

*М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік
медициналық университеті*



- **Кафедра:** Жалпы тәжірибелік дәрігер және жоғарғы оқу орнынан кейінгі білім беру
- **Дисциплина:** Акушерлік және гинекология (ЖТД)

Орындаған: Садық Фарида-708

Тексерген: Кунаков Н.Н.



Босану және босанғаннан кейінгі қан кетумен күресу жолдары



Жоспары:



I. Кіріспе.

Акушерлік қан кету туралы түсінік

II. Негізгі бөлім:

- 1. Босану және босанғаннан кейінгі қан кету**
 - ✓ себептері
 - ✓ жіктелісі
 - ✓ қан шығынын есептеу
 - ✓ 4 «Т»
- 2. Босану және босанғаннан кейінгі қан кетулердің қадамды терапия ережесі – қан кетумен күресу шаралары**

III. Қорытынды

IV. Пайдаланған әдебиеттер.



Кіріспе

Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі аса ауыр әрі жиі кездесетін асқынулардың бірі акушерлік қан кетулер болып табылады. Осы патологияның аналар өліміндегі үлесі де зор, перинатальді асқынулар ішінде де маңызды орын алады.

Акушерлік қан кету деп - жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңді асқындыратын, физиологиялық босану кезінде 500мл артық (дене салмағының 0,5%) мөлшердегі жыныстық жолдардан кеткен қанды бөліністерді , ал кесарь тілігі отасы кезінде 1000мл және одан жоғары мөлшердегі қан кетулерді айтады. Жоғалған қан мөлшерінің маңыздылығы қандағы гемоглобиннің бастапқы мөлшеріне байланысты.

Негізгі бөлім:



- ***Босанғаннан кейінгі қан кетулердің негізгі себептері болып табылады:***
 - Жатыр қуысында бала жолдасының қалдықтарының іркіліп қалуы
 - Жатырдың жиырылуының төмендеуі мен оның жоқтығы (гипо-атония)
 - Қан ұйыту жүйесінің бұзылуы
 - Босану жолдарының жарақаттануы
- ***Пайда болу мерзіміне байланысты қан кетулердің жіктелуі:***

босанғаннан кейінгі ерте кезең- 24сағат ішінде
босанғаннан кейінгі кеш кезең- 24сағат-бапта аралығы

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;

*БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕГІ ҚАН КЕТ.
СЕБЕПТЕРІ – 4 «Т»*



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



«Т»	Этиологиялық процесс	Қауіптің клиникалық факторлары
Жатырдың жиырылғыштық қызметінің бұзылуы «Тонус»	Жатырдың созылуы	<ul style="list-style-type: none">- көпсулық- көпнәрестелік- ірі нәресте
	Миометрийдің жиырылғыштық қабілетінің әлсіреуі	<ul style="list-style-type: none">- жиі босанулар- созылған босанулар- жоғары паритет
	Инфекциялық үрдіс	<ul style="list-style-type: none">- хориоамнионит- босану кезінде болған қызба
	Жатырдың функциональдық-анатомиялық ерекшеліктері	<ul style="list-style-type: none">- жатыр миомасы- плацентаның жатуы



Жатыр қуысында тіндердің қалып кетуі «Тіндер»	<i>Бала жолдасының бөлінділерінің қалып қоюы</i>	<ul style="list-style-type: none">- бала жолдасында ақаудың болуы- операция жасалған жатыр- плацентаның тығыз жапсырылуы- плацентаның жабысып қалуы
	<i>Қан ұйындыларының қалып қоюы</i>	Жатыр гипотониясы



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)

- туа біткен коагулопатиялар
- бауыр аурулары

- жүктілік кезінде пайда болған аурулар
- идиопатиялық тромбоцитопения
- Преэклампсия мен тромбоцитопения
- ҚШҰ (преэклампсия, антенатальды өлім, ауыр инфекция, ұрық маңы суларынан эмболия)

- гематома және қансырау
- преэклампсия, эклампсия HELLP синдромы
- ұрықтың антенатальды өлімі
- хориоамнионит
- босануға дейінгі кезеңде қан кету

Антикоагулянттармен емдеу

Қан ұйындысы түзілмейді

Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан кетулерде қадамды терапия жүргізіледі



- **1 қадам** – бастапқы баға
- **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.
- Жалпы жағдайын бағалау және өмірге маңызды ағзалар қызметін бақылау (АҚҚ, пульс, дене қызуы, тыныс алу жиілігі, диурез)
- 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).
- Қан тобын анықтау, Rh-фактор сәйкестігіне қан алу.
- Себепін анықтау:
 - - бала жолдасын қарау (тін)
 - - босану жолдарын қарау (травма-жарақат).
 - - жатырды қарап тексеру (тонус)
 - - ТШҚҰ синдромын жоққа шығару (тромбин)

2 қадам - Этиотропты терапия



«Тонус»	«Тін»	«Травма»	«Тромбин»
<i>Жатырдың жиырылу қызметінің бұзылуы</i>	<i>Жатыр қуысында бала жолдасы тінінің қалып қоюы</i>	<i>Босану жолдарының жарақаттары</i>	<i>Коагуляцияның бұзылысы</i>
<ul style="list-style-type: none">• жатырға массаж жасау• Утеротониктер енгізу• жатыр қуысын қолмен тексеру• жатырдың бимануальды компрессиясы	<ul style="list-style-type: none">• жатыр қуысын қолмен тексеру (өте сирек жағдайларда кюретаж жасау)	<ul style="list-style-type: none">• айнамен қарау• босану жолдарының жарақаттары кездесе тігіс салу• жатырдың жыртылуында ла паротомия жасау• жатырдың айналуын орнына келтіру	<ul style="list-style-type: none">• ұю факторларын құю (ЖМП, криопреципитат, тромбоцитарлық масса)• Антифибринолитик

Жатырдың атониясын емдеу.

Препараттарды кезекпен енгізу–утеротониктерді



Параметрлері	1-і орында Окситоцин	2-і орында Эргометрин Метилэргометрин	3-і орында Простагландин F _{2α}
Бастапқы дозасы және енгізу әдісі	10 Б бұлшықетке немесе 5 Б көктамырға (баяулап)	0,2 мг бұлшықетке немесе көктамырға (баяулап)	0,25 мг бұлшықетке (мүмкін жатыр мойнына). Бұл өмірге қауіпті болуы мүмкін! Энзапрост 2,5 мг
Қайталау дозасы	20 ЕД көктамырға тамшылатып 1 минутта 60 тамшы	0,2 мг бұлшықетке әр 15 мин сайын (қажет жағдайда– 0,2 мг бұлшықетке немесе көктамырға (баяулап) әр 4 сағат сайын	0,25 мг әр 15 мин сайын Энзапрост 2,5 мг әр 15 мин сайын
Максимальды дозасы	Құрамында окситоцині бар сұйықтықты 3 л артық енгізбеу	5 доз (1,0 мг)	8 доз (2 мг)

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

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ҚАН ШЫҒЫНЫ КЕЗІНДЕГІ ИНFUЗИОНДЫ ТРАНСFUЗИОНДЫ ЕМІ



Қан кету бөлімі (% дене салмағынан)	Толтыру көлемі (% қан шығынына байланысты)	Инфузионды заттар
0,6 – 0,8	80 – 100	крахмал, кристаллоидтар
0,8 – 1,0	130 – 150	крахмал, перфторан, ЖМП, (қан шығынына байланысты гемотрансфузия 50-60%)
1,0 – 1,5	150 – 180	крахмал, перфторан, ЖМП, альбумин, (қан шығынына байланысты гемотрансфузия 70-80%)
1,5 – 2,0	180 – 200	крахмал, перфторан, ЖМП, альбумин, фибриноген, (қан шығынына байланысты гемотрансфузия 90-100%)
> 2,0	> 250	крахмал, перфторан, СЗП, альбумин, фибриноген, (қан шығынына байланысты гемотрансфузия 110-120%, қанды тікелей құю)

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

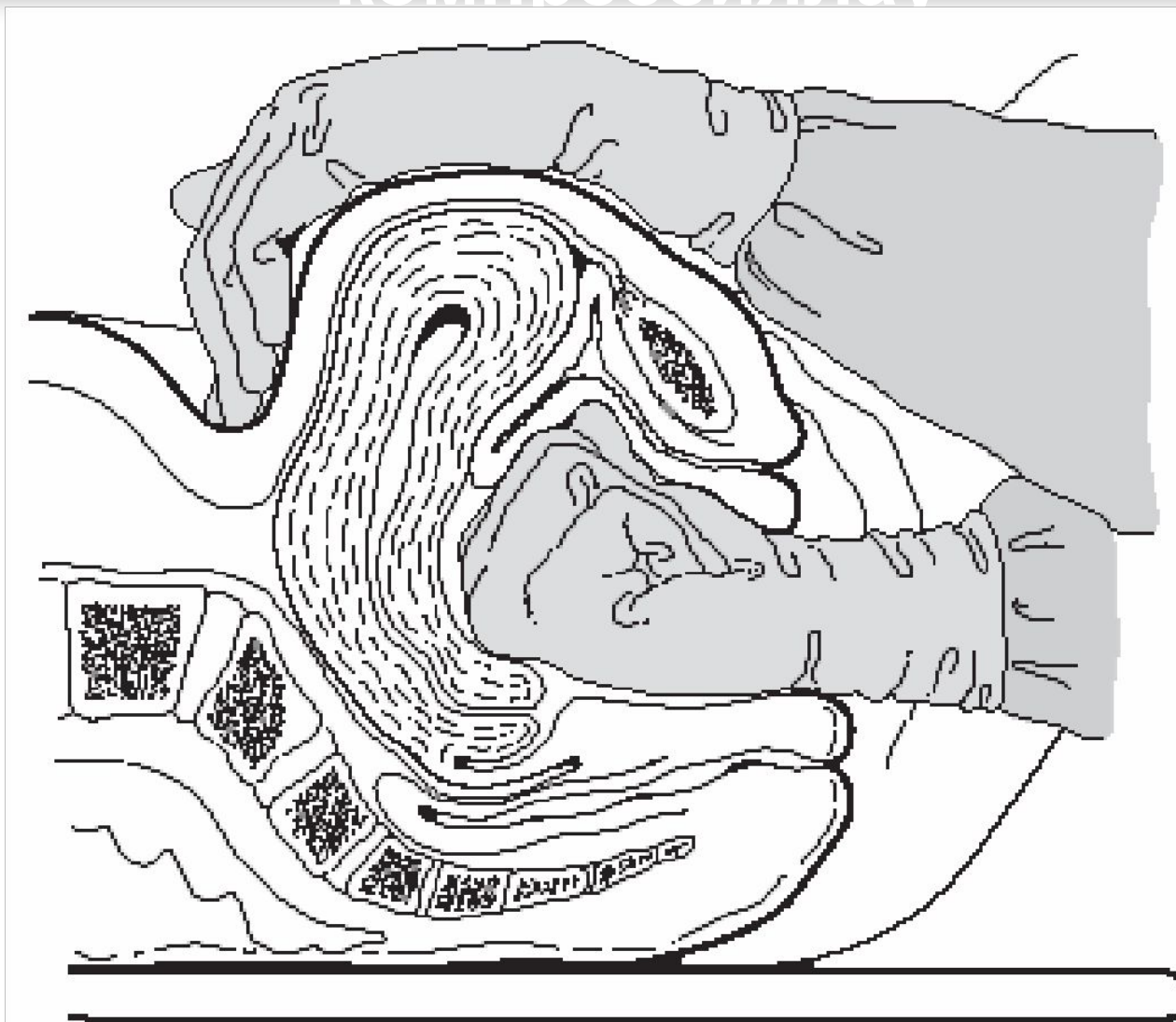
Lundberg G.D. (1994)

Эритроцитарлық массаны құюға көрсеткіш



- Оттегіні тасымалдауға қанның қасиетінің төмендеуі, яғни гипоксияның клиникасында
- Трансфузионды қадам әрбір науқасқа жеке болу керек:
 - Гематокриттің көлеміне ғана сүйенбей, гемоглобин концентрациясында 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

Жатырды бимануальная компрессиялау

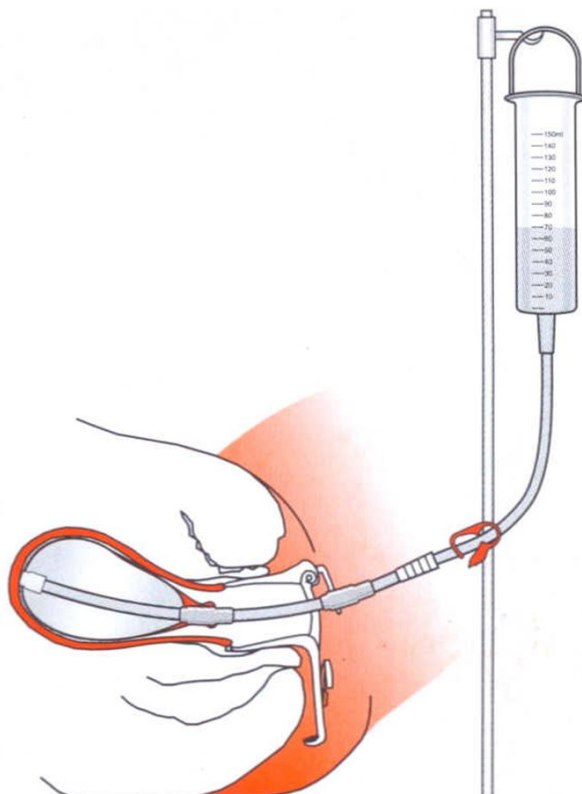


3 қадам- қан ағуды уақытша тоқтату әдісі



Жатыр ішілік тампонада

Құрсақ қолқасын басу



4 қадам – этапты хирургиялық гемостаз



- Егер кешенді әдістер қан тоқтатуға мүмкіндік бермесе, онда хирургиялық гемостазды жасау қажет

**КЕШ ЖАСАҒАНША, ЕРТЕРЕК ЖАСАУ
КЕРЕК!!!**

- Акушерлік қан кету кезінде қолайсыз нәтижелерді алу себептеріне, хирургиялық гемостазды кеш жасау жатады

Chamberlain (1992)

1. Жатырға простагландиндердің 1 мөлшерін (0,25 мг) енгізу.
2. Тамырларды ізбе-із байлау.
3. Б-Линча (B-Lynch) әдісі бойынша хирургиялық компрессионды тігіс салу (B-Lynch).
4. Тоталды немесе субтоталды гистерэктомияны жасау

Ізбе-із жатырдың деваскуляризациясы



Аналық безінің
артерияларын
байлау



О`Лири бойынша жатыр
артерияларын байлау

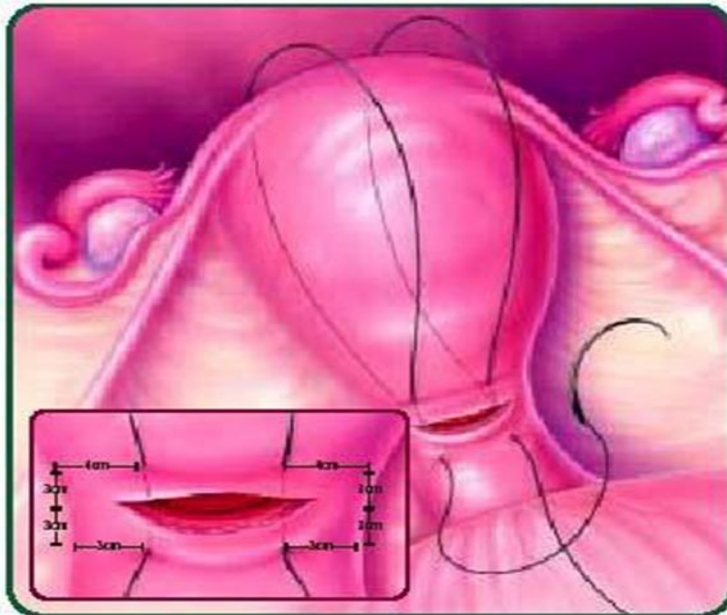
Tamizian (2001)

Б-Линч бойынша хирургиялық компрессионды тігіс салу:



- Ең жиі таралған тігіс Б-Линча болып табылады, ең алғаш рет 1997 ж ашылған.
- 1300 көп жағдайлар жасалған, солардың көбісіне гистерэктомия жасалмады
- Бірден бір қауіпті асқыну жазылмаған
- Нәтижесінде көптеген әйелдерде жүктілік асқынусыз өтіп, қалыпты босанулар болды

El-Hamamy E, B-Lynch C. (2005)



Тотальды немесе субтотальды гистерэктомия?



- Субтотальды гистерэктомия – көбінесе босанғаннан кейінгі қан кету кезінде гистерэктомия жасауға мәжбүр етеді.
- Егер де қан кету орны жатыр мойны немесе жатырдың төменгі сегменті болса, онда жатыр мойнын алуға тура келеді. (жыртылулар, плацентаның жатуы немесе шынайы өсуі)

Бірақ

Гистерэктомияны артқа қалдыруға болмайды

Burke
G, Duignan N (1991)

- Лапаротомия барлық уақытта гистерэктомия болып табылмайды
- Гистерэктомия барлық уақытта тотальды болып табылмайды
- Хирургиялық емдеуді кешіктіруге болмайды

КЕШ ЖАСАҒАНША, ЕРТЕРЕК ЖАСАУ КЕРЕК!!!

ҚОРЫТЫНДЫ



- Босанғаннан кейінгі қан кетуді ерте анықтау мен дер кезінде реанимациялық шараларды қолдану қан кетуді ерте тоқтатуға бағытталады
- Көптеген рефрактерлік жағдайларда жатыр атониясында окситоциннің 40 МЕ дозасы мен простагландиндер жақсы әсер көрсетеді
- Жатыр атониясында қан ағуды уақытша тоқтату үшін жатырдың ішінен және сыртынан бимануальды басу және қолқаны басу болып табылады. Басқа әдістер нәтижесіз болып табылады және уақытты жоғалтады, сондықтан оларды қолдануға болмайды
- Көп жағдайларда босанғаннан кейінгі қан ағулар кезінде алғашқы қарапайым шаралар нәтижелі болып табылады, оларды акушерка да жасай алады
- Әрбір медициналық мекемеде босанғаннан кейінгі қан ағулардың жергілікті алдын алу мен емдеу шаралары болу керек
- Хирургиялық емді дер кезінде қолдану керек
- Гистерэктомия қан тоқтатудың соңғы әдісі болып табылмайды
- Жатыр атониясы сирек жағдайда гистерэктомияға көрсеткіш болып табылады
- Гистерэктомия барлық уақытта тотальды болуы тиіс емес
- Жоғалтқан қан көлемін толтыруға ең бірінші кристаллоидты ерітінділерді қолданады
- Коллоидты ерітінділердің жанама әсерлері көп
- Альбумин гиповолемия жағдайында қауіпті

Қолданылған әдебиеттер:



- www.pdl.kz
- www.kazmed.kz