

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті
Шымкент медицина институты

Кафедра: Акушерия және гинекология

АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУЛЕР АЛДЫН АЛУ.

Орындаған: Халвашикова Ш
Қабылдаған: Құлжабаева Ж.М
ЖТД-722

Жоспар

.Кіріспе

.Негізгі бөлім

• Жүктіліктің бірінші триместріндегі қан кету

• Босанудың екінші кезеңінде қан кету

• Босанудың үшінші кезеңінде қан кету

• Босанудан кейінгі кезеңдегі қан кету

3. Қорытынды.

4. Пайдаланған әдебиет.

Кіріспе.

Жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің ең жиі асқынуларының бірі қан кету болып табылады. Ана өлімінің себептерінде қан кету бірінші орын алады. Анасында қан кеткен жағдайда нәрестенің перинаталдық өлімі де жоғары. Қан кету ана мен нәресте өміріне ең қауіпті асқыну болып табылады.

Соңғы жылдары жиілігі босанудың жалпы санының 2,7-2,9% құрайды. 20-25% олар ана өлімінің себебі болып табылады.



- ▣ **Акушерлік қан кету деп** - жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңді асқындыратын, 500мл артық (дене салмағының 0,5%) мөлшердегі жыныстық жолдардан кеткен қанды бөліністерді айтады. Жоғалған қан мөлшерінің маңыздылығы қандағы гемоглобиннің бастапқы мөлшеріне байланысты.



- ▣ **Акушерлік қан кету** дүниежүзінің көптеген елдерінде өлім құрылымында жетекші орын алады және көптеген себептер мен олардың тіркестеріне байланысты. Олардың ерекшелігі кенет және кең көлемде пайда болуларында.



- Қазақстан республикасында акушерлік қан кетулер әрбір 20-шы жүктілік пен босанудың ағымын ауырлата түседі. Қазақстанда осы асқынудың жиілігі соңғы жылдарда тұрақты жоғары деңгейде қалып отыр. Күнделікті жұмыста 1 000-1 200мл көлемдегі қан жоғалту ауқымды болып саналады. Мұндай қан кетулер ана өлімінің себептерінің бірі болып, оның құрамында негізгі себепшісі ретінде – 20-25%; қосымша себеп ретінде — 42%; ал фондық себеп ретінде — 78% алады.



Акушерлік қан кету жіктелуі

1. Жүктілік кезіндегі қынаптық қан кетулер

□1. Жүктіліктің ерте кезеңдерінде: (22 аптаға дейін)

а) өзіндік түсіктер

□басталған түсік

□жүрістегі түсік

□толық емес түсік

□толық түсік

б) дамымай қалған жүктілік

в) эктопиялық жүктілік

г) трофобластикалық аурулар



▣ 2. Жүктіліктің кеш мерзімінде (22 аптадан кейін)

а) плацентаның төмен орнығуы

б) қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен ерте бөлінуі

в) қабыққа жабысқан кіндік тамырларының үзілуі

г) басқа себептер

2. Жүктілікке байланысты емес қынаптан қан кетулер

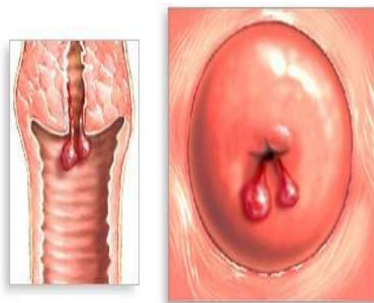
а) жатыр мойнының эрозиясы, эктропионы, дисплазиясы



Так выглядит шейка матки в зеркалах

ның іерін

Полипы шейки матки

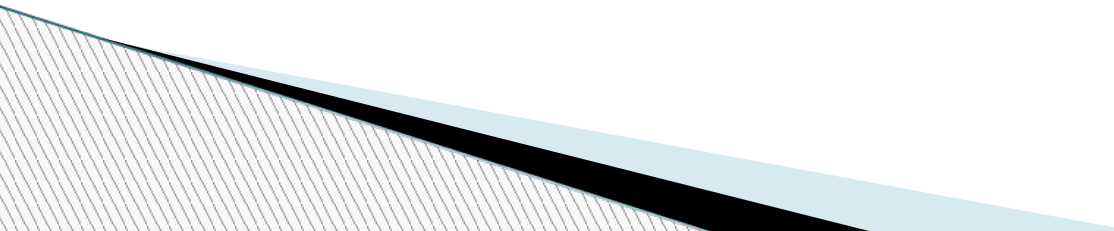


▣ 3. Босанудан кейінгі кезеңдегі акушерлік қан кетулер.

- а) плацентаның бөлінуі және босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі жыныстық жолдардан қанды бөліністер.
- б) плацентаның бітісіп өсуі немесе ажырау патологиясы
- в) жатыр атониясы
- г) босану жолдарының жарақаттары.

- Жүктілік кезіндегі ауқымды қан кетулер плацентаның жолда жатуы мен қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын үзілуі кезінде байқалады; босану кезінде – плацентаның бөлінуімен байланысты патология, жатырдың атониясы себебінен болады. Сонымен қатар, қағанақ суымен эмболия, плацентаның тығыз бекітілуі, коагулопатиялық қан кетулер, бауыр патологиясы себебінен болған қан кетулер кездеседі. Қан кетулер геморрагиялық шок және ТІШҰ синдромның дамуына алып келеді.
- Акушерлік қан кетулердің ерекшелігі – кенеттен дамуы мен ауқымдылығы. Барлық босануларға бөлгенде олардың үлесі 2,7 — 8% кездеседі.
- Көп жағдайда, ауқымды акушерлік қан кетулер жүктілік пен босану кезіндегі гемостаз қызметінің жеткіліксіздігі салдарынан дамиды, яғни коагулопатиялық болып табылады.



- Жүктілік кезінде гемокоагуляциялық бұзылыстардың даму механизмдерінің келесі түрлерін ажыратуға болады:
 - акушерлік асқынулар есебінен қанның шашыраңқы ұю (ҚШҰ) синдромы аясындағы қан ұю факторлары катаболизмінің күшеюі;
 - гемостаздың туа және жүре пайда болған ақаулары аясындағы қан ұю факторлары синтезінің төмендеуі;
 - гемостаз жүйесінің босануға жақындаған кезде бейімделу қызметі өзгерістерінің тежелуі, гемостаз бейімделуінің бұзылуы;
 - ятрогенді, антитромбоздық дәрмектерді шамадан артық тағайындағанда қан ұю тежегіштері айналымының бұзылуы;
 - иммунды жүйе патологиясы кезіндегі қан ұю қызметіне қарсы антиденелердің айналуы.
- 

- Геморрагиялық шок алғы шарттарының бірі, гиповолемия. АҚК-нің жоғарылауы преэклампсия, қант диабеті, бүйректің қабыну аурулары, қан айналым жеткіліксіздігі, тамырлық аллергиялық зақымдар, суегіздік, көп ұрықты жүктілік және т.б. жағдайларда байқалады. Гиповолемия сонымен қатар, диуретиктерді, ганглиоблокаторларды, антикоагулянттарды жөнсіз тағайындағанда байқалады.

- Біріншілік гиповолемия аясында аз мөлшердегі қан жоғалтудың өзі ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін.
- Преэклампсия аясында дамыған геморрагиялық шоктың ерекшелігі бұрыннан дамыған артериальді гипертензия аясында үдемелеуі. Бұл жағдайда қан қысымы біртіндеп емес, дереу төмендеп кетеді.
- Қан кетуге төзімдікті төмендететін – анемия. Мұндай әйелдердегі болжамды қалыпты қан кету мөлшері 0,3% аспау керек, әрі жоғалған небір қан көлемі толықтырылуы тиіс.
- Акушерлік геморрагиялық шок аясында 85% жағдайда ҚШҰ синдромы дамиды. Оған алып келетін себеп қанға тромбопластиннің көп бөлінуі. Бұл жағдайда шашыранды тамырішілік ұю бүкіл организмде, әсіресе, жергілікті – жатырда орын алады, нәтижесінде жатыр жиырылмай, атониялық қан кетуге әкеледі.
- Алғашқы акушерлік патологияның сипатына байланысты, геморрагиялық шоктың кейбір ерекшеліктерін ажыратуға болады. Мәселен, плацентаның алда жатуы кезіндегі геморрагиялық шок, күрт гиповолемия, артериальді гипотензия мен кейінгі постгеморрагиялық гипохромды анемия дамуымен ерекшеленеді.

Акушерлік қан кету емі:

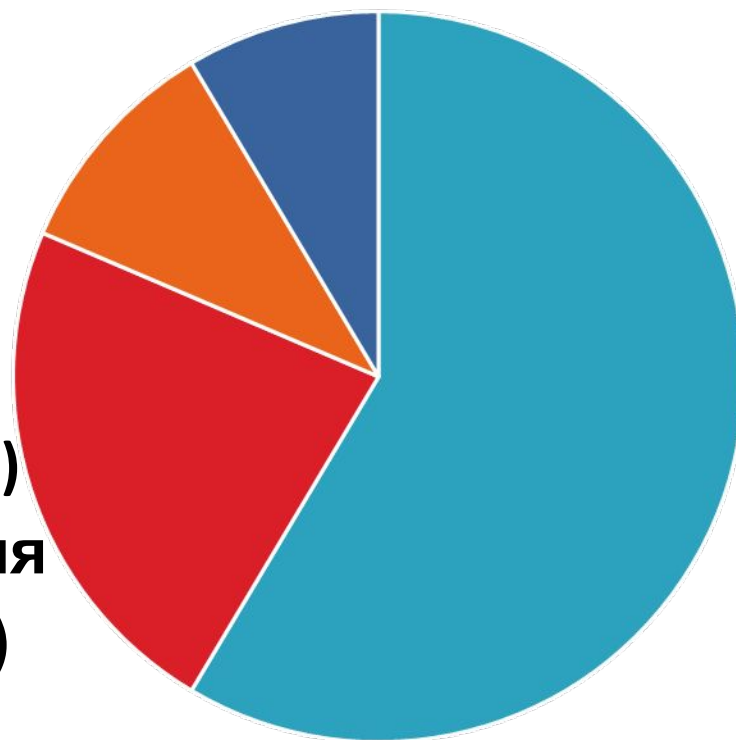
- Қан кетуді тоқтату, ауырсынуды басу — инфекцияны ерте алдын алу
- Газ алмасуды қамтамасыз ету
- Айналымдағы қан көлемін толықтыру
- Полиорганды жеткіліксіздікті алдын алу мен емі:
-
- жүрек жеткіліксіздігін емдеу
- бүйрек жеткіліксіздігін емдеу
- метаболиттік ацидозды түзеу
- клеткаішілік процесстерді тұрақтандыру
- ҚШҰ синдромы және коагулопатиялардың алдын алуы мен емі
- АҚ, тамыр соғуы тексеру

Аналар өлімінің динамикасы

**1 орын – түсік түсіру
(47,4%)**

2 орын – қан кету (15,8%)

**3 орын – ЭГА, эклампсия
және сепсис (10,5%-дан)**

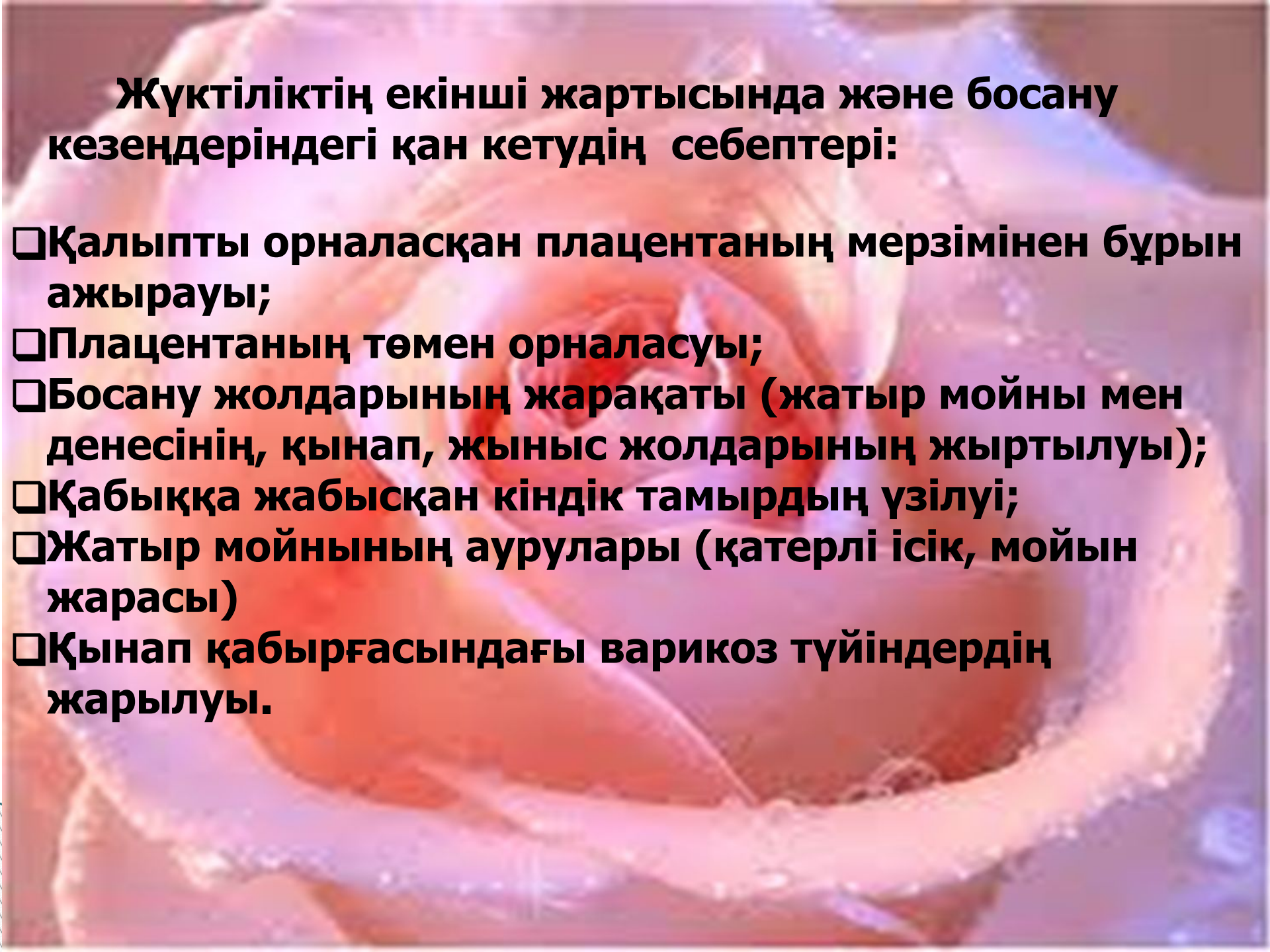


■ түсік түсіру 47,4% ■ қан кету 15,8%
■ эклампсия 10,5% ■ басқалары 25,5

Жүктіліктің бірінші триместріндегі қан кету

негізгі себептері:

- **өздігінен болған түсік**
- **мойындық жүктілік**
- **жатыр мойнының патологиясы – цервикальды канал полипы, децидуальды полип, жатыр мойнының рагы (сирек кездеседі).**



Жүктіліктің екінші жартысында және босану кезеңдеріндегі қан кетудің себептері:

- Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы;**
- Плацентаның төмен орналасуы;**
- Босану жолдарының жарақаты (жатыр мойны мен денесінің, қынап, жыныс жолдарының жыртылуы);**
- Қабыққа жабысқан кіндік тамырдың үзілуі;**
- Жатыр мойнының аурулары (қатерлі ісік, мойын жарасы)**
- Қынап қабырғасындағы варикоз түйіндердің жарылуы.**

Плацентаның төмен орнығуы, клиникалық белгілері, диагностикасы, дәрігердің тактикасы.

Қалыпты жағдайда плацента жатырдың алдыңғы немесе артқы қабырғасында, ішкі жатыр мойын тесігінен 5-7см жоғары орнығады.

Плацентаның төмен орнығуының екі түрі бар

Плацентаның толық төмен орнығуы

Плацента ұлпасы жатырдың ішкі мойын тесігін түгелімен жауып жатады, бұл плацентаның орталық орнығуы деп аталады



Плацентаның жартылай төмен орнығуы

Жатырдың ішкі мойын тесігі жартылай жабылып, тек қана бір іргелес жағынан плацента анықталады.

Placenta Previa

Low-lying placenta

Partial placenta previa

Total placenta previa



Placenta

Cervical opening

Клиникалық белгілері:

- Плацентаның төмен орнығуындағы қан кетудің ерекшелігі: қан шығыны кенеттен пайда болып ,тез тоқтап тез қайталаанады.
- Бұл асқынудың ең бір өзіне тән белгісі — жатырдан қанның кетуі, бұл көбінесе жүктіліктің екінші жартысында, әсіресе 27—28-ші апталарында кездеседі. Толғақ басталған кезде, қағанақ суы кеткеннен кейін, қан ағуы бірден тоқтауы мүмкін, себебі нәрестенің басы төмен жылжып, қан аққан тамырларды бітейді.
- Плацентанын, төмен орналасуының келесі бір белгісі — жүктіліктің үзілу қаупі, нәрестенің жүрек соғысының нашарлауы, онық жатырда дұрыс жатпауы (көлденең, не қиғаш, не болмаса құйрығымен жатуы). Оның себебі нәресте басының темен қарай жылжып, дұрыс орналасуына плацента ткані кедергі жасайды.

Диагностикасы

- Нәресте басының жамбастың кіре-беріс жазықтығынан жоғары тұруы.
- Қасаға сүйегінен жоғары жұмсақтау томпақшаны қолмен сипап анықтау.
- Қынаптық зерттеу де жатыр мойны ашылған жағдайда плацента ұлпасын анықтау.
- Ультрадыбысты қолданып нақты мәлімет алуға болады.

Дәрігердің тактикасы

Плацента төмен орнығуында жүктілік тактикасын анықтауда дәрігер үш факторды ескеру керек.

- 1. Жүктілік кезіндегі қан шығынының қайталау жиілігін, мөлшерін.**
- 2. Қынаптық зерттеу қан шығынына әсер ететінін.**
- 3. Шала туылған нәресте перинаталдық өлімнің негізгі себебі екенін.**

- **Плацентаның төмен орнығуының толық-орталық, жартылай түрінде –қан шығыны артып, босану жолдары дайын болмаса, әйелді тек кесар тілігі арқылы босандырады**
- **Босану кезеңінде, әйелдің күй жағдайы жақсы болып, қан шығыны шамалы болса, амниотомия жасауға болады. Осыдан кейін нәрестенің басы төмен түсіп , қанаған қан тамырларын басады да қан тоқтайды. Әйелдің өзі босанған жағдайда жатыр қуысын қолмен тексеріп, гипо-атониялық қан шығынының профилактикасын жасайды.**
- **Егер кесар тілігінен кейін немесе босану кезеңдерінде гипо-атониялық қан шығыны байқалса жатырды қосалқы мүшесімен тек жатыр мойнын қалдырып (ампутация), немесе жатыр мойнымен толық алып тастайды (экстирпация)**

Виды предлежания плаценты



**Қалыпты
орналасқан
плацента**



**Толық төмен
орналасқан
плацента**

Қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі

Әдетте плацента нәресте туғаннан кейін бөлінеді, кейбір жағдайларда жүктілік босану кезеңдерінде плацента жатыр қабырғасынан бөлініп, ана мен баланың өміріне қауіп төндіреді. Жүктіліктің осындай асқынуын қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі дейді.

Негізгі себептері:

- 1. Жатыр қабаттарының аурулары—(ұзаққа созылған қабыну, ісік, жатыр тыртығы).**
- 2. Жатыр қабырғасының, созылуы (қағанақ суы көбейгенде, егіз жүктілікте).**
- 3. Плацентаның дегенеративтік өзгерістері (ұзаққа созылған жүктілікте).**
- 4. Жүрек-қан тамыр аурулары және гестоздар. Жатырдың жарақаттануы, бала кіндігінің қысқа болуын да плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуіне тікелей себепкер болады плацента ең алдымен бір азғантай жерден, шетінен не орталық жағынан бөліне бастайды**

Плацента мен жатыр қабырғасының арасынан қан ағып, ұйыйды, бұл ұйыған қан плацентаның ары қарай бөлінуіне әсер етеді. Ол ақырындап жатырдың көкеттеріне сіңе бастайды. Егер плацентаның бөлінуі ұлғайса, қан бүкіл жатырдың қабырғасына сіңіп, оның сыртында көптеген көгерген орындар пайда болып, жатыр мрамор сияқты жылтырап, сұрланады.

- Мұндай жатырды «Кювелер» жатыры деп атайды не болмаса жатыр мен плацентаның апоплексиясы дейді.**
- Бұл жатырдың жиырылу қасиетін әлсіретіп, атониялық не гипотониялық қан кетуіне әкеліп соғады.**
- «Кювелер» жатыры тромбопластин сияқты қанның ұюын жоғарылататын заттарға өте бай. Сол себепті тромбогеморрагиялық синдром пайда болып, босану кезеңі қатты асқынуы мүмкін. Ұйыған қан жатырдың қуысына жиналып, қуыстың қысымын ұлғайтады, жатыр қатайып, ауыратын болады.**
- Плацента бөлінген кезде ана қанына көптеген тромбопластиндік заттар еніп, қанның ұю жүйесін бұзады, қанның тамыр ішіндегі шашыранды ұюы деп аталатын синдром басталады (ДВС).**

Кювелер жатыры



Клиникалық белгілері:

- іш ауырып жатыр қуысына қан құйылады.**
- Бұл белгілердің айқындалуы қан кетуі мен плацентаның бөліну дәрежесіне байланысты. Әйелдің кенеттен іші қатты ауыра бастайды, басы айналып, әлсірейді, денесін тер басады. Өңі, еріндері бозарады, қан қысымы төмендеп, тамыр соғуы жиілейді. Жүкті әйелді қараған кезде жатыры қатайып, оның барлық жері не болмаса бір ғана бөлігі ауырып, пішіні өзгереді, көбінде қан сыртқа ақпайды. Жатырдағы нәрестенің жағдайы нашарлап, оның жүрек соғысы өзгереді.**
- Плацентаның 50%-ы мезгілінен бұрын бөлінген жағдайда, жатырдағы нәресте тұншығып, шетінеуі мүмкін.**

**Плацентаның жартылай бөлінуі.
Қан сыртқа бөлінеді**

**Плацентаның толық бөлінуі.
Ретроплацентарлы гематома.
Қан жатыр қуысына бөлінеді**



Клиникалық белгілеріне байланысты бұл асқыну үш түрлі болады:

- Жеңіл түрі — бұл түрі кейде елеусіз өтіп кетуі мүмкін, әсіресе толғақ кезінде, тек баланы туғаннан кейін плацентаның бетінде ұйыған қанды және оның жаншылған орнын байқауға болады. Бұл жағдайда плацентаның бөлінген жері кішкентай болады, нәресте түрі, жағдайы көп өзгермейді.**
- Орташа түрі — әйел ішінің аздап ауыратынын, жатырдың қай жері ауырып тұрғанын көрсетуі мүмкін. Жатыр аздап қатаяды, қан аға бастайды, нәрестенің жүрек қағысы нашарлайды.**
- Ауыр түрі — жоғарыда көрсетілгендей, әйелдің жағдайы тез ауырлай бастайды, нәресте жатырда өліп те қалуы мүмкін. Бұдан кейін тромбогеморрагиялық синдромның өте ауыр түрі басталып, қанның ағу тоқтамай ана да өліп кетуі мүмкін.**
- Аурудың бұл асқынуы мәлімет жинау, объектілік және қынаптық зерттеулер арқылы анықталады. Қынаптық зерттеуде плацента ткані анықталмайды.**



Емдеу жолдары.

•Бұл асқынуды емдеу оның түріне байланысты. Егер жеңіл түрі болса, толғақ басталып, жатырдың мойны 5—6 см-ге ашылса, қан ақпаса, ананың жағдайы өзгермесе, ол өзі босанады. Егер қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуі жүктілік кезінде байқалса, ішке қан кету белгілері артқан кезде, тіпті нәресте өлі болса да әйелді тез арада кесар тілігі арқылы босандырады. Егер операция кезінде «Кювелер» жатыры байқалса, онда жатырды түгел алып тастайды. Босанудың екінші кезеңінде дұрыс орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі байқалса, әйелді тез арада босандыру қажет. Егер нәресте басы жатыр қуысында немесе жатыр қуысының шығаберіс жазықтығында орналасқан болса, онда акушерлік қысқыш арқылы босандырады.

•Бұл асқыну егіз жүктілікпен босану кезінде кездессе, екінші нәрестені ішкі бұру операциясы арқылы тез арада босандыру қажет. Ал нәресте өлі болған жағдайда оны бөлшектеп шығарады.

•Босанғаннан кейін бала жолдасын қолмен бөліп алады, әйелге қан құйып, геморрагиялық шокпен күреседі.

Үшінші және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі қанның кетуі

- Бала жолдасының жатырдан бөліну кезеңін — III кезең деп атайды. Адамның плацентасы түрі гемохориалды сондықтан плацентаның сылынып блінуі, міндетті түрде қан кетуге әкеліп соғады.
- III кезінде физиологиялық қан шығыны 250 мл-ге дейін, ал 250 мл-ден 400 мл-ге дейін болса оны шекаралық, 400 мл-ден жоғары болса патологиялық қан шығыны деп атайды.
- Бала жолдасының бөлінуі мен босанғаннан кейінгі кезеңдердегі қан шығынының жиілігі 4,1—38,2% аралығында.

Негізгі себептері:

- Босану жолдарының зақымдалуы.
- Плацентаның жатыр қабырғасына жабысуы мен бөлінуінің бұзылуы.
- Жатырдың жиырылу қасиеттерінің темендеуі.
- Қан ұйыту жүйесінің бұзылуы.

Бала жолдасының бөліну кезеңі үш сатыдан тұрады:

1. Нәресте туғаннан бастап, плацентаның жатыр қабырғасынан бөліне бастауы.




2. Плацентаның толық бөлінуі

3. Плацентанын босану жолдарынан өтіп туылуы.

Плацентаның жатыр қабырғасына нығыздала жабысуы.

Бұл жағдайда хорион түгі, тек қана жатырдың сылынып қалатын (спонгиоздық, қабат) қабатына жабысып қана қоймай, одан да тереңірек базальдық қабатына ене бастайды, сондықтан оның бөлінуі қиындайды. Бұны плацентаның нығыздала жапсырылуы дейді. Бұл жағдайда қан шығыны мол, 250 мл-ден артады, бала жолдасының бөліну белгілері болмайды. Бірден әйелге наркоз беріп, бала жолдасын жатырдан қолмен бөліп шығарады.

Плацентаның жатыр қабырғасы мен терең бітіп кетуі —деп хорион түгінің тереңдеп еніп, кейде жатырдың сыртқы сір қабатына дейін жетуі. Кейде плацента түгелімен жатырдың қабырғасымен бітіп кетеді, оны толық бітіп жабысуы дейді. Бұл ең асқынған қауіпті түрі болып есептеледі, бірақ сирек кездеседі. Жиілеу кездесетін тағы бір түрі — плацентаның тек жарым-жартылай ғана бітігіп жабысуы, ал оның кейбір жерлері дұрыс жапсырылып уақытында бөлінетін болады. Бұны плацентаның жартылай бітіп жабысуы дейді.



Плацентаныц толық, бітіп жабысуында қан шығыны болмайды, ол өздігінен бөлінбейді. Сондықтан әйел босанғаннан кейін плацента өздігінен (20—30 минут) аралығында бөлінбесе қан шығыны болмаса, ең дұрыс жол операция жасап, жатырды бала жолдасымен бірге алып тастау (ампутация).

Ал жартылай бітіп жапсырылған түрінде қан кетеді, кейде өте көп кетіп, әйел тез арада қансырап қалуы мүмкін. Егер дәрігер, қолмен плацентаны жатыр қабырғасынан бөлгенде, оның бірден бөлінбей қиын бөлінуін сезсе, тез арада жатырды түгел алып тастау (ампутация) керек

Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан шығыны

Босанғаннан кейінгі кезең, екіге бөлінеді — ерте және кеш. Ерте кезең екі сағатқа созылады, мұндағы қан шығынының себептері:

- 1) жатыр қуысында бала жолдасының қалдықтарының іркіліп қалуы;**
- 2) жатырдың жиырылуының төмендеуі мен оның жоқтығы (гипоатония);**
- 3) қан ұйыту жүйесінің бұзылуы;**
- 4) босану жолдарының жарақаттануы.**

Жатыр қуысында бала жолдасының қалдықтары, іркіліп қалған жағдайда жатырдың жиырылу қабілеті төмендеп, қан шығыны көбейеді. Бірден әйелге наркоз беріп, жатыр қуысын қолмен тексеріп, іркіліп қалған бала жолдасының бөлшектерін алып тастау керек.

Жатырдың жиырылу қабілетінің төмендеуінен немесе жоқтығынан пайда болатын қан шығынын гипоатониялық қан шығыны дейді.

Гипотония- жатырдың жиырылу қабілетінің төмендеуі;

Атония- жатырдың жиырылу қабілетінің жоқтығы.

Этиологиясы:

Жатырдың қабынуы, өзіндік және жасанды түсіктер, қағанақ суының көптігі, егіз жүктілік, жүктілік гестоздары, баланың ірілігі, жатырдың ісігі, босанудың ауытқулары, жамбас қуысының тарлығы. Сонымен қатар кесар тілігінен кейін жатырды жөнсіз қолмен уқалағанда, дәрі-дәрмектерді орынсыз қолданса немесе плацентаның бөлшектері жатыр қуысында қалып қойса, жатырдың жиырылу қабілетінің төмендеп немесе жоқ болуы мүмкін.

Клиникалық белгілері:

Қан кетуі үшінші кезеңде немесе әйел босанысымен бірден басталады.

Гипотониялық қан кетуде — қан ағады, кейде ұйыған түрде. Жатырдың жиырылу қасиеті өте төмендейді және қысқа болады. Қолмен жатырды уқалағанда ол әдеттегідей қатты, шымыр болмай, жұмсақ болады. Ал жатыр қуысында қан ұйып жинала бастайды, осыған орай оның деңгейі кіндік түбінен жоғары тұрады. Дәрі-дәрмектер қолданған жағдайда жатырдың жиырылу қабілеті жоғарылайды.

Ал атониялық, қан кетуде — жатырдың жиырылу қабілеті жоққа тән, ешқандай дәрі-дәрмек нәтиже бермейді.

Мұндай асқынуларында, тез арада қанды тоқтату үшін мына шараларды қолдану қажет:

- 1. Жұмсақ түтікшемен қуықтан зәрді шығарады.**
- 2. Жатырды сырттай уқалап, мұз немесе мұздай су құйылған грелканы жатырға қояды.**
- 3. Жатырдың жиырылу қабілетін жоғарлату үшін метилэргометрин, окситоцин, питуитрин т. с. с. дәрілерді қолданады.**
- 4. Қынаптың артқы күмбезіне эфир сіңген дәкелі тампон қояды.**
- 5. Қан құяды. Оны күні бұрын дайындап қою керек.**
- 6. Қолмен жатырдың қуысын тексеріп, оны уқалайды.**
- 7. Жатыр мойынының теменгі, артқы ерніне Лосицкаяның әдісімен тігіс салады.**
- 8. Егер қан кету тоқтамай, шығыны артса, тез уақытта операцияға дайындап, Бакшеев әдісімен жатыр мойнына клеммалар салады. Жоғарыда көрсетілген шаралар нәтижесіз болып, қан шығыны 800—1000 мл болса, бірден операция жасау керек. Жатырды жартылай (ампутация) немесе түгелімен (экстирпация) алып тастайды, ал қанның ұю жүйесі бұзылған сәтте, ішкі жамбас артерияларын байлайды.**

Пайдаланылған әдебиет

1. Акушерия Бейсембаева Р.С. Райсова Ә. Т. Нұрқасымова Р.Ф.
2. Акушерлік таным Бейсембаева Р.С.
3. Активное ведение родов В.В. Абрамченко
4. www.google.kz
5. www.яндекс.kz

A bouquet of tulips with red and yellow petals is arranged on a white lace tablecloth. The background is softly blurred, showing green leaves and more flowers. The overall scene is bright and cheerful.

**Назарларыңызға
рахмет!**