

# გასტროინტესტინური სისხლდენა

გიორგი გვახარია

პ.შოთაძის სახ. თ.ს.ა. ქირურგიის დეპარტამენტი

პასუხისმგებელი პირი: გიორგი გვახარია, gegva57@yahoo.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.53-56>

**რეზიუმე** | გასტროინტესტინური სისხლდენა არის მძიმედ სამართავი ურგენტული პათოლოგია, რომელიც მოიცავს ორგანიზმის აშლილობის ფართე სპექტრს. იგი შეიძლება იყოს მცირე პრობლემის შედეგი, ან ითხოვდეს მასშტაბურ რეანიმაციულ ღონისძიებებს და სტაბილიზაციას. ანამნეზის შეკრება, მდგომარეობის შეფასება და ადეკვატური მკურნალობის შერჩევა ერთმანეთს უნდა მიყვებოდეს ზუსტი თანმიმდევრობით.

**საკვანძო სიტყვები:** გასტროინტესტინური სისხლდენა

გასტროინტესტინური სისხლდენა არის მძიმედ სამართავი ურგენტული პათოლოგია, რომელიც მოიცავს ორგანიზმის აშლილობის ფართე სპექტრს. იგი შეიძლება იყოს მცირე პრობლემის შედეგი, ან ითხოვდეს მასშტაბურ რეანიმაციულ ღონისძიებებს და სტაბილიზაციას. ანამნეზის შეკრება, მდგომარეობის შეფასება და ადეკვატური მკურნალობის შერჩევა ერთმანეთს უნდა მიყვებოდეს, ზუსტი თანმიმდევრობით.

## კითხვები

### 1. საიდან მოდის სისხლი და როგორ გამოიყურება იგი?

დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლდენის აღწერას. მელენა (შავი ან კუპრისფერი განავლოვანი პასაჟი) მიუთითებს სისხლდენის ლოკალიზაციაზე გასტროინტესტინური ტრაქტის ნებისმიერი წერტილში, პირის ღრუდან ცეკუმამდე. მუქი ფერი გახლავთ ბაქტერიების და ნაწლავური ენზიმების მიერ ჰემის დაჟანგვის შედეგი. ჰემატოხეზა არის სწორი ნაწლავიდან ალისფერი სისხლიანი პასაჟი. იგი ჩვეულებრივ მიუთითებს სისხლდენაზე მსხვილი, სწორი ნაწლავიდან ან ანალური მიდამოდან. ჰემატემეზისი (სისხლიანი ლებინება), ალისფერი ან მუქი შავი სისხლით მიუთითებს სისხლდენის კერაზე ტრეიცის იოგის პროქსიმალურად.

### 2. რა რაოდენობით დაიკარგა სისხლი და დროის რა მონაკვეთში?

მასიური გასტროინტესტინური სისხლდენა უმძიმესი პათოლოგიაა და ითხოვს გადაუდებელ დახმარებას.

### 3. როგორია ვიტალური (სასიცოცხლო) ნიშნები?

მასიური გასტროინტესტინური სისხლდენა შეუძლებელია ჰიპოტენზიასთან და ტაქიკარდიასთან.

### 4. აქვს თუ არა პაციენტს გადატანილი ოპერაციები, რომელი და როდის?

ქირურგიულმა სტრესმა შეიძლება გამოიწვიოს მწვავე გასტროინტესტინური სისხლდენა. პაციენტებს, რომელთაც ჩაუტარდათ ქირურგიული ოპერაცია, პოს-

ტოპერაციულ პერიოდში შეიძლება განუვითარდეთ სტრესული გასტრიტი. პაციენტებს, რომელთაც ჰქონდათ ოპერაცია გასტროინტესტინურ ტრაქტზე, შეიძლება დაეწყოთ სისხლდენა ნაკერების უკმარისობის ან მსხვილი სისხლძარღვის დაზიანების გამო.

### 5. რა არის მნიშვნელოვანი სამედიცინო პრობლემა?

ზოგიერთი მდგომარეობა, ისეთი, როგორცაა ღვიძლის პათოლოგია, საყლაპავის ვარიკოზი, კოაგულოპათია, კუჭის და დუოდენური წყლულები, ქმნიან რისკ ფაქტორს უფრო ხშირი, ან უფრო სერიოზული გასტროინტესტინური სისხლდენის განვითარებისთვის.

### 6. იღებს თუ არა პაციენტი ულცეროვანულ პრეპარატებს, ანტიკოაგულანტებს ან თრომბოლიზურ აგენტებს?

პაციენტები, რომლებიც ღებულობენ არასტეროიდულ ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებს, ან სტეროიდებს მეტად არიან მიდრეკილნი გასტროინტესტინური სისხლდენისკენ. პაციენტებს, რომლებიც იღებენ ანტიკოაგულანტებს ისეთებს, როგორცაა ვარფარინი, ასპირინი და ჰეპარინი, შეიძლება განუვითარდეთ მძიმე სისხლდენები, რომლებიც სტანდარტულ მკურნალობას არ ექვემდებარებიან.

## განპარგულებების თანმიმდევრობა

(ნებისმიერი მასიური სისხლდენის დროს)

1. ექთნის პერმანენტული მეთვალყურეობა (პოსტის გახსნა).
2. ორი მსხვილი პერიფერიული ვენის დაუყოვნებელი კათეტერიზაცია 14-16 გეიჯიანი კათეტერებით. ანტიკუბიტალური ვენები ამ შემთხვევისთვის მისაღებია, თუ ეს, რასაკვირველია, შესაძლებელია. უპირატესობა ენიჭება პერიფერიულ ვენებს, ცენტრალურ ვენებთან მიმართებაში.
3. ჰემატოკრიტის, პროთრომბინის დროის (PT), პარციალური პროთრომბინის დროის (PTT), თრომბოციტების ინდექსის დაუყოვნებლივი განსაზღვრა. ყოველთვის

- იქონიეთ ერთროციტული მასის 4–6 პაკეტი, რომელიც საჭირო გახდება მასიური სისხლდენის დროს.
4. ჰემატოკრიტის განსაზღვრის შემდეგ დაიწყეთ ფიზიოლოგიური ან რინგერის ხსნარის ინფუზია სწრაფი ნაკადით. ინფუზიის მოცულობა ისაზღვრება პაციენტის მდგომარეობით და სისხლის დანაკარგის მოცულობით.
  5. მასიური ზედა გასტროინტესტინური სისხლდენის შემთხვევაში მოამზადეთ ნაზოგასტრალური ან ბლექ-მორის (საყლაპავის ვარიკოზული სისხლდენის დროს) ზონდი.

## ანალიზი

### რა იწვევს გასტროინტესტინურ სისხლდენას?

- I. ზედა გასტროინტესტინური სისხლდენა
  1. პეპტიკური წყლულ(ებ)ი (კუჭის, დუოდენური);
  2. საყლაპავის ვარიკოზი;
  3. ეზოფაგაგატი;
  4. გასტრიტი;
  5. დუოდენიტი;
  6. მალორი-ვეისის ნახეთქები;
  7. ზედა გასტროინტესტინური ნეოპლაზმა;
- II. ქვედა გასტროინტესტინური სისხლდენა
  1. ჰემოროიდული კვანძები;
  2. რექტალური ნახეთქები;
  3. პოლიპები;
  4. წყლულოვანი ან ინფექციური კოლიტი;
  5. დივერტიკულოზი;
  6. ანგიოდისპლაზია;
  7. იშემიური კოლიტი;
  8. ნეკროზული ნაწლავი;
  9. მეკელის დივერტიკული;
  10. ქვედა გასტროინტესტინური ნეოპლაზმა.

## სერიოზული საფრთხე სიცოცხლისთვის

### ჰიპოვოლემიური შოკი / სისხლდენა

პაციენტები ძლიერი გასტროინტესტინური სისხლდენით სწრაფად კარგავენ თავიანთ ინტრავასკულურ მოცულობას და უვითარდებთ ჰიპოტენზიას. სიმპატიკური აქტივაცია (ტაქიკარდია და ვაზოკონსტრიქცია) ვითარდება სისხლის წნევის შენარჩუნების მცდელობისთვის. გამაგრძელებელი სისხლდენა სწრაფად იმარჯვებს ორგანიზმის მცდელობაზე შეინარჩუნოს არტერიული წნევის სტაბილურობა და ვითარდება ჰიპოვოლემიური შოკი. შოკის პრევენცია უნდა განხორციელდეს მასიური ინფუზიის მეშვეობით. ინფუზიის ოდენობას გეგმავს სწრაფად დაკარგული სისხლის მოცულობა. კრისტალოიდები გამოიყენება მანამ, სანამ არ მოგვაწოდებენ სისხლის კომპონენტებს. თუ სახეზეა მასიური გასტროინტესტინური სისხლდენა და არის თანამოსახელე ჯგუფის ერთროციტული მასის მოწოდებაში სერიოზული დაბრკოლება, დაიწყეთ ზრუნვა კრისტალოიდების ჩანაცვლებაზე O (II) Rh (-) ერთროციტული მასით. გასტროინტესტინურ სისხლდენიან პაციენტთან შოკის პრევენციის საუკეთესო გზა არის ინტრავასკულური მოცულობის აღდგენა.

## საწოლთან

### თვალის შევლების ტესტი

გამოიყურება თუ არა პაციენტი კარგად (დამაკმაყოფილებლად), ცუდად (არადამაკმაყოფილებლად) ან კრიტიკულად (ტერმინალური მდგომარეობა)?

პაციენტები უმნიშვნელო გასტროინტესტინური სისხლდენით გამოიყურებიან დამაკმაყოფილებლად და კარგად არიან "შევსებულნი". პაციენტები მასიური სისხლდენით ხშირად არიან ფერმკრთალნი, მშფოთვარე, აღენიშნებათ ტაქიკარდია, ტრემორი, მოუსვენრობა.

### სასუნთქი გზები და ვიტალური ნიშნები

#### სასუნთქი გზები

უმნიშვნელოვანესია სასუნთქი გზების დაცვა პაციენტებთან ზედა გასტროინტესტინური სისხლდენით. ჩვეულებრივად, დასუსტებულ პაციენტებს, გახანგრძლივებული სისხლდენით, უნდა უტარდებოდეთ გასტრალური ასპირაცია ზონდიდან. ენდოტრაქეული ინტუბაცია ნაჩვენებია შოკის, დათრგუნული მენტალური სტატუსის, ლვიძლისმიერი ენცეფალოპათიის, მასიური ჰემატემეზის ან აქტიური ვარიკოზული ჰემორაგიის დროს.

#### ვიტალური ნიშნები

გაზომეთ არტერიული წნევა და პულსი ყურადღებით. ჰიპოტენზია და ტაქიკარდია, პაციენტის მწოლიარე მდგომარეობაში, გახლავთ მძიმე ჰიპოვოლემიის სიგნალი. პაციენტებს გასტროინტესტინური სისხლდენით, რომლებსაც ნაკლებად აქვთ გამოხატული ვიტალური ნიშნების ცვლილებები, შეუძლოა ორტოსტატიკა. დაიწყეთ არტერიული წნევის და პულსის გაზომვა პაციენტთან, მის მწოლიარე მდგომარეობაში, შემდეგ გაიმეორეთ იგივე, პაციენტის მჯდომარე მდგომარეობაში, როდესაც მას ფეხები ჩამოშვებული აქვს საწოლიდან ქვემოთ. თუ ცვლილებები არ იქნება, შეამოწმეთ არტერიული წნევა და პულსი, პაციენტის დამდგარ პოზიციაში. სისტოლური წნევის ვარდნა, 15მმ.ვწყ.სვ.-ზე მეტად, ან პულსის აჩქარება, 15 დარტყმაზე მეტად წუთში, მიანიშნებს ორტოსტატიკულ ცვლილებებზე და ადასტურებს ჰიპოვოლემიას.

#### სელექტიური ფიზიკალური გამოკვლევა I

საწყისი შეფასება არის პაციენტებში ჰიპოვოლემიის ან შოკის განვითარების საფუძვლების განსაზღვრა.

**ვიტალური ნიშნები:** განმეორებით შეაფასეთ პულსი და არტერიული წნევა - მიაქციეთ განსაკუთრებული მნიშვნელობა.

**გულ-სისხლძარღვთა სისტემა:** განსაზღვრეთ შარდის მოცულობა, შეამოწმეთ კანის შეფერილობა და ტემპერატურა.

**ნევროლოგია:** შეაფასეთ გონზე ყოფნის ხარისხი და მენტალური სტატუსი.

პაციენტები, რომლებსაც აღენიშნებათ არაადეკვატური დიურეზი (პერფუზიული ნაკადი) გასტროინტესტინური სისხლდენის დროს, შეიძლება იყვნენ შოკში. ამ დროს: სისტოლური წნევის მაჩვენებელი <90მმ.ვწყ.სვ., დიურეზი <20მლ/სთ ან 250მლ/8სთ. წნევის ვარდნის

პარალელურად მცირდება ცერებრული პერფუზია. ჰიპოვოლემიური პაციენტები გასტროინტესტინური სისხლდენით არიან აპათურები, სომნოლენტურები, ბოდვაში მყოფნი ან უგონონი.

**საწყისი მკურნალობა**

1. კრისტალოიდების გადასხმა;
2. ფოლის კათეტერის ჩადგმა;
3. ვიტალური ნიშნების საგულდაგულო მონიტორინგება;
4. ერთრომასის, კრიოპლაზმის ტრანსფუზია (თრომბოციტების, თუ საჭიროა);
5. O<sub>2</sub> სატურაციის მონიტორინგება, პულსოქსიმეტრით.

მართვის პირველი ნაბიჯი არის ინტრავასკულური მოცულობის შევსება. პაციენტებს, დადგენილი გასტროინტესტინური სისხლდენით, შეუღლებულს ჰიპოვოლემიასა და ჰიპოტენზიასთან, უნდა გადაეხათ ნაკადად 500–1000მლ კრისტალოიდის ხსნარი. მასიური სისხლდენისას გაიმეორეთ ინფუზია 2–3-ჯერ წნევის ციფრების ნორმალიზაციამდე. პაციენტებს, გულის შეგუბებითი უკმარისობით ან ფილტვების პათოლოგიით, სითხეების სწრაფი გადასხმისას შეიძლება, განუვითარდეთ კარდიოპულმონური გართულებები. ასეთმა გართულებებმა შეიძლება დაამძიმოს გულის უკმარისობა და გამოიწვიოს ფილტვების შემუშება. გადასხმის ნაკადის სტატუსის მართვა საუკეთესოა ფოლის კათეტერით, დიურეზის კონტროლით. გამოყოფილი შარდის მოცულობა მგრძნობიარე საზომია თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად. კრისტალოიდების გადასხმის შემდეგ შეამოწმეთ ერთროციტული მასის მოწოდება. როგორც მინიმუმ, საჭიროებისამებრ, 4 ერთეული უნდა იყოს მზად. შეამოწმეთ შეკვეთილი ჰემატოკრიტის ინდექსი. ჰემატოკრიტის შედეგები მწვავე გასტროინტესტინური სისხლდენის დროს, შეიძლება იყოს დაკარგული სისხლის მოცულობის შედარებით არასანდო მაჩვენებელი. ეს ხდება იმიტომ, რომ სისხლძარღვშიდა სივრცეში მწვავე ცვლილებებისას საჭიროა დრო, სისხლძარღვგარე სითხით წონასწორობის აღსადგენად.

კრისტალოიდები ავსებენ ინტრავასკულურ მოცულობას, მაგრამ ვერ ზრდიან ჟანგბადის გადამტან მოცულობას სისხლში. დიდი რაოდენობით კრისტალოიდების ინფუზიისას ხდება სისხლის სხეულაკების დილუცია.

ასაკოვან პაციენტებთან, გულის თანდართული პათოლოგიით, შეინარჩუნეთ ჰემატოკრიტი, როგორც მინიმუმ, 30-ის ფარგლებში; ახალგაზრდა, ჯანმრთელი პაციენტები ადვილად ეგუებიან 25-მდე ჰემატოკრიტის ინდექსს ტრანსფუზიის გარეშე მანამ, სანამ არ გაჩნდება რეჰემორაგიის რისკი.

არ დაგავიწყდეთ დააფიქსიროთ წნევა, პულსი, ცენტრალური ვენური წნევა (თუ მაგისტრალური სისხლძარღვი კათეტერიზირებულია), ჰემატოკრიტი და გამოყოფილი შარდის მოცულობა ყოველ საათში.

საჭიროა სამედიცინო ისტორიაში ტრანსფუზიის საჭიროების დასაბუთება.

შეამოწმეთ კოაგულოგრამა. თუ პაციენტს აღენიშნება სერიოზული კოაგულოპათია, აწეულია PT ან PTT, გადაასხით კრიოპლაზმა. როგორც წესი, კრიოპლაზმის

ორი ერთეული საკმარისია სისხლდენისას კლინიკური ეფექტის მისაღწევად. დაბალმა თრომბოციტულმა ინდექსმა ან თრომბოციტულმა დისფუნქციამ შეიძლება გამოიწვიოს ან დაამძიმოს გასტროინტესტინური სისხლდენა. თრომბოციტოპენიის მქონე პაციენტებს შეიძლება განუვითარდეთ ზედა გასტროინტესტინური სისხლდენა. სისხლდენა შეუღლებული თრომბოციტების მაჩვენებელთან, რომელიც ნაკლებია 40000მმ<sup>3</sup>-ზე, საჭიროებს თრომბოციტული მასის ტრანსფუზიას.

პაციენტებს ნორმალური თრომბოციტული ინდექსით შეიძლება განუვითარდეს პროფუზული გასტროინტესტინური სისხლდენა, ან არსებული სისხლდენა შეიძლება დამძიმდეს სერიოზული თრომბოციტული დისფუნქციის გამო. ურემიამ, ფონ ვილბრანდის პათოლოგიამ, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდების უკონტროლო მიღებამ ან სხვა მდგომარეობებმა შეიძლება გააზარდოს სისხლდენის დრო და დაამძიმოს სისხლდენის გამოსავალი, რაც რთული გასაკონტროლებელი იქნება თრომბოციტული მასის გადასხმის გარეშე.

**სელექტიური ფიზიკალური გამოკვლევა II**

ეს გამოკვლევა უნდა ფოკუსირდებოდეს იდენტიფიცირებაზე, თუ საიდან არის სისხლდენა - ზედა თუ ქვედა გასტროინტესტინული ტრაქტიდან. თუ შესაძლებელია, უნდა განისაზღვროს ლოკალიზაციაც.

ვიტალური ნიშნები: გაიმეორეთ.

ოტოლარინგოლოგია: შეამოწმეთ ცხვირიდან სისხლდენა.

მუცელი: როდესაც აღინიშნა მელენა, ან ყავისნაღეჭი, ჩადგით კუჭში ნაზოგასტრული ზონდი.

აწარმოვეთ გასტრული ასპირაცია.

შეაფასეთ ეპიგასტრული ზონის დაავადებების არსებობა (სისხლმდენი გასტრული ან დუოდენური წყლული).

მიაცქიეთ ყურადღება მუცლის მარცხენა ქვედა კვანძრატის დაავადებების არსებობის შანსს დივერტიკულიტი, იშემიური კოლიტი, ანგიოდისპლაზია, მსხვილი ნაწლავის სიმსივნე).

სწორი ნაწლავი: დააფიქსიროთ ჰემატოხენია, მელენა, ჰემოროიდული კვანძები.

**საბოლოო მკურნალობა**

მეორე საფეხურის მკურნალობის მიზანი არის სითხის ადეკვატური ინფუზიის შენარჩუნება და ჟანგბადის გადამტანი მოცულობის (ჰემოგლობინი) გაზრდა. დამატებით, თუ ეს შესაძლებელია, უნდა აღმოაჩინო სისხლმდენი დაზიანებული უბანი. მნიშვნელოვანია, განვასხვავოთ ზედა და ქვედა გასტროინტესტინული სისხლდენის მკურნალობა.

**ზედა გასტროინტესტინული სისხლდენა**

1. ზედა გასტროინტესტინული სისხლდენის მიზეზს 90%-ზე მეტ შემთხვევაში შეადგენენ პეპტიკური წყლული, მწვავე გასტრიტი, საყლაპავის ვარიკოზი და მელორ-ვისის ნახეთქები, რომელთა დროს, ძირითადად, აღინიშნება ჰემატემეზისი, ყავის ნაღეჭის მსგავსი შიგთავსი ან მელენა.

2. ჩადგით კუჭში ნაზოგასტრული ზონდი (16Fr ან მეტი). აწარმოვეთ კუჭიდან გასტრული ასპირაცია სისხლდენის დასადასტურებლად.

3. აწარმოვეთ კუჭის ლავაჟი, სისხლის და სისხლის კოაგულების მოსაშორებლად, გამოიყენეთ ყინულიანი ფიზიოლოგიური ხსნარის რამდენიმე ლიტრი. ყინულიანი ფიზიოლოგიური ხსნარი ძალზე ეფექტურია მცირე და საშუალო ინტენსივობის სისხლდენების შესასუსტებლად ან შესაჩერებლად.

4. თუ სისხლდენა გრძელდება, ან პაციენტი ხდება ჰემოდინამიურად არასტაბილური, ნაჩვენებია სასწრაფო გასტროფიბროსკოპია. ვარიკოზული სისხლძარღვების სკლეროზირება, ელექტროკოაგულაცია, ან ეპინეფრინის ინექციები ნაჩვენებია სისხლდენის შესაჩერებლად. პაციენტი ითვლება სტაბილიზირებულად, რომელსაც სისხლდენა აღარ აღენიშნება გასტროსკოპიული მანიპულაციიდან 24 საათის განმავლობაში.

5. სპეციფიკური დაზიანებების მენეჯირება:

ა) საყლაპავის ვარიკოზი: გამოიყენეთ სანდოსტატინის 25–50მგ, წვეთოვნად, 25–50მგ/სთ. თუ აღინიშნება ძლიერი სისხლდენა დიაგნოსტირებული ვარიკოზიდან, ჩადგით ბლექმორის ზონდი.

ბ) მელორი-ვეისის ნახეთქები: როგორც წესი, ექვემდებარება კონსერვატულ თერაპიას, მაგრამ თუ აღინიშნება სიცოცხლისთვის საშიში სისხლდენა, შესაძლებელია, ნაჩვენები იყოს ანგიოგრაფიული ემბოლიზაცია.

გ) წყლულების მკურნალობა მდგომარეობს ანტაციდების შეყვანაში ნაზოგასტრულ მილში ყოველ 1–2სთ-ში. წყლულოვანი გენეზის სისხლდენა შეიძლება შემცირდეს რანიტიდინის (50მგ) ი/ვ ინფუზიით, ყოველ 8სთ-ში.

დ) სტრეს გასტრიტი ხშირად ექვემდებარება ანტაციდებით მკურნალობას.

უმკურნალები პაციენტებს H.Pyloris-ის წინააღმდეგ, თუ ეს უკანასკნელი დადგენილია.

რ. მიმართეთ ქირურგიულ ოპერაციას ყველა პაციენტთან, რომელთაც აღენიშნებათ რ ერთეულზე მეტი

სისხლდენის ულუფა დღეში ან ყველა პაციენტს უკონტროლო სისხლდენით. სხვა დაზიანებები ხშირად არ საჭიროებენ ოპერაციას, იმ წყლულების გარდა, სადაც მოჩანს მსხვილი სისხლძარღვი ფსკერზე და წყლულები, რომელთა დროსაც აღინიშნება რეკუმორაცია ერთ ჰოსპიტალურ დღეს.

### ქვედა გასტროინტესტინური სისხლდენა.

1. ქვედა გასტროინტესტინურ სისხლდენას თან სდევს მუქი ფერიდან ალისფერ სისხლიან გამონადენამდე სწორი ნაწლავიდან.

სისხლის ფერი დამოკიდებულია მის დაყოვნების დროზე გასტროინტესტინურ ტრაქტში. ასეთი სისხლდენის წყარო ლოკალიზებულია ტრეციის იოგის დისტალურად. სწორი ნაწლავიდან ალისფერი სისხლდენა შეიძლება დაკავშირებული იყოს პროქსიმალურ დაზიანებასთან, ისეთთან, როგორცაა დუოდენური სისხლდენა, თუ ნაწლავებში გავლის დრო არის მცირე.

2. აწარმოვეთ თითო რექტული გასინჯვა, ანოსკოპია, ან სიგმოიდოსკოპია.

3. ჩადგით ნაზოგასტრული ზონდი და შეამოწმეთ შიგთავსი ასპირაციულად. შეიძლება ინახოს მასიური სისხლი, ყავის ნალექი მსგავსი დაფარული სისხლი. სისხლი კუჭში მიუთითებს ზედა გასტროინტესტინულ სისხლდენაზე. ამ შემთხვევაში ნაჩვენებია ეზოფაგო-გასტროდუოდენოსკოპია.

4. თუ ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიით სისხლდენის წყარო არ გამოვლინდა და სიგმოიდოსკოპია და ანოსკოპია ადასტურებს სისხლდენას სიგმური კოლინჯის ზევით, აწარმოვეთ სასწრაფო კოლონოსკოპია (ან ანგიოგრაფია).

გამოცდილმა ენდოსკოპისტმა შეიძლება გამოიყენოს ელექტროკოაგულაცია, ან მკურნალობის სხვა საშუალებები სისხლდენის შესაჩერებლად.

5. ქირურგიული ოპერაცია შემონახულია იმ პაციენტებისთვის, ვისთანაც სისხლდენა ნარჩუნდება ყველა კონსერვატიული ღონისძიებების მიუხედავად.

#### ლიტერატურა:

#### References:

1. Gregg A. Adams, Stephen D. Bresnick – “ On Call Surgery” 2001.
2. David C. Sabiston, H. Kim Lyerly - “ Surgery “ 1992.

## GASTROINTESTINAL BLEEDING

Giorgi Gvakharia

P.Shotadze T.M.A., Surgery Department

Contact person: Giorgi Gvakharia, gegva57@yahoo.com

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.53-56>

#### Resume

Gastrointestinal bleeding is a stressful on-call problem to manage. It is common in hospitalized patients, and it includes a broad spectrum of disorders. Gastrointestinal bleeding can represent a minor problem or a life-threatening emergency. Initial management involves resuscitation and stabilization. History taking, evaluation, and definitive treatment should follow in rapid sequence.

**Key words:** gastrointestinal bleeding, initial management