

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Унверситеті

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕГІ ҚАН КЕТУДІҢ СЕБЕПТЕРІ: Травма, Тромбин.

Орындаған: Балтабаев К.

4-016 ЖМФ

Қабылдаған: Есетова С.Қ

Қарағанды 2019 жыл

Жоспар:

- Кіріспе.
- Негізгі бөлім
- *БОСАНҒАННАН KEЙІНГІ EPTE KEZEҢДЕГІ ҚАН КЕТУДІҢ СЕБЕПТЕРІ – 4 «Т».*
- Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан кетулерде қадамды терапия жүргізіледі.
- Қорытынды
- Пайдаланған әдебиеттер

Кіріспе

- Босағаннан кейінгі қан кету – қынаптық босану жолдарынан кейінгі қан кету 500мл және одан көп болуы , немесе 1000мл және одан көп болуы Кесарь тілігі кезінде

Жіктелуі



Ерте босағаннан кейінгі қан кету

алғашқы 24 сағаттын ішінде пайда болса

Кеш босағаннан кейінгі қан кету

алғашқы 24 сағаттан кейіннен 42 тәулікке дейін

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕГІ ҚАН КЕТУДІҢ СЕБЕПТЕРІ – 4 «Т»

- **«Тонус»**
- **«Тіндер»**
- **«Травма» (Жарақат)**
- **«Тромбин»**

Босану жолдарының жарақаттары («Т» – травма)	Жатыр мойнының жыртылуы	<ul style="list-style-type: none"> - жиі босану - оперативті-вагинальды босану
	Тілігі кезіндегі жарақаттық жыртылу	<ul style="list-style-type: none"> - ұрықтың дұрыс жатпауы - жатқан бөлігінің төмен орналасуы
	Жатырдың жыртылуы	Операция жасалған жатыр
	Жатырдың шығып тұрған жері	<ul style="list-style-type: none"> - жоғары паритет - плацентаның жатыр түбінде орналасуы

Коагуляцияның бұзылуы («Т» – тромбин)	Туа біткен аурулар (Гемофилия А, Виллебранд ауруы)	<ul style="list-style-type: none"> - туа біткен коагулопатиялар - бауыр аурулары
	<ul style="list-style-type: none"> - жүктілік кезінде пайда болған аурулар - идиопатиялық тромбоцитопения - Презклампися мен тромбоцитопения - ТШҚҰ (презклампися, антенатальды өлім, ауыр инфекция, ұрық маңы суларынан эмболия) 	<ul style="list-style-type: none"> - гематома және қансырау - презклампися, эклампися HELLP синдромы - ұрықтың антенатальды өлімі - хориоамнионит - босануға дейінгі кезеңде қан кету
	Антикоагулянттармен емдеу	Қан ұйындысы түзілмейді

Негізгі диагностикалық шаралар

- Шағымдары – Іштің төменгі бөлігіндегі ауырсынулары
– Жалпы әлсіздік, бас ауруы
- Физикальді тексеруде- пульс 100 соқ/мин жоғары, АҚ – 100/60 төмен

O₂ сатурация 95% төмен, Жатыр тонусының төмендеуі,

Жатыр мойнын айнамен қарауда – жыртылулар

Жоғалтқан қан көлемін бақылау, санау

- Лабораторлы
- ЖҚА (Hb, Ht, тромбоциты)
- коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, қан ұйю уақыты, МНО)
- Қан тобын анықтау АВО, резус сәйкестігін анықтау
- Қосыша – УЗИ, ЭКГ, Допплерометрия

Жедел жәрдем көмегі кезіндегі диагностика мен емі

- Физикальді қарау

Шағымдары мен анамнез (алдыңғы жүктіліктерде босанудан кейінгі қан кетулер)

Босанған әйелдің жалпы жағдайын бақылау (АҚ, ЖЖЖ, Пульс, ТАЖ)

Жоғалтқан қан көлемін санау

Жатыр тонусын бағалау

- Медикментозды емі

перифериялық көк тамырды катетеризациялау (№№ 14-16G)

кристаллоид инфузиясы кеткен қан көлемін 3:1 қатынасы 1000,0 мл
15-20 минут;

Жылыту, Ылғалданған O₂ ингаляциясы, Босану үйіне хабарлау

Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан кетулерде қадамды терапия жүргізіледі

- 1 қадам – босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан кетулермен бастапғы күресу
- 2 қадам – этиотропты терапия
- 3 қадам – қан ағуды уақытша тоқтату әдісі
- 4 қадам – Лапаротомия (этапты хирургиялық гемостаз)

1 қадам – бастапқы баға

- **Бір уақытта:**
- Бос персоналды мобилизациялау
- **(көмекке шақыру:** оперативті емді толық көлемде меңгеретін акушер-гинекологтарды, анестезиолог-реаниматологты, лаборантты).
- Қан жоғалту көлемін бағалау. Әрбір 5-10 минут сайын
- Жалпы жағдайын бағалау және өмірге маңызды ағзалар қызметін бақылау (АҚҚ, пульс, дене қызуы, тыныс алу жиілігі, диурез) әрбір 5-10 минут сайын
- Қуықты катетеризациялау – қуық бос болуы тиіс.
- 2 перифериялық көк тамырды катетеризациялау (№№ 14-16G), кеткен қан көлемін 3:1 қатынасы
- Әйелді жылыту (көрпе жамылу, ылғалды төсек орнын ауыстыру).

1 қадам – бастапқы баға

- Қан тобын анықтау, Rh-фактор сәйкестігіне қан алу.
- Ылғалды O₂ беру,
- ЭМ және СЗП жалдап қою
- Емінің нәтижесі болған жағдайда – интенсивті босанудан кейінгі күйім жүргізіледі.
- Себебін анықтау:
 - - бала жолдасын қарау (тін)
 - - босану жолдарын қарау (травма-жарақат).
 - - жатырды қарап тексеру (тонус)
 - - ТШҚҰ синдромын жоққа шығару (тромбин)

2 қадам - Этиотропты терапия

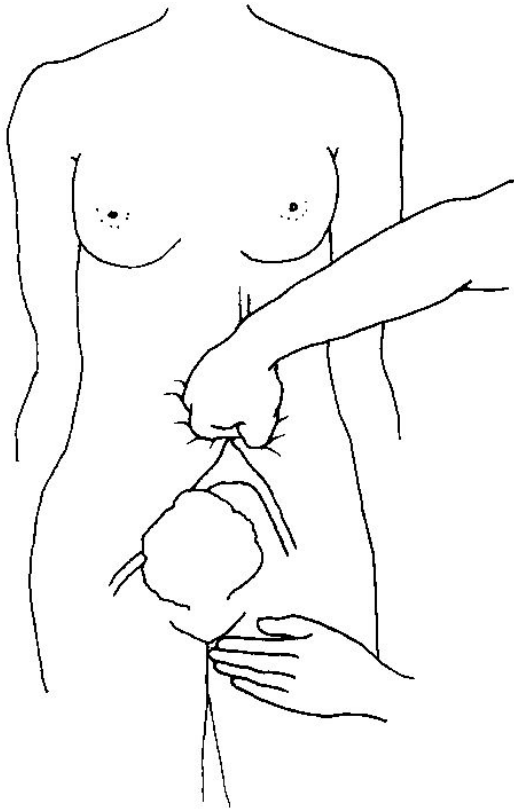
«Травма»	«Тромбин»
Босану жолдарының жарақаттары	Коагуляцияның бұзылысы
<ul style="list-style-type: none">• айнамен қарау• босану жолдарының жарақаттары кездессе тігіс салу• жатырдың жыртылуында лапаротомия жасау• жатырдың айналуын орнына келтіру, релаксация, репозиция,	<ul style="list-style-type: none">• ұю факторларын құю (ЖМП, ЭМ криопреципитат, тромбоцитарлық масса) протромбинового комплекса, ұюдың рекомбинантного VII фактора

Қан тоқтату шаралары нәтижесіз болатын болса

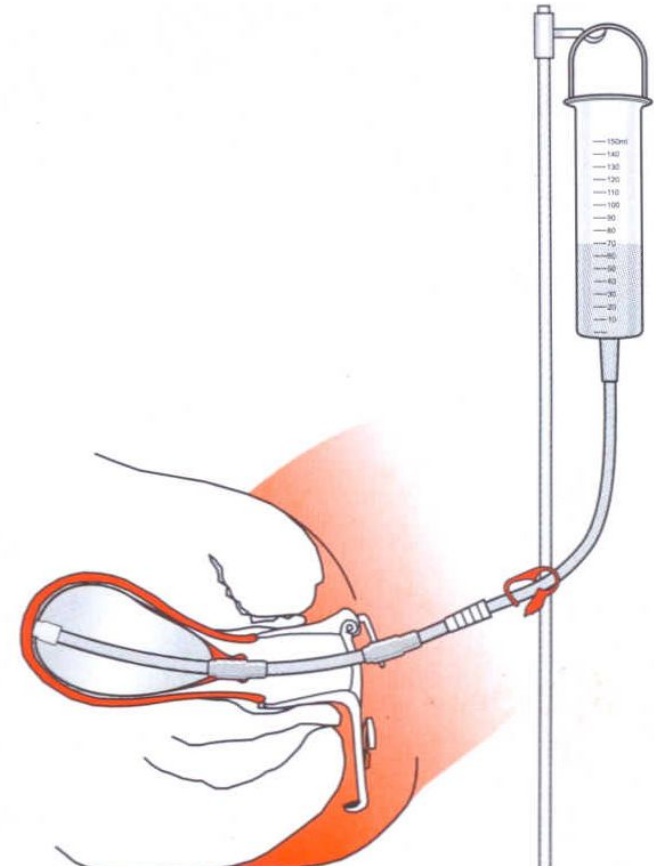
- Хирургиялық гемостаз – егер қан жоғалту 1000мл одан жоғары болса
КЕШ ЖАСАҒАНША, ЕРТЕРЕК ЖАСАУ КЕРЕК
- Акушерлік қан кету кезінде қолайсыз нәтижелерді алу себептеріне, хирургиялық гемостазды кеш жасау жатады
- Лапаротомия – әрқашан гистерэктомия емес
- ЭМ және СЗП бар болуын қадағалау, трансфузияға дайын болу
- Акушерлік қан кету кезінде қолайсыз нәтижелерді алу себептеріне, хирургиялық гемостазды кеш жасау жатады

Аса қатты қан кетуде ЭМ құю

3 қадам- қан ағуды уақытша тоқтату әдісі



Құрсақ қолқасын
басу

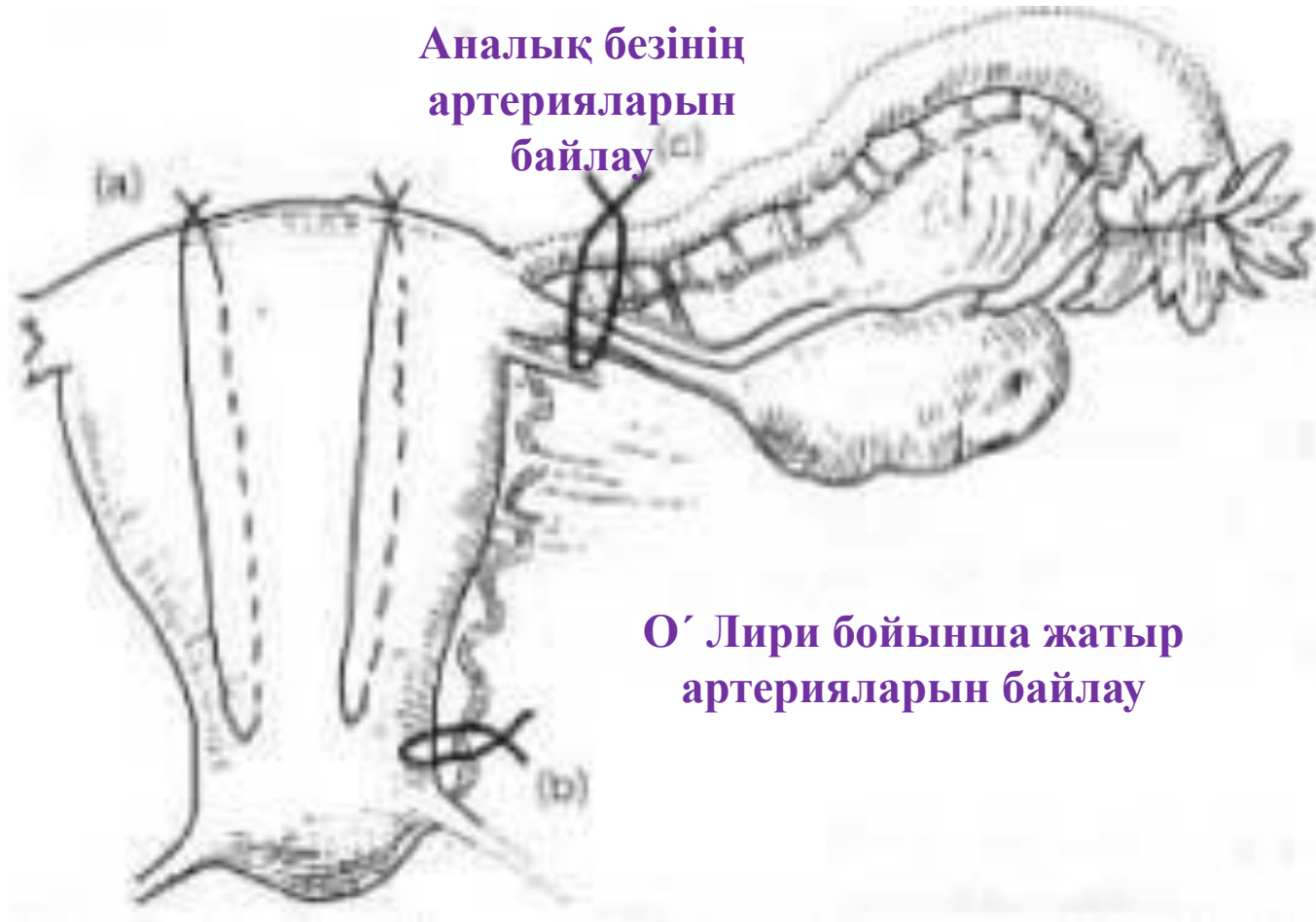


Жатыр ішілік
тампонада

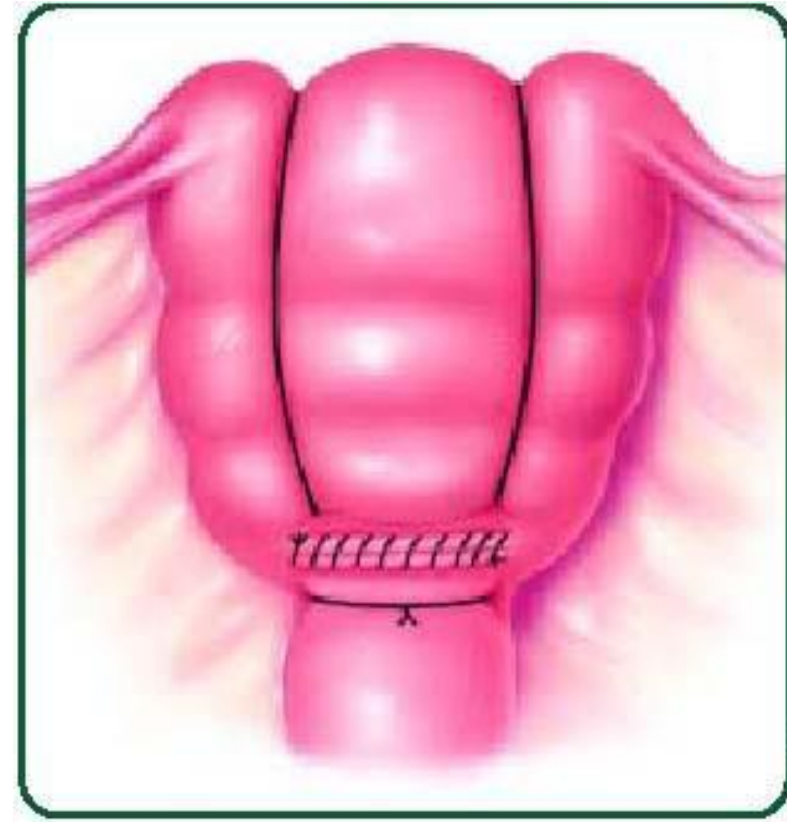
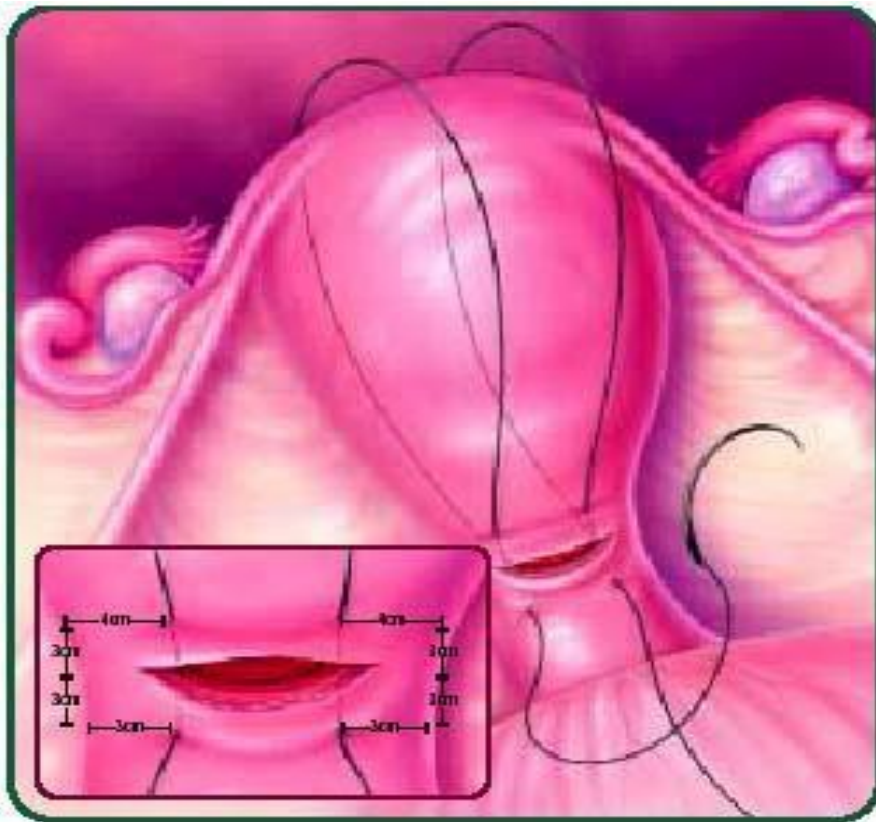
4 қадам – этапты хирургиялық гемостаз

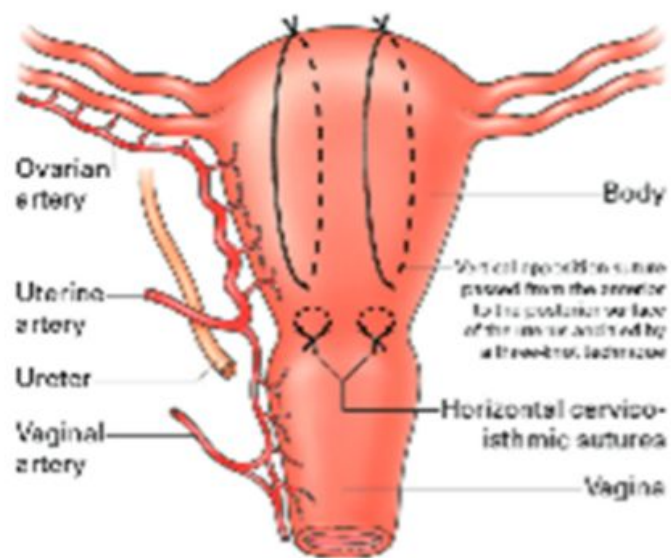
Оперативті кірісу көлемі	Белгілері
Жатыр артериялырын О'Лири бойынша байлау Компрессионды гемостатикалық тігіс	Атониялық қан құйылу ТІШҚҰ синдромысыз, Кювелер жатыры0 простогландин енгізгеннен емнің нәтижесіздігі
Жатыр ампутациясы қосалқыларысыз	Жатырдың сыртқа анылауы, Ұрық жолдасының еніп өсуі
Жатырдың экстрипациясы қосалқыларысыз	Атониялық қан құйылу ТІШҚҰ синдромымен немесе жатыр мойнының жарақаты,Кювелер жатыры, жатырдың жыртылау. Төмен орныққан плацентаның нағыз еніп өсуі.
Жатырдың экстрипациясы ішкі мықын артерияларын байлауымен	Атониялық қан құйылу ТІШҚҰ синдромымен. Коагулопатиялық қан құйылу
Жатыр артерияларының тері арқылы тарнскатерлік эмболизациясы	Егер жағдайлар мен мүмкіндіктер болатын болса (ангиограф)

Жатыр артериялырын О'Лири бойынша байлау



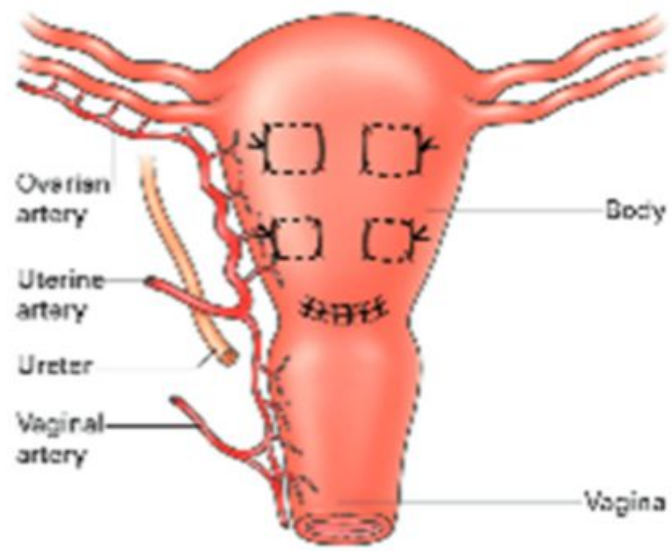
Б-Линча тігісі хирургиялық компрессионды тігіс салу:





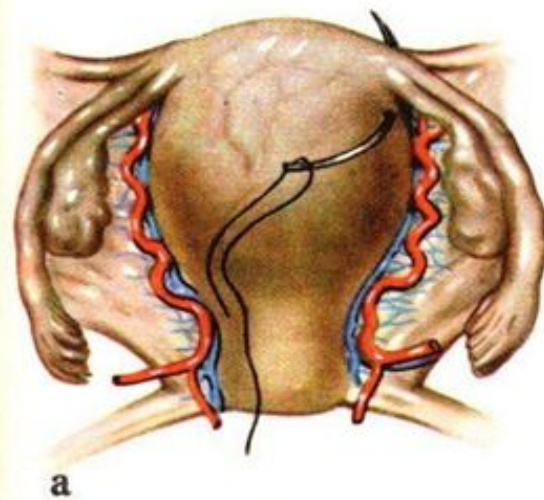
© Copyright B Lynch '05

Figure 5 The Hayman uterine compression suture without opening the uterine cavity¹¹

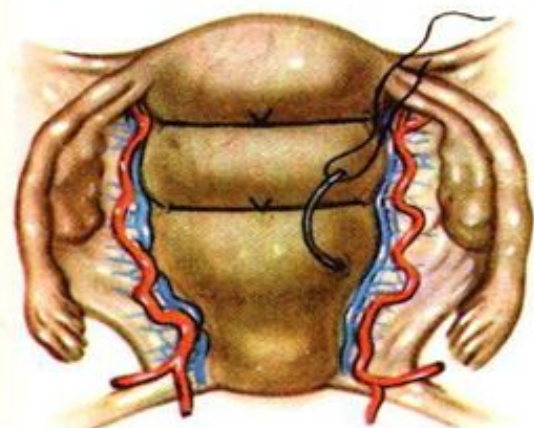


© Copyright B-Lynch '05

Figure 6 The Cho multiple square sutures compressing anterior to posterior uterine walls¹²



a

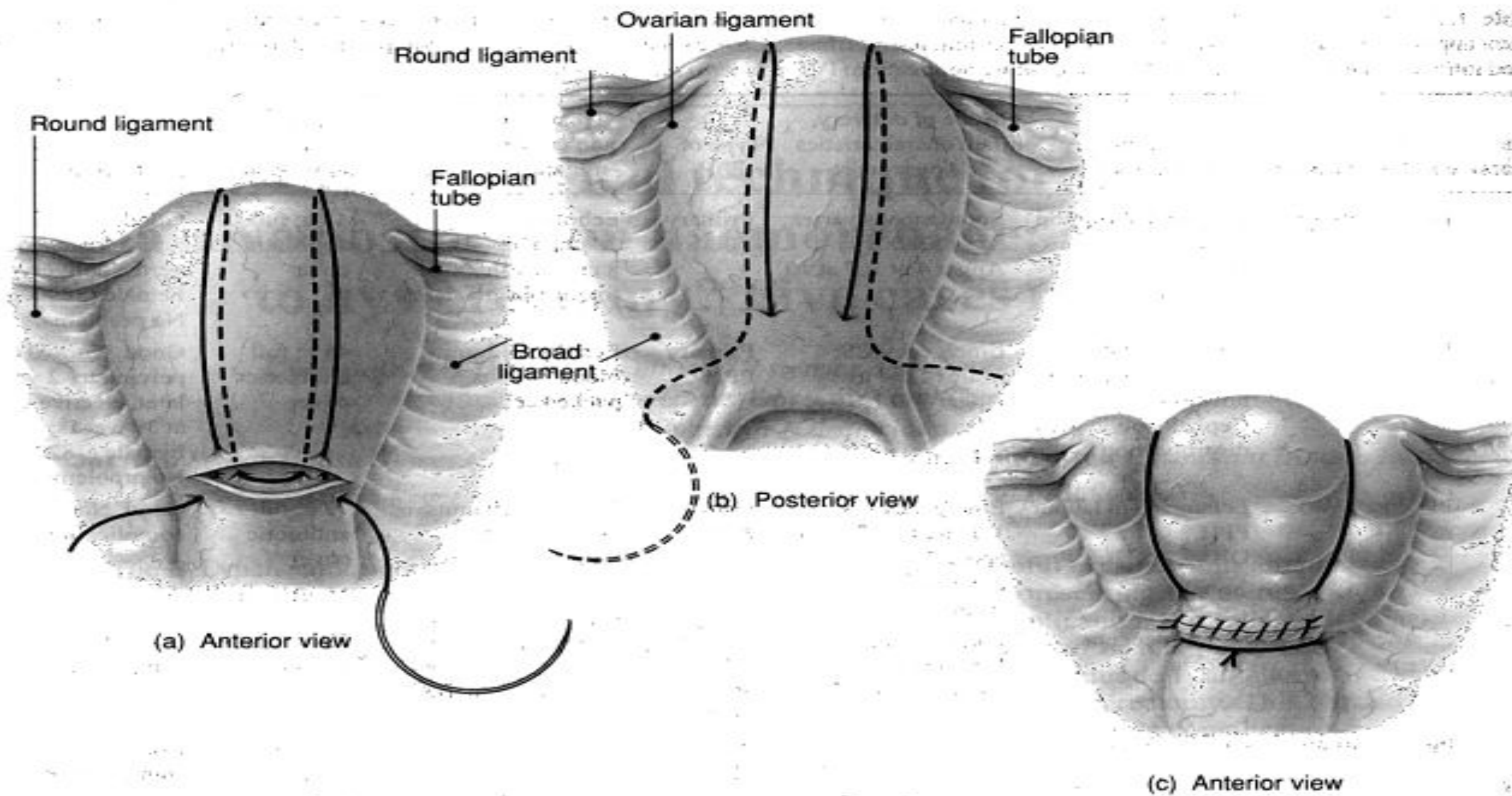


б

25

Гемостатические швы:

а — прокол медиальной сосудистой пучка у левого края матки, вблизи ее дна; б — гемостатическими швами стянута верхняя половина матки, начало наложения третьего гемостатического шва



Босану кезіндегі босану жолдарының жарақаттары

- Босану кезінде аралықтың,қынап және жатыр мойнының ұлпаларының жарақаттануы жиі кездеседі.
- Босану жолдарының ұлпалары жұмсақ босану кезінде едәір керіліп созылады.Көп жағдайларда босану жолының ұлпаларының дөрекі созылуынан,босанудың ауытқуынан,акушерия операцияларынан кейін аралық,қынап,жатыр мойны және жатыр жыртылуы мүмкін.
- Босану кезіндегі ананың жарақаттар:
 - 1.Аралықтың жыртылуы.
 - 2.Қынаптың жыртылуы.
 - 3.Жатыр мойнының жыртылуы.
 - 4.Жатырдың жыртылуы.
 - 5.Қасаға буынының ажырауы.
 - 6.Босанғаннан кейінгі жыланкөздер.
 - 7.Жатырдың теріс айналып кетуі.

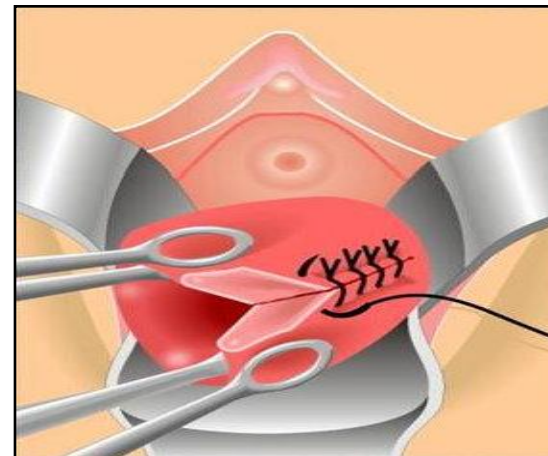
Босану жолдарының жарақаты (20 %)

- Жыртылулар
- Гематома
- Жатырдың айналуы
- Жатырдың жыртылуы

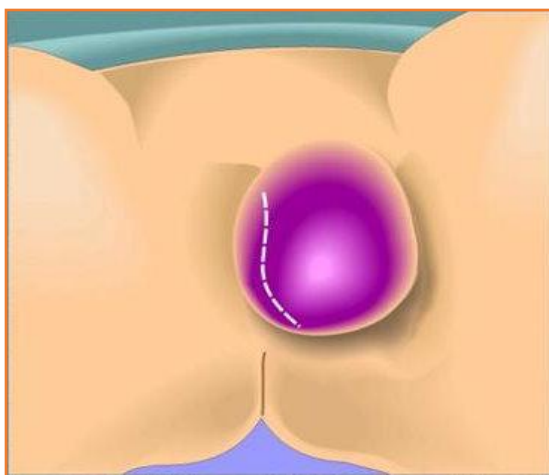
Қынаптың жыртылуы



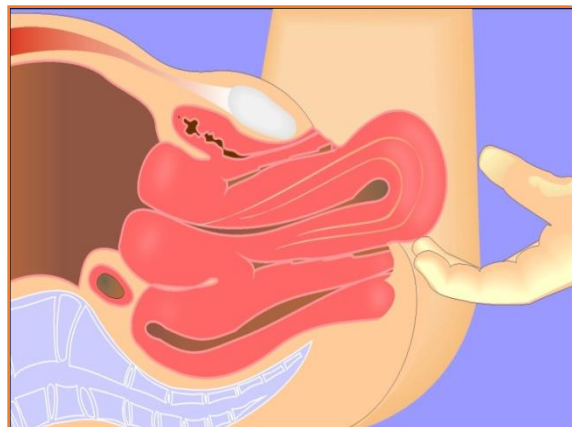
Жатыр мойнының жыртылуы



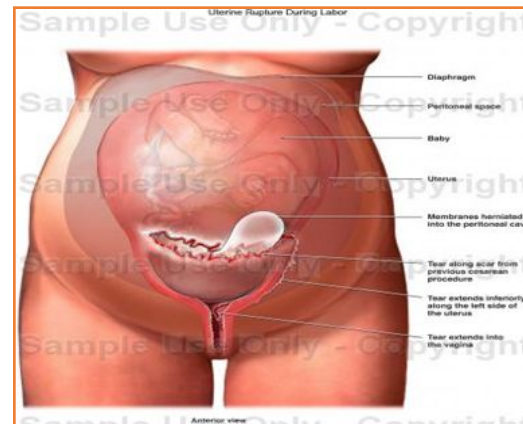
гематома



Жатырдың айналуы



Жатырдың жыртылуы



АРАЛЫҚТЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ, СЕБЕПТЕРІ, ДӘРЕЖЕЛЕРІ.

- Аралықтың жыртылуы-ең жиі кездесетін жарақат, босанған әйелдер арасында 10-12%, алғаш босанушыларда 2-3есе жиі.
- СЕБЕПТЕРІ: 1. Жасы 30-дан асқан тұңғыш босанушы; аралығы өте жоғары орналасқан; бұрын бірнеше рет аралығы жыртылған әйелдерде жиі кездеседі.
- 2. Нәресте басы жамбас жазықтықтарында дұрыс орнықтағанда үлкен өлшемдермен туылғанда; бас үлкен және оның конфигурациясы жеткіліксіз болғанда.
- 3. Акушерия операциясында-қысқыш салудан кейін.
- Аралықтың жыртылу қауіпінің белгілері: аралық көгеріп, ісініп, терісі түссізденеді-аралықты кеседі (перинеотомия).
- АРАЛЫҚТЫҢ ЖЫРТЫЛУЫНЫҢ ҮШ ДӘРЕЖЕСІ БАР.
- Бірінші дәрежесі. Шамалы аралық терісі және қынап қабырғасы жыртылады, аралықтың бұлшықеттері сау.
- Екінші дәрежесі. Аралықтың терісі және бұлшықеттері, қынаптың қабырғасы жыртылады.
- Үшінші дәрежесі. Жоғарыда аталған ұлпалармен бірге, тік ішектің артқы сфинктері жыртылады. Аралықтың жыртылуынан жыныс мүшелерінің төмен түсуі байқалады. Үшінші дәрежесінде қынаптың, жатырдың төмен түсуімен бірге әйел үлкен дәретін ұстай алмайды.

АРАЛЫҚТЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ ЕМІ.

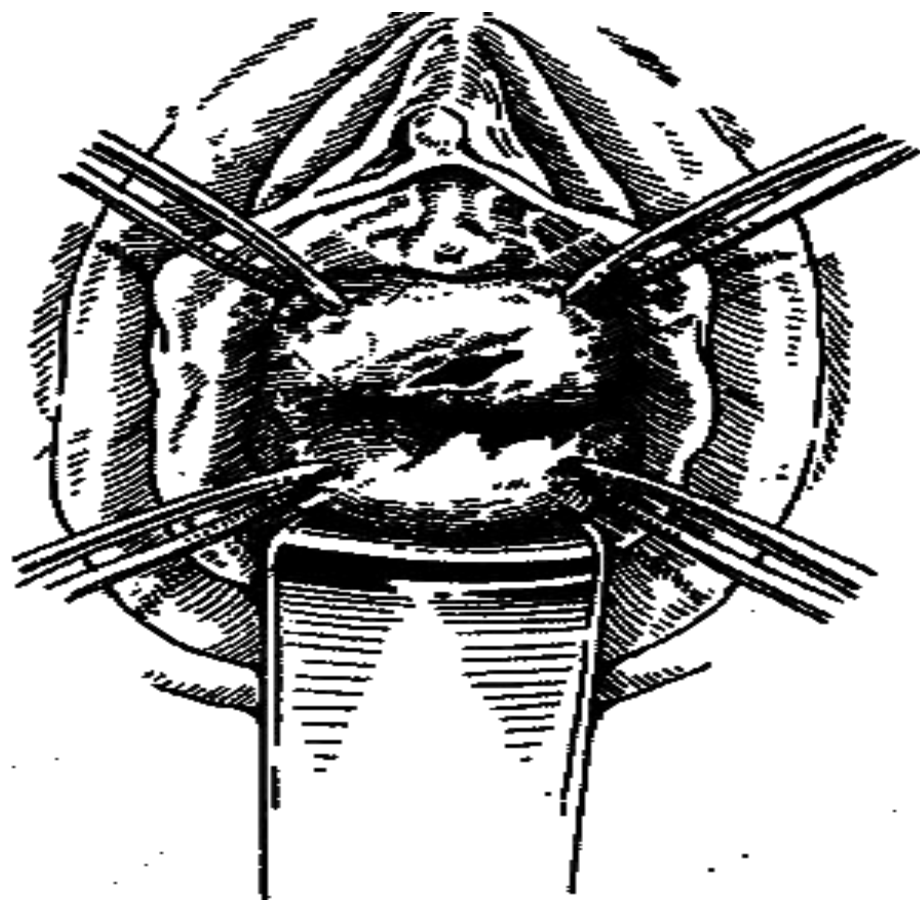
- ЕМІ.Барлық асептика ережелерін қолдана отырып,аралықтың жыртылған жеріне тігіс салады.Бірінші және екінші дәрежесінде новокайнмен жансыздандырады,үшінші дәрежесінде наркоз береді. Тігіс салар алдында қынап айнасы арқылы жыртылған жерді анықтайды.
- БІРІНШІ ДӘРЕЖЕСІНДЕ-алдымен кетгут жібін қынаптың шырышты қабатына,содан кейін жібек жіпті аралықтың терісіне салады.Тігіс қашықтығы-1см,тігісті бір-бірімен байлағанда жыртылған жердің шеттері бір бірімен түйісуі қажет.
- ЕКІНШІ ДӘРЕЖЕСІНДЕ-тігіс жарақаттың ең соңғы бұрышына,содан кейін аралықтың бұлшықетіне,қынаптың шырышты қабатына салынады.Соңғы салынған кетгут жібін жоғары көтеріп тартып аралыққа жібек немесе косметикалық тігіс салып,жарақатқа иод ерітіндісін жағады.
- ҮШІНШІ ДӘРЕЖЕСІ-алдымен тігісті тік ішек қабырғасына, содан кейін жыртылған сфинктерге салады,оларды тігіспен жалғастырады.Жарақатқа асептикалық дәкені салып.тігіс орнын құрғатып,йод,спирт ерітінділерімен тазартып отырады.Аралықтың жыртылуының бірінші және екінші дәрежесінде тігісті бесінші күні алады,ал үшінші дәрежесінде тігіс алынбайды үлкен дәретке тек 7-8ші күндері отыруға болады

ҚЫНАПТЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ, СЕБЕПТЕРІ, КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ, ЕМІ

- **СЕБЕПТЕРІ.** Көбінде қынап қабырғаларының жеткілікті созылмауынан, дамып жетілмеуінен, бастың шалқая туылуынан, ірі нәрестеде, шапшаң босануда және аралық жыртылғанда қынап қабырғалары да жиі жарақаттанады.
- **ҚЫНАПТЫҢ ГЕМАТОМАСЫ.** Қынап қабырғасының астында кездеседі. Гематоманың мөлшері жарақаттанған қан тамырларының көлеміне және қанның ұю қасиетіне байланысты. Гематома босану ағымында акушерлік қысқыш салғанда, шапшаң немесе босану ұзаққа созылғанда пайда болады.
- **КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ.** Гематома көкшіл қара қоңыр қанды ісік. Көлемі үлкен гематомаларда қанның қызыл түйіршіктері төмендеп кейде іріңдейді. Әйелдің ыстығы көтеріліп, денесі түршігеді, ауырғаны артып, қанның құрамы өзгереді.
- **ЕМІ.** Көлемі кішкентай гематомаларды консервативті жолмен витаминдер, антибиотиктермен, ал көлемі тез арада үлкейген гематоманы тек хирургиялық жолмен алып тастайды, қан тамырларын байлайды. Қуысты тігіп, дренаж қалдырады.

ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ, КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ, ЕМІ.

- Босанудың патологиялық ағымында жатыр мойны жыртылып, қан шығыны артады. Жатыр мойнының жыртылуының үш дәрежесін ажыратады.
- БІРІНШІ ДӘРЕЖЕСІ. Жатыр мойнының жыртылуы - 2 см
- ЕКІНШІ ДӘРЕЖЕСІ. Жатыр мойнының жыртылуы - 2 см ден артық
- ҮШІНШІ ДӘРЕЖЕСІ. Жатыр мойнының жыртылуы – қынап күмбезіне дейін.
- КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ. Негізгі белгісі қан шығынының артуы, қалыпты жағдайда нәресте туысымен бірден қан кетеді, екінші кезеңде қан тамырлары нәресте денесімен басылып, қан шығыны болмайды. Бала жолдасы бөлініп туылмай қан шығынының қай жерден екенін анықтау қиын, бірақ қан шығыны жатыр мойны жыртылуы салдарынан болғанда, жатыр қатты жиырылады.



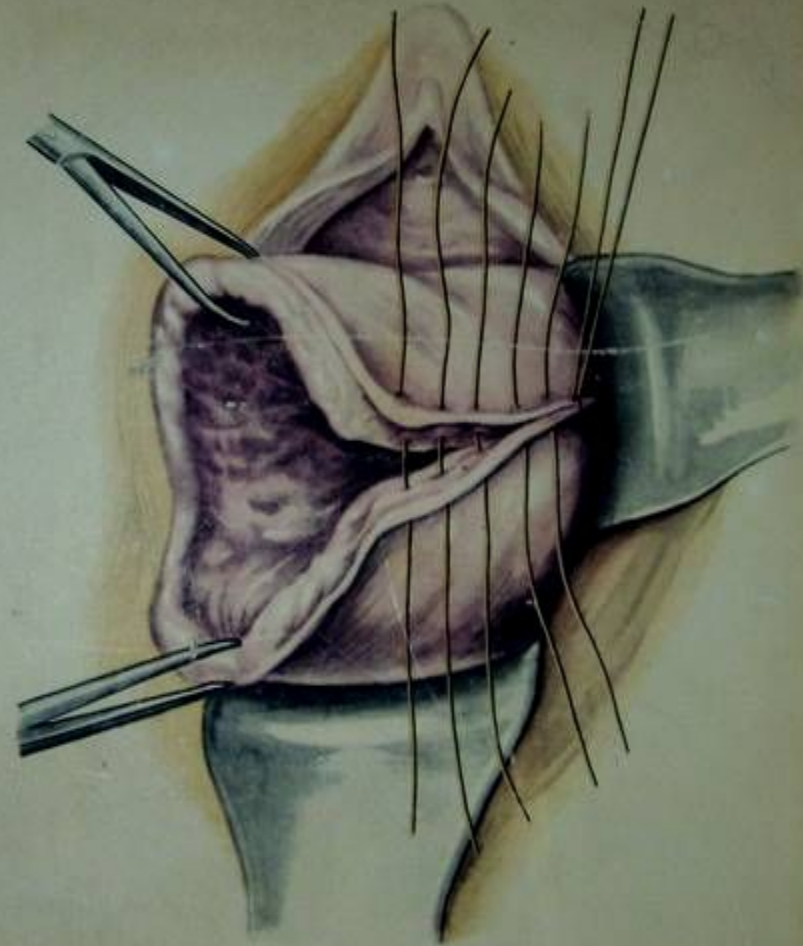
ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ

**РАССЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ
И ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВА ЕЕ**

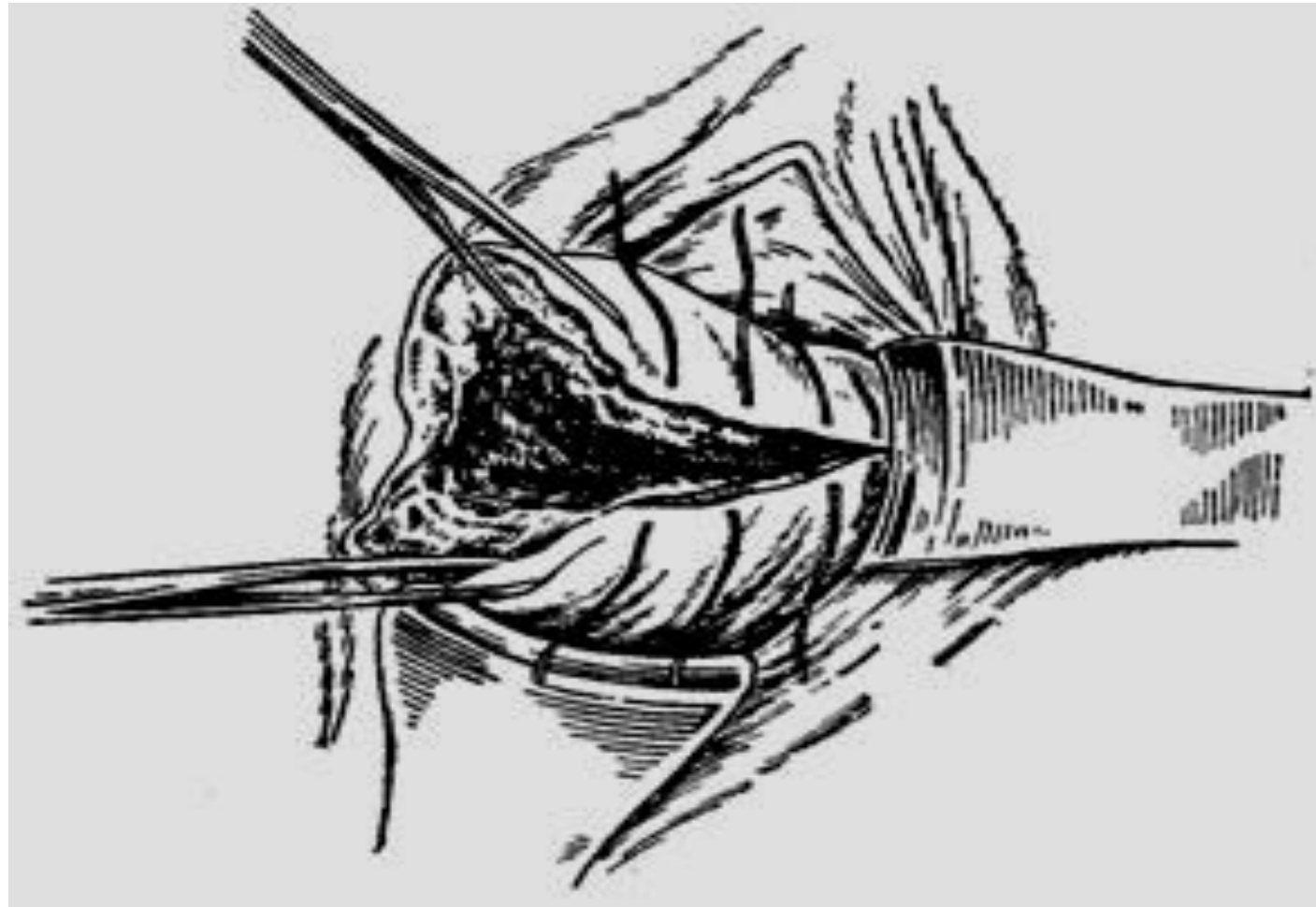
5



НАСЕЧКИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ



ШВЫ НА РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ



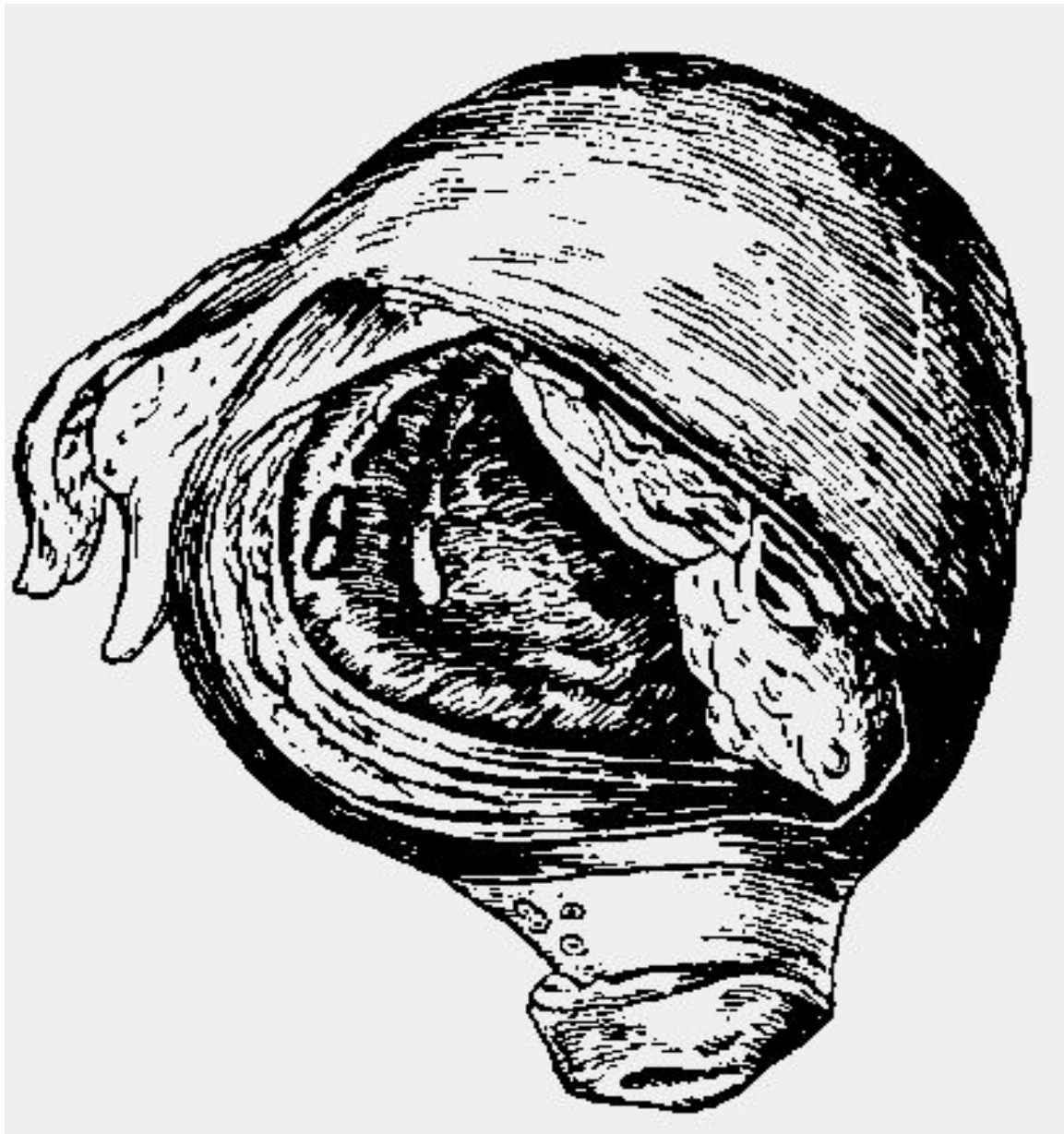
ЕМІ.Жыртылған жерге тігіс салу.Бірінші тігісті жоғарғы бұрышына жыртылған жерден 1-2см жоғары салады және тігісті салғанда жатыр мойнының шырышты қабатын тікпейді

ЖАТЫРДЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ

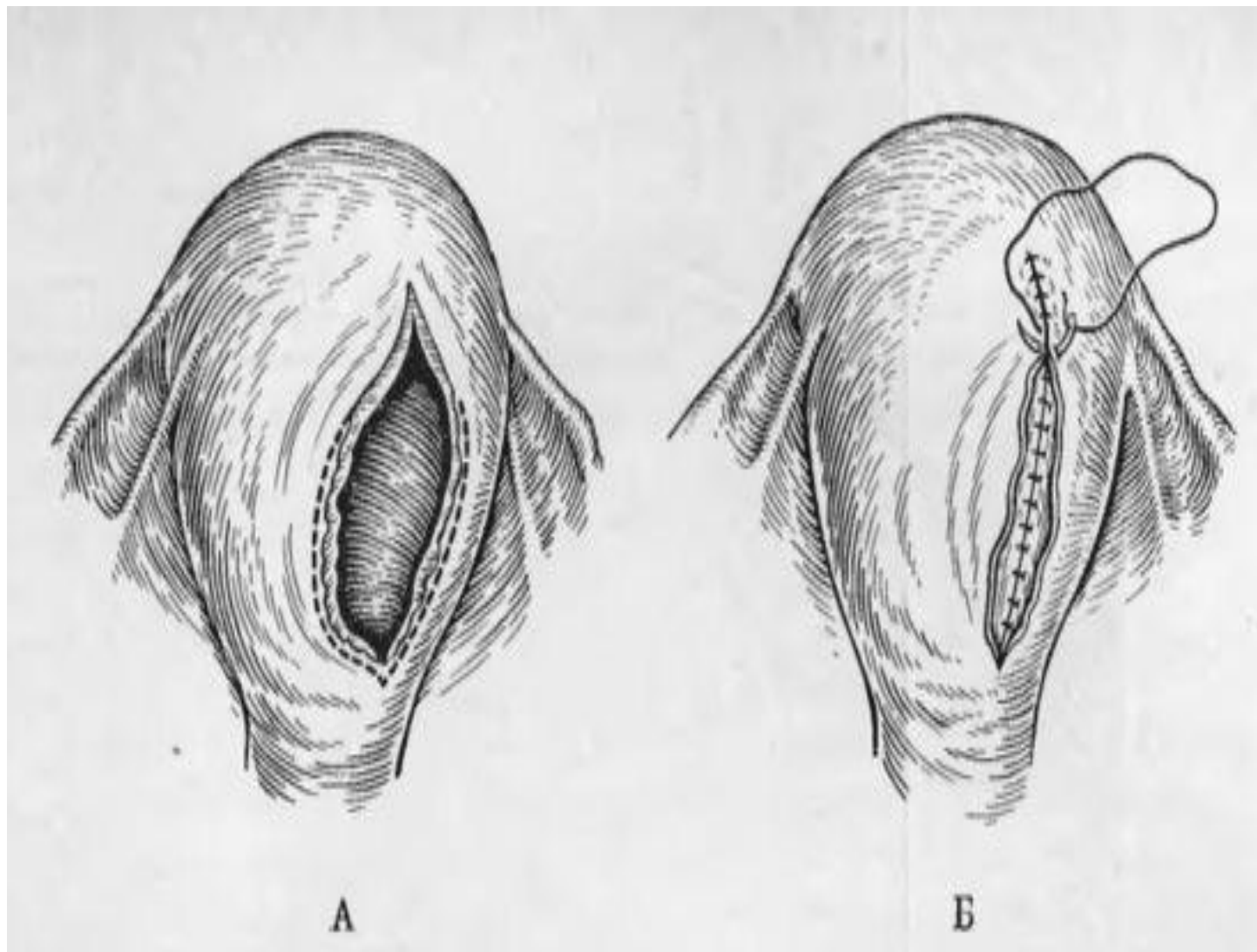
- Жатырдың жыртылуы деп жатыр қабырғаларының бүтіндігінің бұзылып, жыртылуын айтады. Егер жатырдың барлық қабаты жыртылса, оны жатырдың толық, ал егер шырышты не бұлшықет қабаттары жыртылса жартылай жыртылуы деп атайды
- Жатырдың жыртылуы ең ауыр жарақат, оның жиілігі 0,005%-0,1% жалпы босанған әйелдер арасында. И.Ф.Жорданияның мәліметі бойынша бұл көрсеткіш-1000 босанушылар арасында бір жатыр жыртылуы кездеседі (1960)
- СЕБЕБІ. Бұл ақаудың негізгі себебін түсіндіретін екі көз қарас бар.
- Бандль (1875) жатырдың жыртылу механизмін түсіндіру үшін, өзінің механикалық теориясын ұсынды. Бұл теория бойынша нәрестенің бас өлшемі әйелдің жамбас өлшемдеріне сәйкес келмегендіктен, жатырдың жиырылу қасиеті бұзылып, оның төменгі сегменті қатты созылып, жұқаланып жыртылады. Бұл жағдай көбінде тар жамбаста, құрсақтағы нәресте ірі болса, көлденең немесе қиғаш жатса, нәресте басы шалқая орналасқанда кездеседі.
- Я.Д.Вербов (1911ж) жатырдың жыртылу механизмінің себебін-жатыр қабырғаларының қабынып дегенрациялық-дистрофиялық өзгерісіерге ұшырауынан деп түсіндірді. Мұндай қабыну кесар тілігінен кейінгі тыртықта, сондай-ақ жасанды түсіктерден кейін және жыныс мүшелерінің дамып жетілмеуінде жиі кездеседі

ЖАТЫРДЫҢ ЖЫРТЫЛУЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ.

- Мезгіліне қарай жыртылуы. 1.Жүктілік мезгілінде. 2.Босану мезгілінде.
- Этиологиясы мен патогенезіне байланысты.
- 1.Өздігінен жыртылуы. 2.Күшпен жыртылуы. 3.Аралас жыртылуы.
- Орнына қарай жыртылуы:
 - 1.Түбі 2.Денесі 3.Төменгі сегмент
- 4.Жатыр мойнының үшінші дәрежелі жыртылуы,жатырдың қынап күмбезінен бөлінуі.
- Көлеміне қарай жыртылуы. 1.Толық жыртылуы. 2.Жартылай жыртылуы
- Клиникалық ағымына қарай
 - 1.Жыртылу қауіпі 2.Жыртылудың басталуы 3.Жатырдың жыртылуы
- 4.Кесар тілігінен кейінгі тыртықтың ажырауы.



ЖАТЫРДЫҢ ТОЛЫҚ ЖЫРТЫЛУЫ



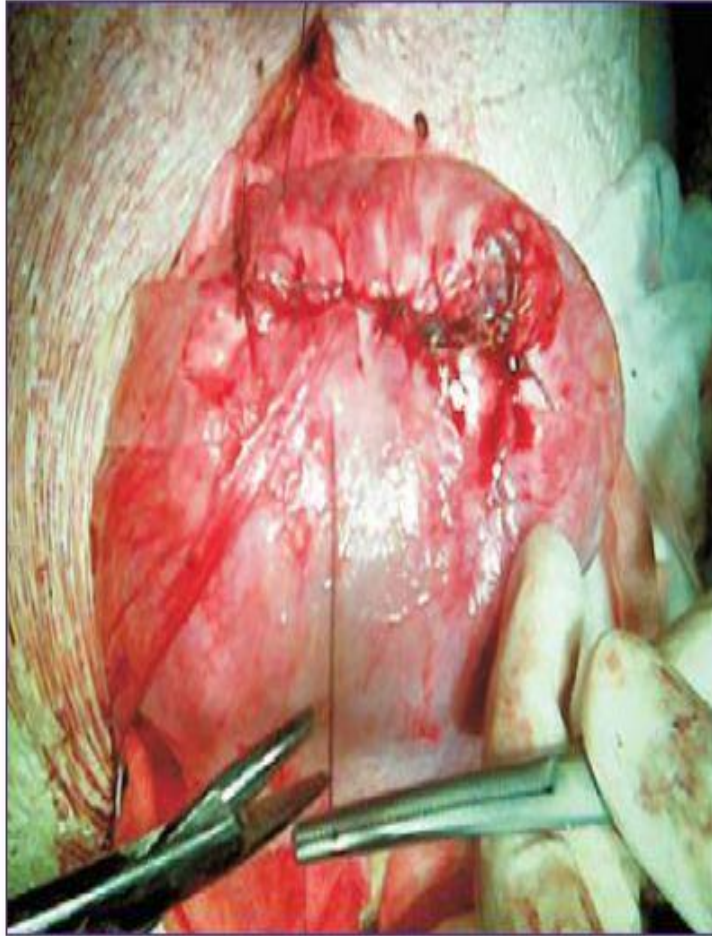
ЖАТЫРДЫҢ ЖАРТЫЛАЙ ЖЫРТЫЛУЫ

ЖАТЫРДЫҢ ЖЫРТЫЛУ ҚАУІПІ

- Бандельдің механикалық теориясына сай клиникалық белгілермен сипатталады.
- КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ Қатты ауырсынулы толғақ, жатырдың сырт пішіні ұзынша,оның түбі қисаяды,төменгі сегменті созылып,жұқарып қолмен ұстағанда ауыртпалы. Контракциялы сақина өте жоғары,қисық тұрады.Жатыр мойны,қынап қабырғалары,аралық,сыртқы жыныс мүшелері домбығып ісінеді.Жатырдың жұмыр байламы ауыртпалы.Әйелдің кіші дәретке отыруы қиындайды.Әйелдің күшену қарқыны нәтижесіз.Нәрестенің жүрек соңысы нашарлайды.

ЕМІ.Жатырдың жыртылу қауіпінде

- ЕМІ.Жатырдың жыртылу қауіпінде анаға жедел жәрдем көрсетіліп,кесар тілігі арқылы босандырады.
 - **ЖАТЫРДЫҢ ЖЫРТЫЛА БАСТАУЫ**
 - Бұл ауытқуда жоғарыда жатырдың жыртылу қауіпінде аталған белгілерге қосымша:босану жолдарынан қан аға бастайды;зәрге қан араласады,нәресте қысылып тұншығады,ауру сезімі қатты артып, әйелде қорқыныш үрей пайда болады.
 - Жатыр толық жыртылғанда қатты айғайлап жатқан әйел тынышталып, толғақ сап тоқтайды,босану жолдарынан қан кетеді,нәрестенің жүрек соғысы естілмейді,геморрагиялық шоктың белгілері пайда болады, жатырдың пішіні өзгереді,нәресте іш перде қуысында анықталады.
 - **ДӘРІГЕРЛІК КӨМЕК** жатырдың жыртыла бастауында және жатыр жыртылғанда бірден ампутация немесе экстрипация жасайды.



а



б

Рис. 3. Беременность 36 нед. Разрыв матки: а – ушивание разрыва; б – отек левой стопы у ребенка

ЖАТЫР ТЫРТЫҒЫНАН КЕЙІНГІ ЖЫРТЫЛУ ЕРЕКШЕЛІГІ

- Бұл ауытқу ана мен бала өміріне өте қауіпті, соңғы жылдары жатырдың жатыр тыртығынынан кейінгі жыртылуы жиі кездеседі, себебі әйелді кесар тілігі арқылы босандыру жиіледі.
- Жыртылу ерекшеліктері клиникалық белгілері мардымсыз, өте аз, іштің төменгі жағы тыртық тұсы ауырады, тыртықты сипап зерттегенде ауырсынады, ауыртпалы толғақ пайда болады.
 - Кесар тілігінен кейінгі тыртыққа УДЗ зерттеу жүргізеді, плацентаның орнын, тыртықтың қасиетін анықтайды. Әйелді кесар тілігі арқылы босандырады.

Қан кетуді есептеу

- **Физиологиялық қан шығыны:**
 - 0,5% дені сау босанушылар;**
 - 0,3% анемиясы бар босанушылар;**
- **Компенсирленген қан шығыны :**
 - 0,5% * 2 дені сау босанушылардың дене салмағына;**
 - 0,3% * 2 анемиясы бар босанушылардың дене салмағына;**
- **Декомпенсирленген қан шығыны :**
 - 0,5% * 3 дені сау босанушылардың дене салмағына;**
 - 0,3% * 3 к анемиясы бар босанушылардың дене салмағына;**

Инфузионды терапия: негізгі принциптері

- Ең қолайлысы физиологиялық ерітінді болып табылады (3:1 қатынасы)
- Коллоидты ерітінділер кристаллоидты ерітіндіге қарағанда әсері төмен
- Эритроцитарлық масса мен жаңа мұздатылған плазманы құюға өте қатал көрсеткіштері болуы керек

WHO (2000)

Жаңа мұздатылған плазма

- Жаңа мұздатылған плазманы құюға көрсеткіш болып табылады-егер қан шығыны > 1500 мл
- Коагуляцияның бұзылысы, лабораторлы сараптама мен клиникалық қан ағулардың немесе қан ағулардың жалғасуында (ПТИ $< 75\%$, «прикроватты тест»)
- Массивті қан кету кезінде немесе 5-6 эритроцитарлық массаны құйғанда
 - 1 литрден аз емес
 - Ерігеннен кейін және тез арада қолдану керек

Lundberg G.D. (1994)

Эритроцитарлық массаны құюға көрсеткіш

- Оттегіні тасымалдауға қанның қасиетінің төмендеуі, яғни гипоксияның клиникасында
- Трансфузионды қадам әрбір науқасқа жеке болу керек:
 - Гематокриттің көлеміне ғана сүйенбей, гемоглобин концентрациясын да ескеру қажет (критикалық деңгейі 70 г/л),
 - Сонымен қатар анемия мен гипоксияның клиникалық белгілерін
 - EBM Guidelines (2004)
- Егер қан шығыны 1000 мл құраса және жалғасып жатса, онда эритроцитарлық масса тиімді болу керек

Акушерлік қан кету кезіндегі инфузионды-трансфузионды терапияның хаттамасы

ГШ I дәр (<650-700 мл)	ГШ II дәр (700-1000 мл)	ГШ III дәр (1000-2000 мл)	ГШ IV дәр (>2000 мл)
ГЭК 500 мл	ГЭК 500-1000 мл	ГЭК 1000 мл	ГЭК 1000 мл
Кристаллоидтар 1500 мл	Кристаллоидтар 1000-1500 мл	Кристаллоидтар 1500-2000мл	Кристаллоидтар 2000 мл
-	ЖМП (СЗП) 250-500 мл	ЖМП (СЗП) 1000 мл	ЖМП (СЗП) 1000-1500 мл
-	-	Эритроцитарлық масса 500-1000 мл	Эритроцитарлық масса 1500-2000 мл

ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕГІ ӨЛІМ СЕБЕПТЕРІ

- = *Кешіккен адекватты емес гемостаз***
- = *Инфузионды-трансфузионды терапияның дұрыс емес тактикасы***
- = *Акушерлік көмектің дұрыс этаптылығының сақталмауы***

Пайдаланған әдебиеттер

- Г. М. Савельева [және т.б.]; ауд.ред. А. Б. Түсіпқалиев Акушерия: оқулық / Г. М. Савельева [и др.] ; ред., пер. А.Б.Түсіпқалиев.М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 576 б: ил
- ред. Г. М. Савельева, ауд. ред. Ы. Ахмедьянова, ауд. Н. О. Бекназарова Гинекология: оқулық / ред. Г. М. Савельева, пер., ред. Ы. Ахмедьянова, пер. Н. О. Бекназарова, 2015, ГЭОТАР-Медиа. - 448 б
- Акушерство: курс лекций / ред.: А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, 2009, ГЭОТАР-МЕД. - 456 с.
- РЦРЗ хаттама № 17 «8» желтоқсан 2016 жылдын «ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ»

Назарларыңызға рахмет

