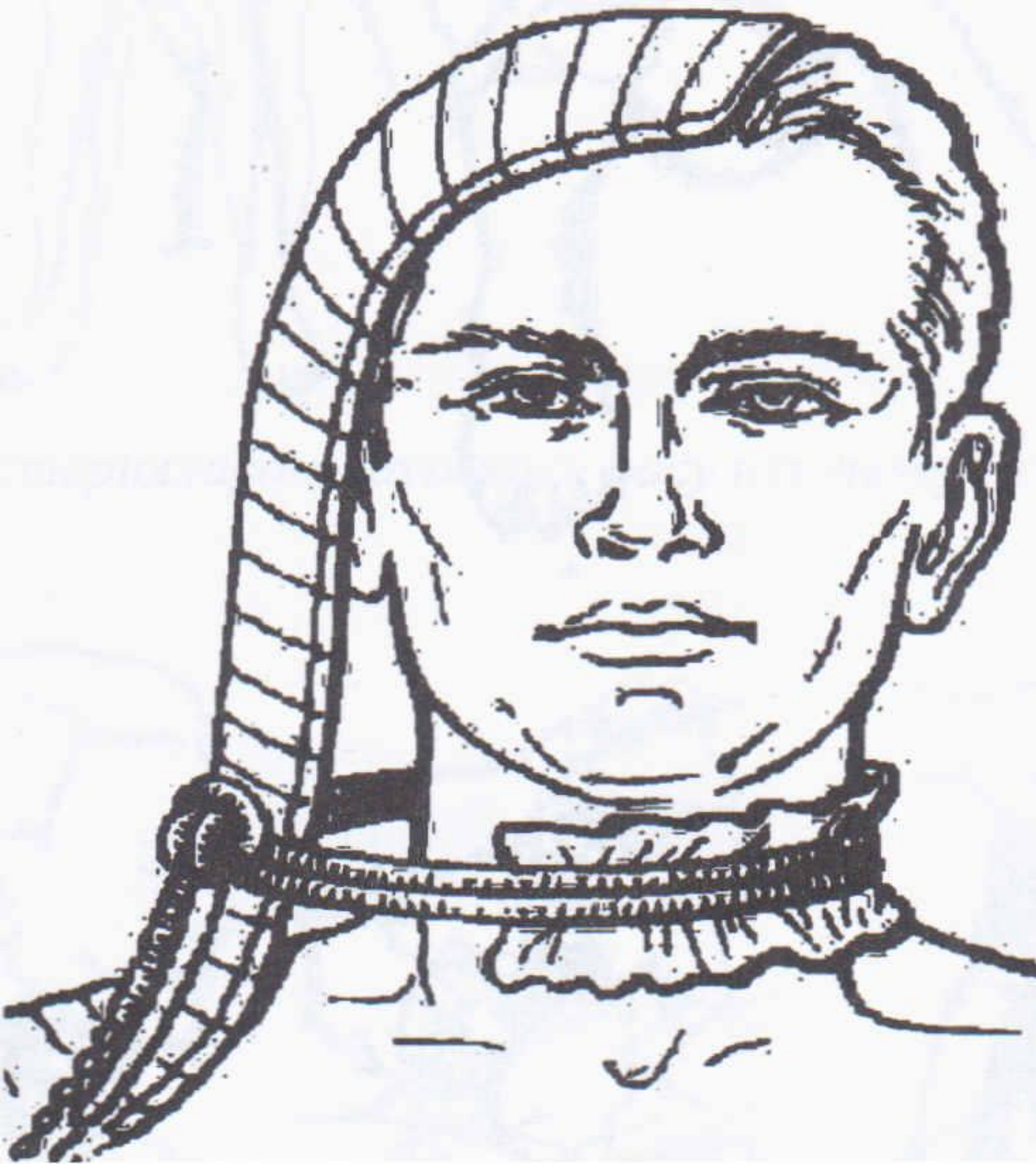
```
graph TD; A[Қан кетуді тоқтату әдістері] --> B[УАҚЫТША]; A --> C[БІРЖОЛАТА]
```

УАҚЫТША

БІРЖОЛАТА

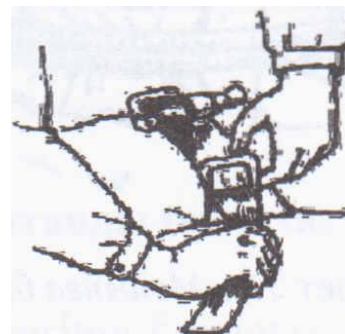
ҚАН КЕТУДІ УАҚЫТША ТОҚТАТУ ӘДІСТЕРІ

- **Бұрау салу.** Бұл әдіс қарапайым және белсенді болып саналады, көбінесе аяқ қолдан артериальді және массивті қан кетулерінде қолданылады.
- Қан тоқтататын бұраудың ұзындығы 1,5 метр, екі ұшында ілмегі бар. Оны зақымдалған жерден проксимальді орналастырады. Бұраудың астына міндетті түрде мата орамал, киім, дәке қою керек. Тартып тұрып 2-3 рет орайды, бірақ байламдар бірінің үстіне бірі жатпауы тиіс. Міндетті түрде бұраудың салынған уақытын көрсету керек, себебі оны 2 сағаттан, ал қолға 1,5 сағаттан артық байлауға болмайды. Бұраудың дұрыс салынғандығының көрсеткіші мыналар: жарадан қан ағудың тоқтауы, шеткі тамыр соғуының жоғалуы, аяқ қолдардың бозғылт, әрі суық болуы. Егер науқасты 1,5-2 сағ. артық тасымалдайтын болса, белгілі бір уақыт сайын бұрауды 10-15 минутқа шешіп отыру керек. Ары қарай, қажет болса, бұрауды шешу рәсімін қайталайды: қыста -30 минуттан кейін, жазда 50-60 минуттан кейін. Бұрауды аяққа немесе қолға салғаннан кейін, тасымалдау құрсауларымен бекіту керек.



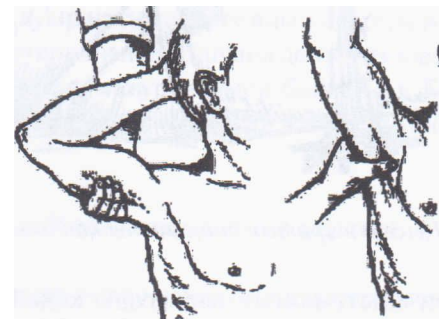
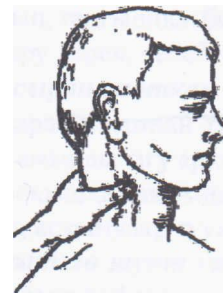
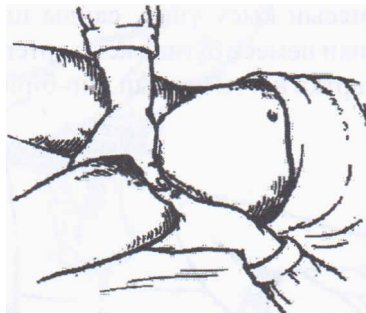
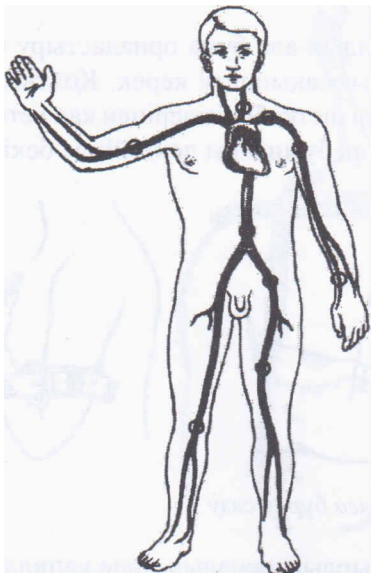
Мойынға
бұрау салу

Аяқ-қолға қан тоқтататын бұрауды салудың ережесі



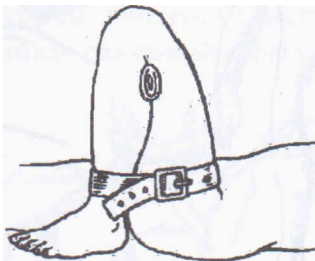
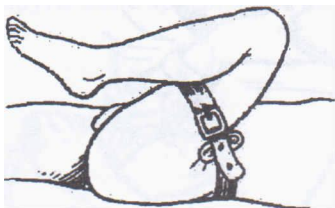
□ **Артерияны саусақпен басу.** Бұл әдіс оңай, әрі тез орындалады. Қансырауды қысқа мерзімге тоқтатуға қолданылады (тамырды 15-20 минуттан артық басу мүмкін емес). Содан кейін, басқа гемостаз әдісін қолдану керек бұрауды салу немесе айырбастау. Қансырауды саусақпен басып тоқтату әдісін артерия беткей және сүйек қасында орналасқан кезде ғана қолданады. Басу нүктелері мен сүйек құрылымдары мыналар: ұйқы артериясы – VI мойын омыртқасының бүйір өсіндісі; бұғана саты артериясы – I қабырға; иық артериясы – тоқпан жіліктің ішкі беті; сан артериясы – қасаға сүйегі. Қан тамырын 2 қолдың бас бармақтарын бірінің үстіне бірін қою арқылы немесе алақан және жұдырықпен қысуға болады. Бұғана асты артериясын қысу қиынға түсетіндіктен, қолды артқа қатты тарту арқылы тоқтатуға болады. Осы кезде бұғана асты артериясы бұғана мен I қабырғаны аралығында қысылады. Жоғарыдағы тамырды саусақпен басуды хирургтар операция кезінде қанды біржолата тоқтатар алдында, шұғыл жағдайларда қолданылады.

Артерияларды саусақпен басу нүктелері:
сыртқы ұйқы артериясы,самай,иық,сан артериясы

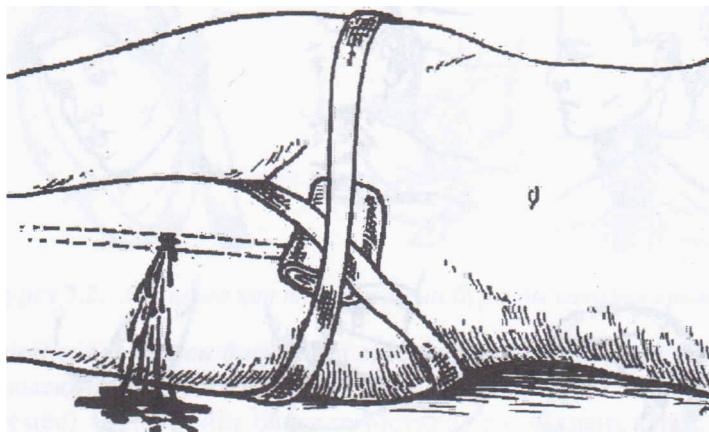


- **Аяқ - қолды буында бұғу.**Өте қолайлы әдіс.Аяқ - қолдан қан кеткенде,буынды қатты бүгіп,оесы қалыпта бекіту керек.Білек тқңәрегінде қан тамырлары жарақаттанғанда,қолдың шынтақ буынында,ал сирақ тамырларынан қан кеткенде –тізе буынында қатты бұғу керек.
- Шынтақ немесе тізе асты шұңқырында алдын ала бума орналастыру керек.Сан артериясын қысу үшін,санды ішке қатты жақындату керек.Қолтық асты артериясынан немесе бұғана асты артериясының шеткі бөлімдерінен қан кеткенде,екі иықты артқа қатты тартып,бір біріне шынтақ буындары деңгейінде бекітеді.

Бүгілген аяқ-қолға бұрау салу

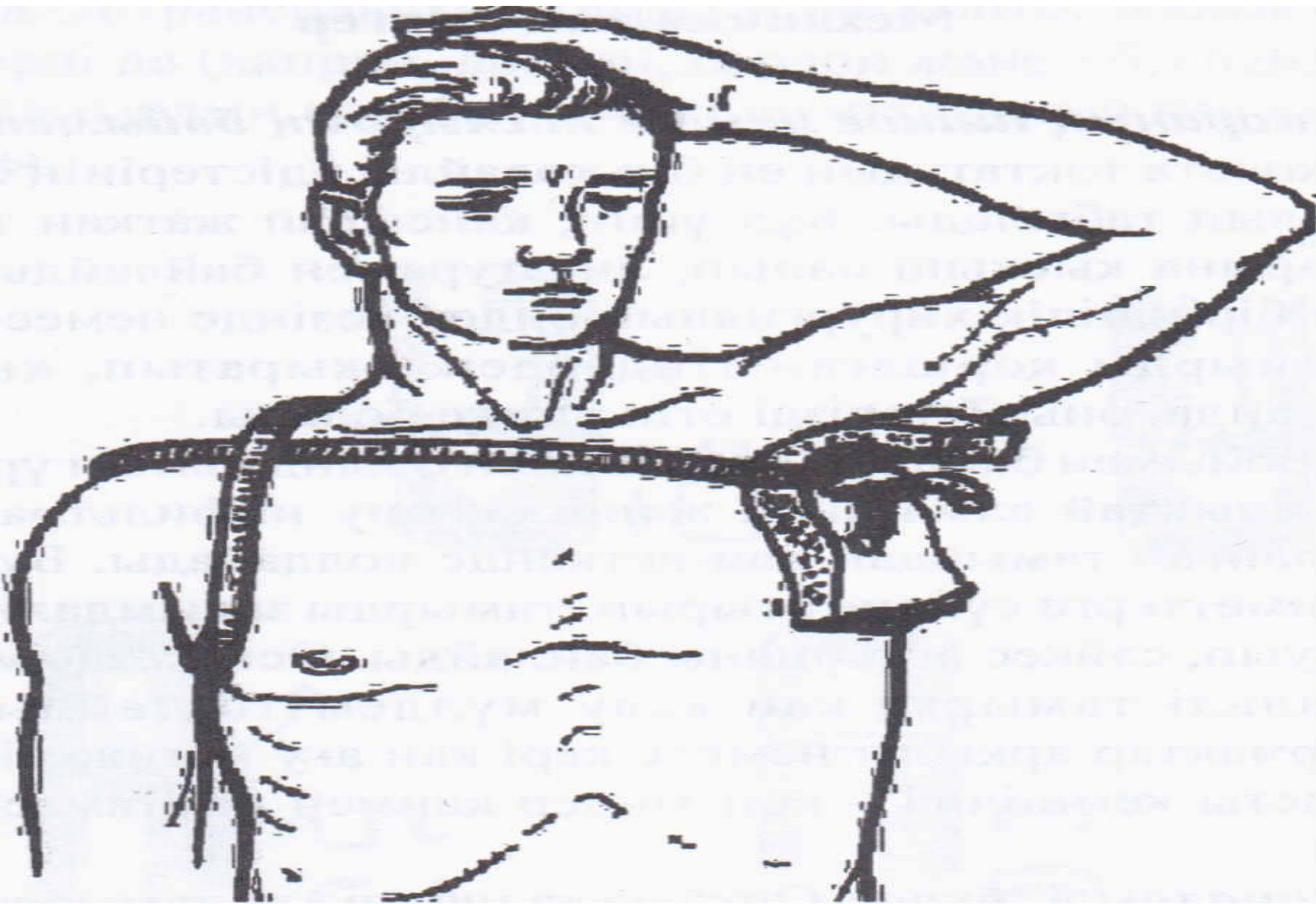


Қысып тұратын таңғышты қан ағып тұрған жерден жоғары салу



- **Қысып тұратын таңғыш ұсақ қан тамырлық, веналық және капиллярлық қансырауда қолданылады.** Жараның үстіне бірнеше залалсыз дәкелерді орналастырып, тығыздап, қатты таңып тастайды. Таңуды орындамас бұрын, қолды немесе аяқты жоғары көтеру керек. Таңуды шетінен ортаға қарай орындайды.
- Көрсетілген әдісті аяқтың варикозды кеңейген веналарынан қан кеткенде қолданады. Қысып таңу флебэктомия, сүт безінің секторальді резекциясы, мастэктомия, т.б. операциядан кейінгі ерте кезеңде қансыраудың алдын лау үшін қолданады.

Қысып тұратын таңғышты қолтық асты аймағына салу

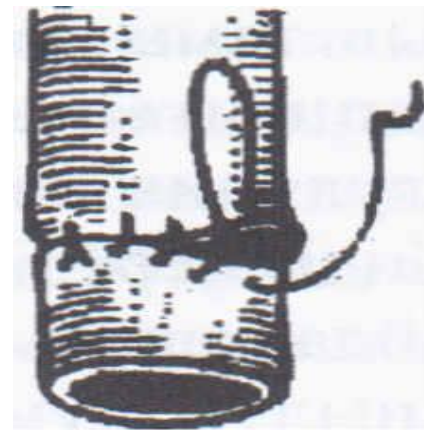
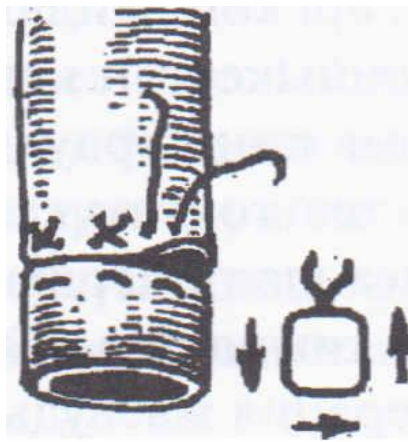
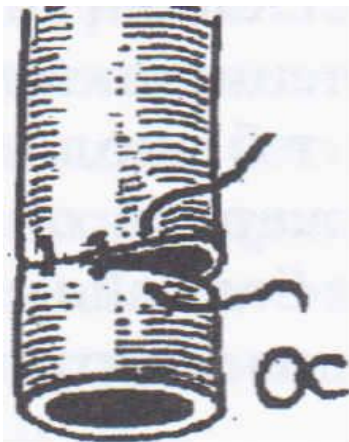


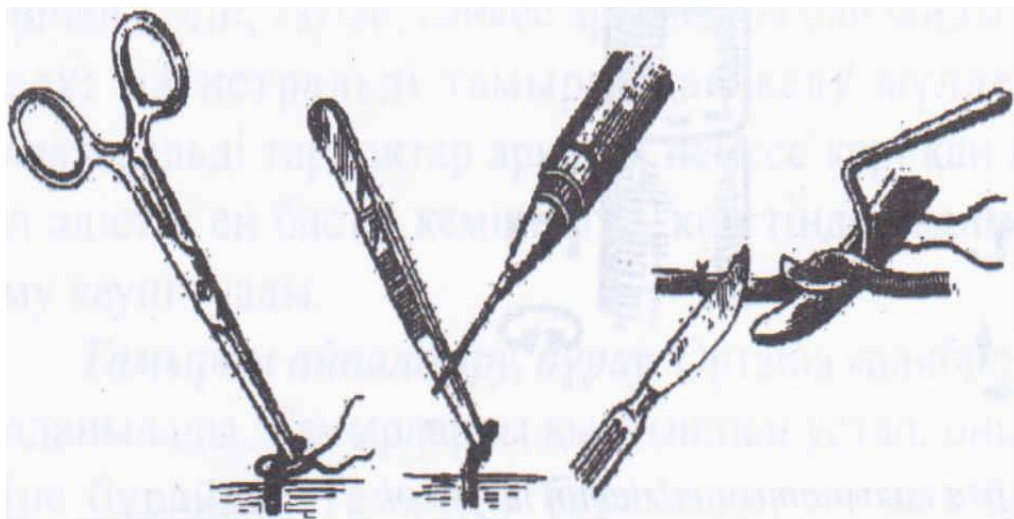
□ **Жараны тығындау.** Жара түбінен аз мөлшерде қан кеткенде, қансырауды уақытша тоқтату үшін, дәке тығынын қолданады. Жараның қуысы дәкемен тығындалып, таңғышпен бекітіледі. Тізе асты аймағындағы жараның тығындалуына зор мән беру керек, себебі аяқтың ишемиясы мен өліеттенуі дамуы мүмкін.

□ **Қансырап жатқан тамырға қысқыш қою** операцияда жиі қолданылады. Хирург жараны қаннан тазартып, құрғатып, қансырап тұрған тамырды қысып, көбінесе тамырды тігу арқылы біржолата тоқтатады. Бұны өте байқап жасау керек. Себебі қысқышқа зақымдалған тамырмен бірге магистральді тамыр немесе нерв кіріп кетіп, асқынулар тууы мүмкін.

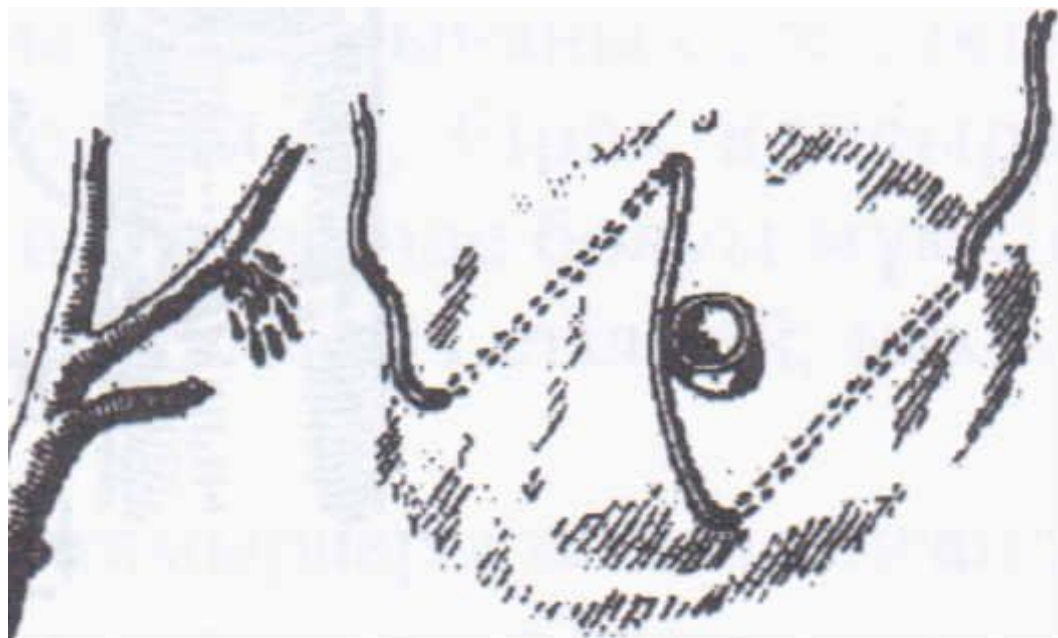
- **Уақытша шунт салу.** Ірі магистральді тамырлар зақымдалғанда, негізгі артерияларда,ы қан айналымын қалпына келтіру үшін қолданылады.Өйткені,олардың ішіндегі қан ағысының тоқтауы ауыр нәтижелерге алып келіп,науқас өміріне қауіп төндіруі мүмкін. Зақымдалған артерияның екі ұшына да тығыз эластикалық түтікше енгізіп, тамыр ұштарын түтікшеге лигатуралармен байлайды. Бірнеше сағаттан ,бірнеше тәулікке дейін қан ағуды біржолата тоқтатуға жағдай туғанша қызмет атқара алады.

Тамырға салынатын тігістің түрлері





Қансырауды біржолата
тоқтату әдістері



ЖЕДЕЛ ҚАН ЖОҒАЛТУДЫ ЕМДЕУ

- Жедел қан жоғалтқан науқастарды уақытында емдеген жағдайда,геморрагиялық шок дамымай,емдеу нәтижесіне оң әсерін тигізеді.Сондықтан,емдеу ерте жүргізілуі,жан жақты болуы керек,патологиялық бұзылыстарды жоюға бағытталған және қансыраудың ауырлық дәрежесіне байланысты болуы қажет.



Жедел қансырауды емдеудің негізгі қағидалары:

- Сыртқы және ішкі қансырауды емдеудің ең нәтижелі шарты болып табылатын, операциялық әдісті қолдану арқылы қан ағуды тоқтату;
- Қан жоғалтудың ауырлық дәрежесін бағалау және аққан қанның көлемін анықтау;
- ЦҚК, қанның коагуляциялық қасиетін қалпына келтіруге және гипотонияны жоюға бағытталған, арнайы инфузионды трансфузионды және гемостатикалық ем жүргізу;

- Қансыраудың І дәрежесінде тек кристаллоидтар енгізіледі(0.9% физиологиялық ерітінді,Рингер ерітіндісі).Тұзды ерітінділердің тамыр ішіндегі циркуляциялық уақыты өте қысқа екенін есте сақтау керек,олар тамыр ішіндегі қан көлемін ұзақ уақытқа дейін толтырып тұра алмайды;
- Қансыраудың ІІ дәрежесінде кристаллоидтар мнe коллоид ерітінділерін(рефортан,стабизол) енгізеді. Кристаллоидты және коллоидты ерітінділерді енгізгенде ЦҚК жоғарылайды,қанның тұтқырлығы төмендейді, макро- және микроциркуляцияның тұрақты қалпына келуін қамтамасыз етеді,тез арада гемодинамиканы қалпына келтіреді,тамырда қалған эритроциттер оттегінің өкпеден тіндерге тасымалдауын керекті мөлшерде қамтамасыз етеді;

- III және IV дәрежелі қансырауда қанның оттегіні тасымалдау қызметін қалпына келтіру үшін, кристалоидтар мен коллоидты ерітінділермен бірге, қанның түйіршіктерін де құяды – жаңа мұздатылған плазма, эритроциттер (эритроциттік масса, тазартылған эритроциттер). Жаңа мұздатылған плазманы құю эритроциттерді еңгізудің алдында жүру керек, өйткені тек осы жағдайда ғана плазманың ұю факторлары тез, әрі сапалы әсер етіп толтырады, микроциркуляциядағы қан ағымы қалпына келеді және қан ұйыту жүйесіндегі бұзылыстардың алдын алады (ҚШҰ-синдромы);
- Тыныс алу бұзылыстарын түзеті, оттегінің толық жеткізілуін қамтамасыз ету;
- Белок алмасуының, қышқыл сілтілі және су электролитті тепе теңдіктің бұзылыстарын қалпына келтіру;
- Постгеморрагиялық кезеңде дененің энергетикалық тепе теңдігін қалыпты жағдайда ұстап отыру;
- Қансыраудың рецидив беру қаупін анықтау.