

Босану, босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан ағулар



акушерия және гинекология
кафедрасы



Лектор: № 1 акушерия және
гинекология кафедрасының
меңгерушісі,
м.ғ.д., Г.К. Омарова

Мазмұны

- Акушерлік қан ағулардың өзектілігі
- Бала жолдасы кезеңі мен босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі қан ағулар
- Акушерлік қан ағуларда инфузионды-трансфузионды терапияның мақсаты

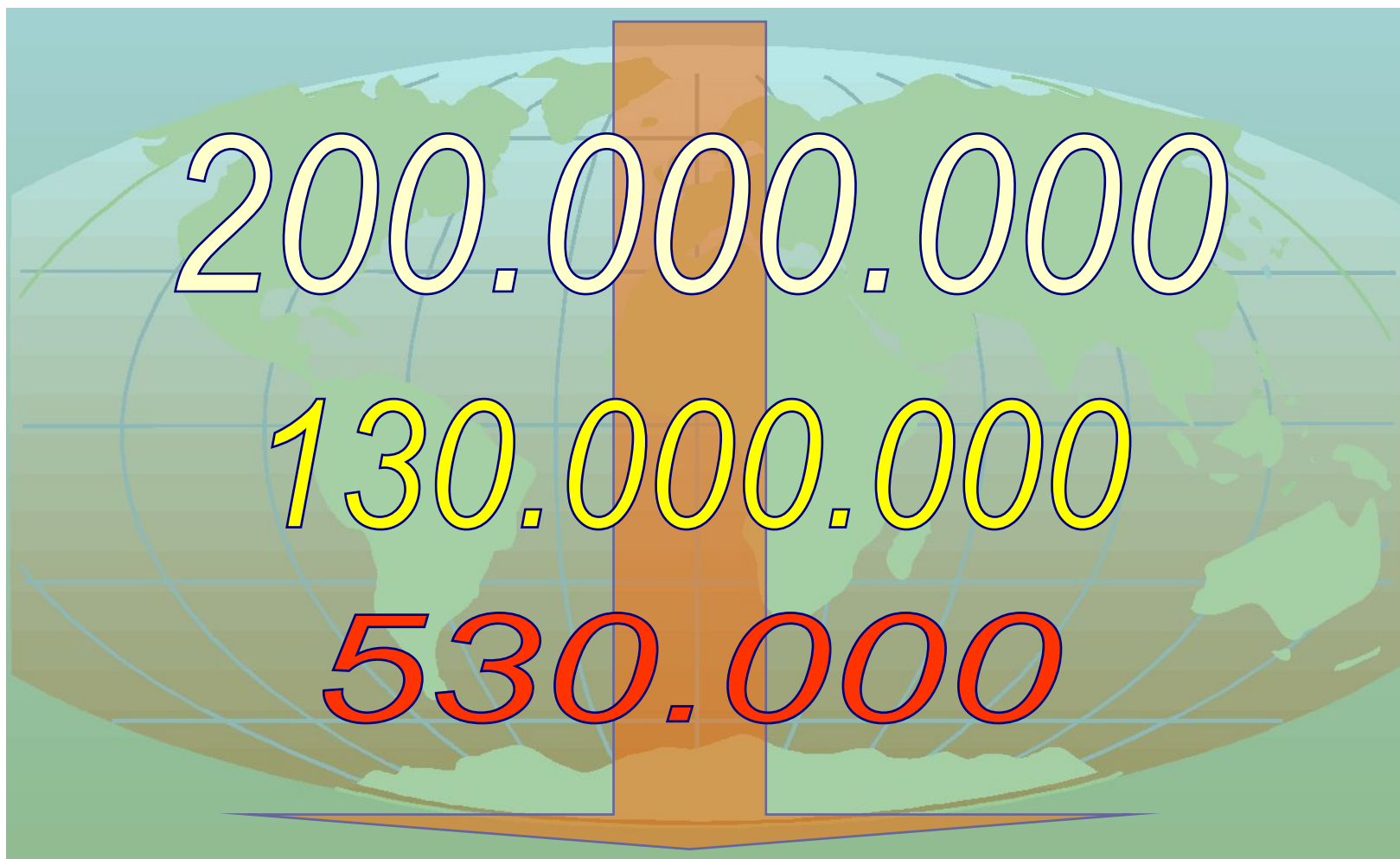
Өзектілігі

- Бала жолдасы кезеңі мен босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі қан ағулар, ол ана мен баланың өліміне әкелетін асқынулардың бірі болып табылады.
- Кез келген мамандықтағы дәрігер осы патологияның себебін анықтап, оларға шұғыл көмек көрсете алуы тиіс.

ӨЗЕКТІЛІГІ

- Бүкіл дүние жүзінде жыл сайын 14 миллион әйелдерде босанғаннан кейінгі қан кетулер дамиды БДҰ (1998)
- Жүктілік пен босануға байланысты қан кетулерден жыл сайын 125 000 науқас қайтыс болады.
- Ана өлімінің себептерінің ішінен қан кетулер 15,8-23,1% (ҚР) құрайды.
- Босанғаннан кейінгі өлімнің себептері, БДҰ (1998):
 - 1 : 100 000 Ұлыбритания мен АҚШ-та босануға қатынасы;
 - 1 : 1 000 – кейбір дамыған елдерде (100 есе жоғары).

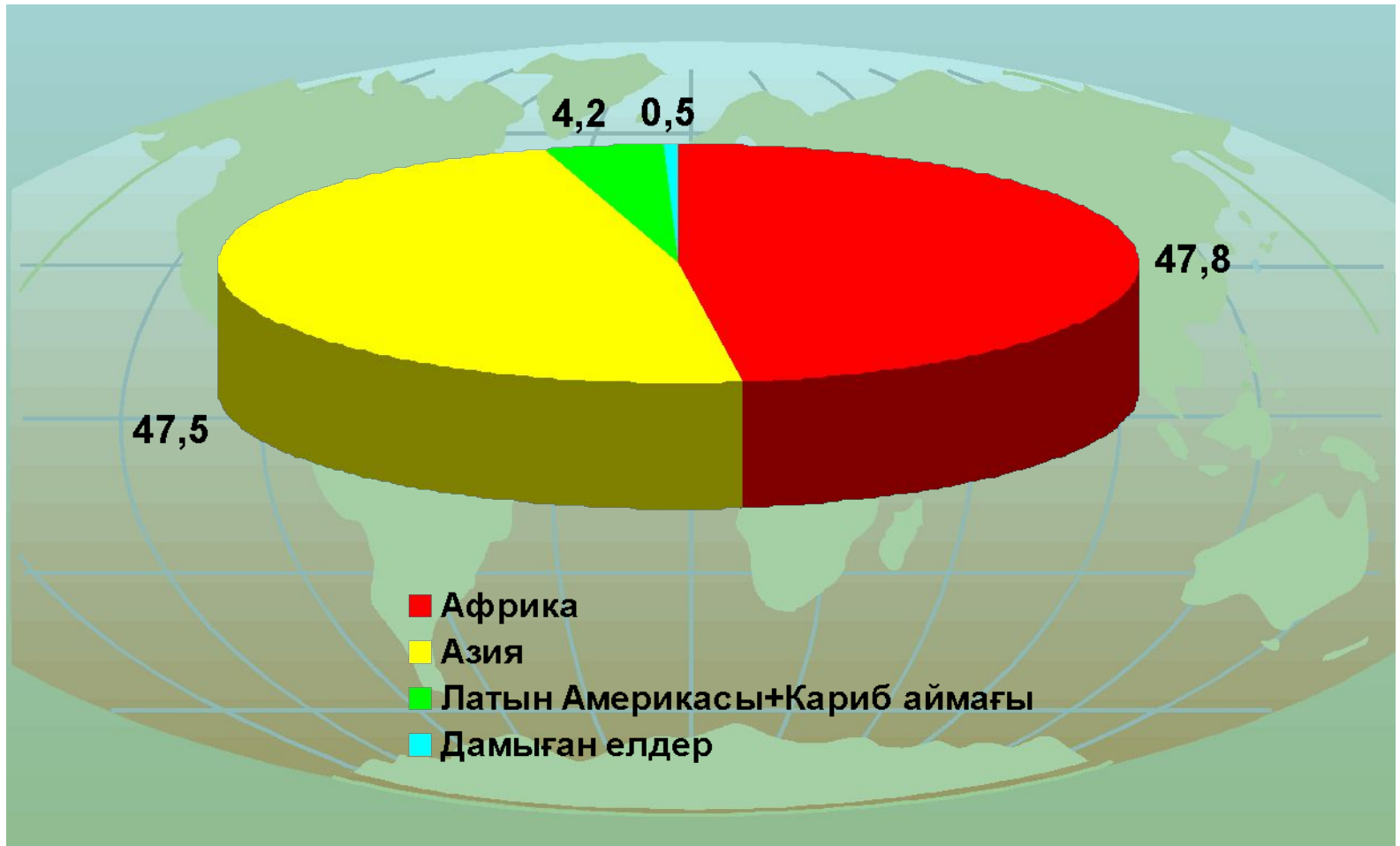
Дүние жүзіндегі ана өлімі



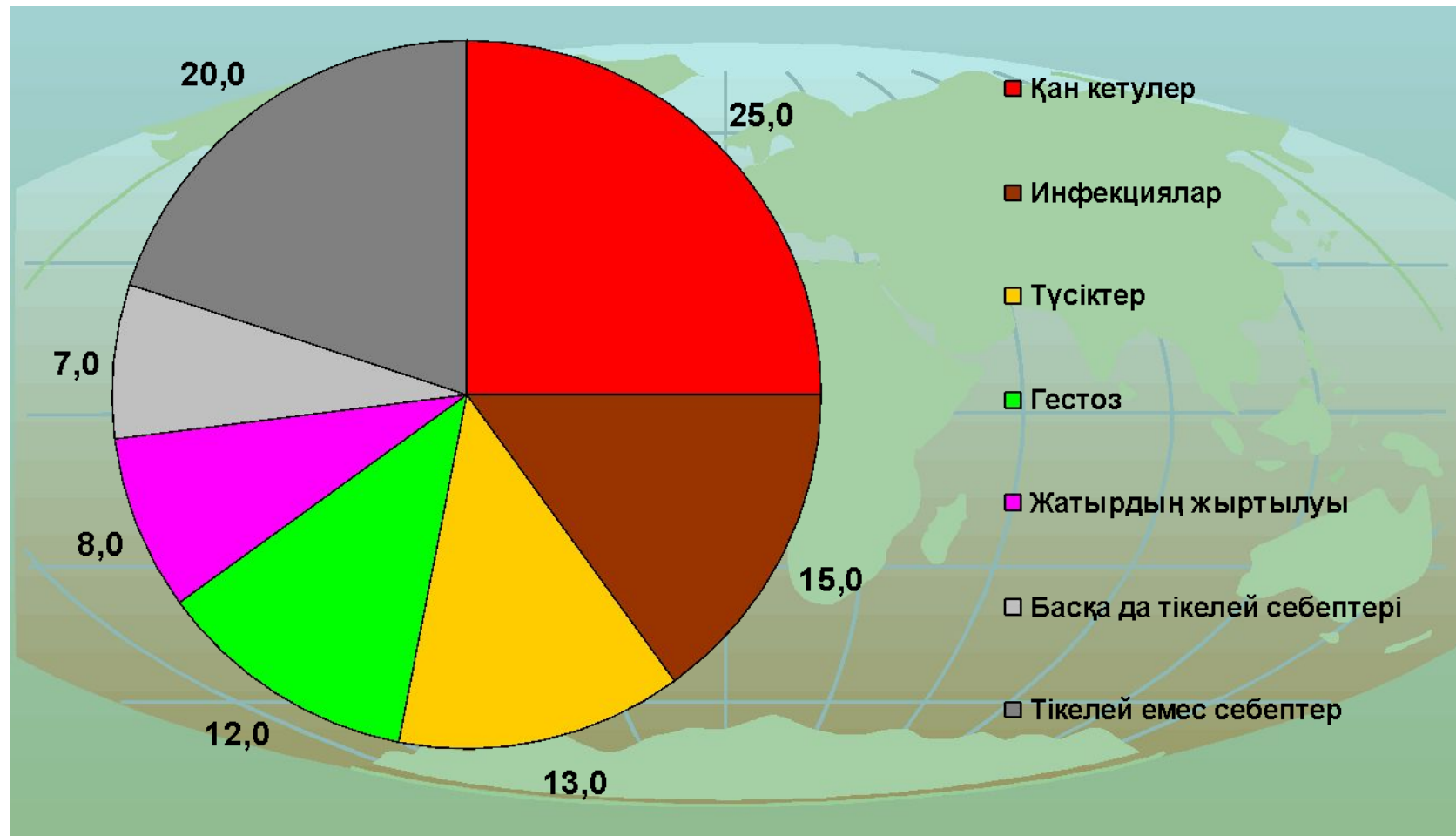
Дүние жүзіндегі ана өлімі



Ана өлімі кездесетін аймақтар бөлігі (%)



Дүние жүзіндегі ана өлімінің себептері (%)





■ Босанғаннан кейінгі қан кетулердің негізгі себептері болып табылады:

- Қан кету көлемін дұрыс бағалай алмау
- Қан кету көлемін дұрыс толтырмау
- Хирургиялық емді дер кезінде қолданбау (кешігіп)

Пайда болу мерзіміне байланысты қан кетулердің жіктелуі:

- **Акушерлік қан кетулер:**



бала жолдасы кезеңі



босанғаннан кейінгі ерте кезең



босанғаннан кейінгі кеш кезең

Босанудың III кезеңі
мен босанғаннан кейінгі
ерте кезеңдегі қан
кетулер

Бала жолдасы кезеңіндегі қан кетулердің себептері

1. Плацентаның бөлініп шығуының бұзылыстары (плацентаның патологиялық жабысуы, жатыр гипотониясы)
2. Босану жолдарының жұмсақ тіндерінің жарақаттары
3. Гемостаздың туа пайда болған және жүре пайда болған дефектілері

Бала жолдасы кезеңінде қан кетуді тоқтату алгоритмі

1. Қуықты катетрлеу.
2. Білектегі венаға пункция жасау немесе катетрлеу.
3. Плацентаның бөліну белгілерін анықтау
 - Бала жолдасын Креде-Лазаревич әдісімен бөліп шығару
 - Белгілердің болмауы – бала жолдасын қолмен бөліп шығару

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕГІ ҚАН КЕТУДІҢ СЕБЕПТЕРІ –

4 «Т»

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

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

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

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 - Преэклампсия мен тромбоцитопения - ҚШҰ (преэклампсия, антенатальды өлім, ауыр инфекция, ұрық маңы суларынан эмболия) 	<ul style="list-style-type: none"> - 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)

1 қадам – бастапқы баға

- 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.
- Себебін анықтау:
 - - бала жолдасын қарау (тін)
 - - босану жолдарын қарау (травма-жарақат).
 - - жатырды қарап тексеру (тонус)
 - - ТШҚҰ синдромын жоққа шығару (тромбин)

2 қадам - Этиотропты терапия

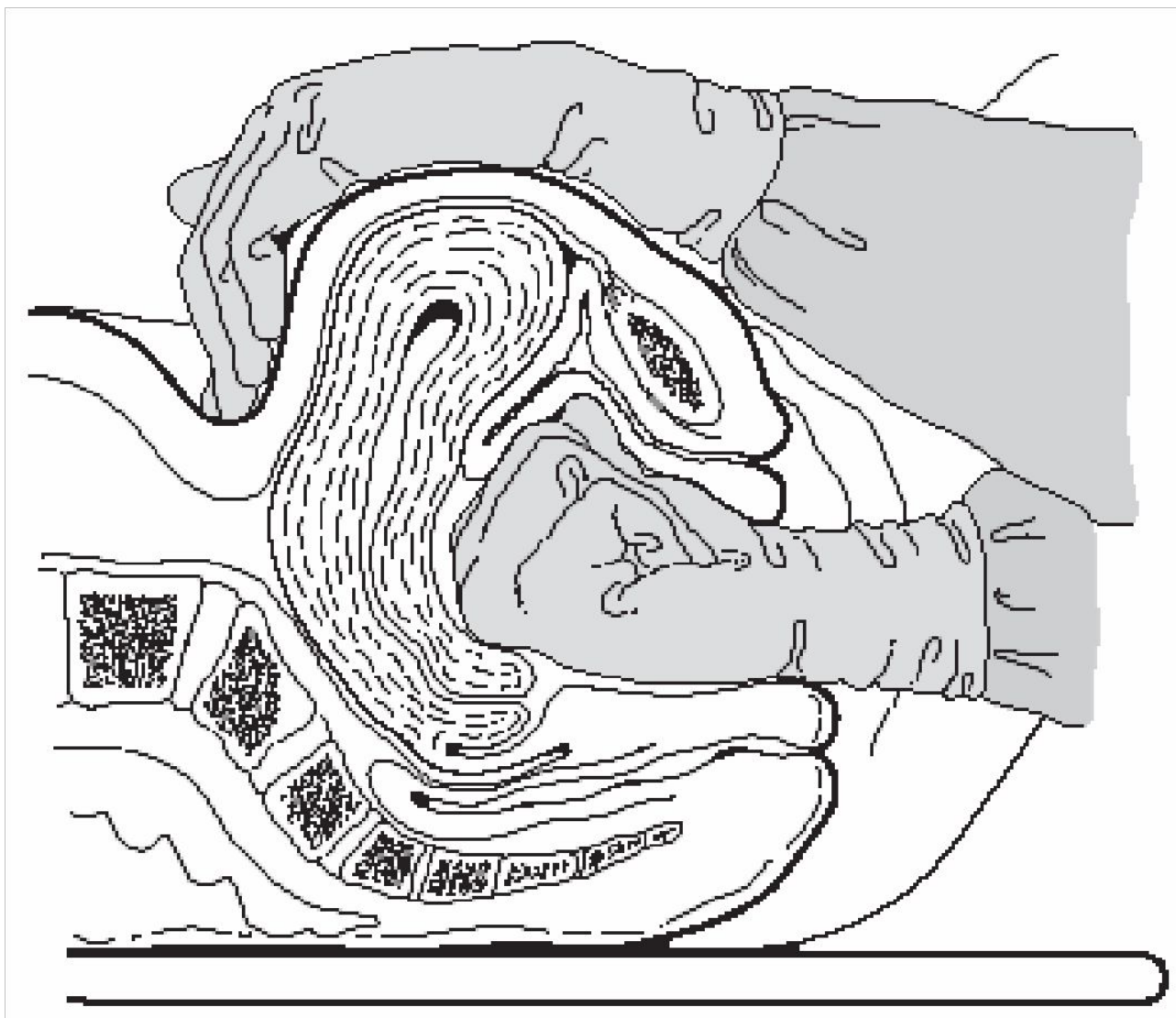
«Тонус»	«Тін»	«Травма»	«Тромбин»
Жатырдың жиырылу қызметінің бұзылуы	Жатыр қуысында бала жолдасы тінінің қалып қоюы	Босану жолдарының жарақаттары	Коагуляцияның бұзылысы
<ul style="list-style-type: none">• жатырға массаж жасау• Утеротониктер енгізу• жатыр қуысын қолмен тексеру• жатырдың бимануальды компрессиясы	<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 апаротомия 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)

Жатырды бимануальная компрессиялау



Қан тоқтату шаралары (1)

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

КЕШ ЖАСАҒАНША, ЕРТЕРЕК ЖАСАУ КЕРЕК

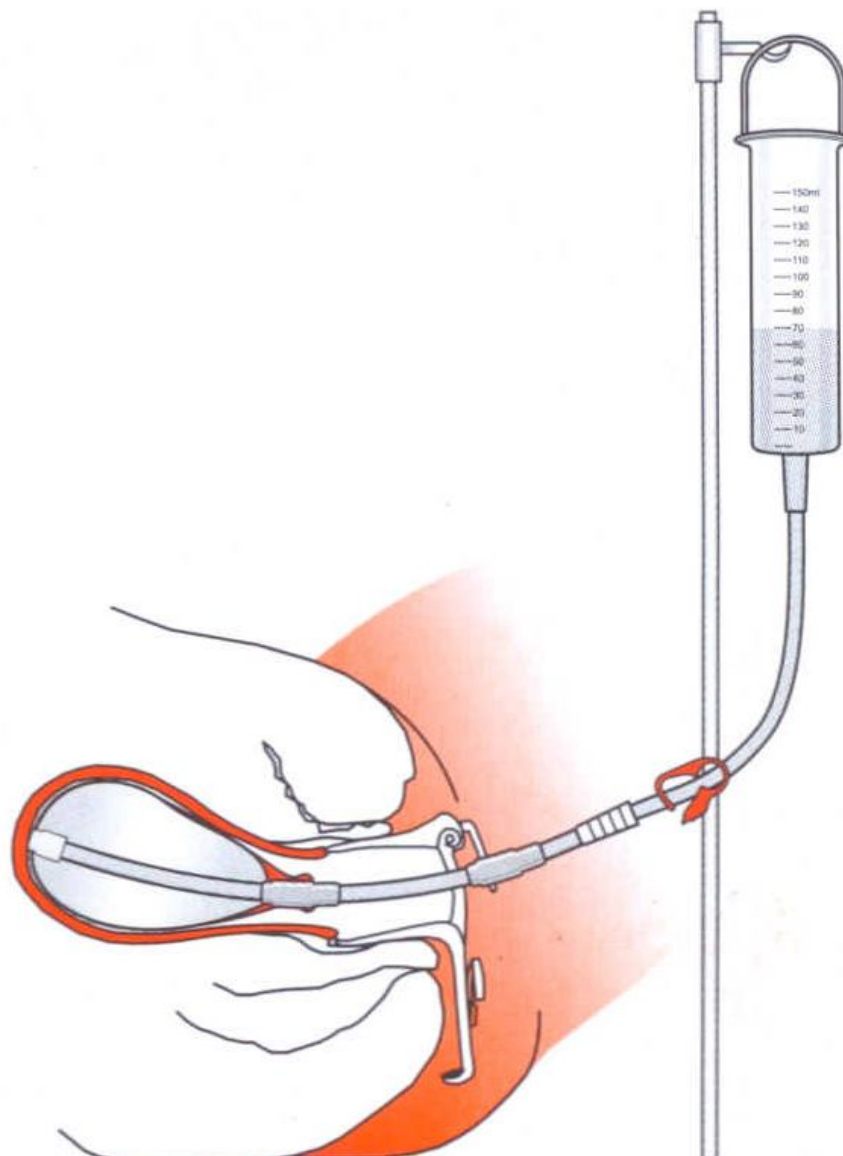
- Акушерлік қан кету кезінде қолайсыз нәтижелерді алу себептеріне, хирургиялық гемостазды кеш жасау жатады

Chamberlain (1992)

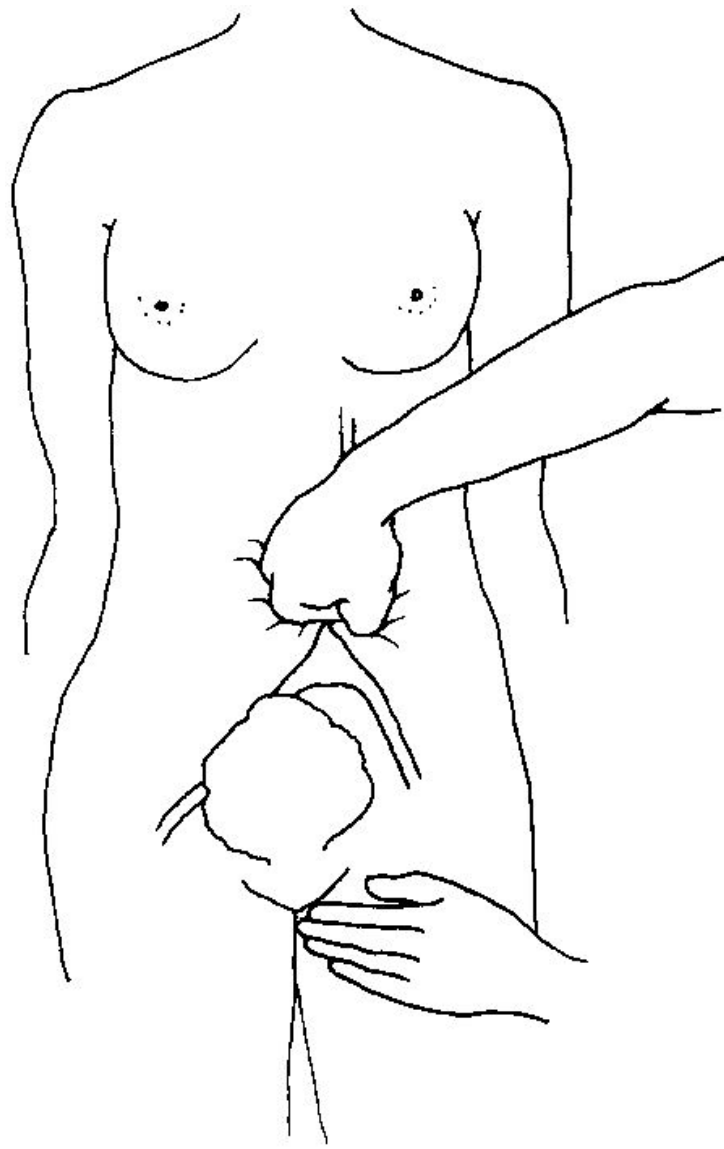
3 қадам- қан ағуды уақытша тоқтату әдісі

- Жатыр ішілік тампонада
- Құрсақ қолқасын басу

Жатыр ішілік тампонада



Құрсақ қолқасын басу



4 қадам – этапты хирургиялық гемостаз

- 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

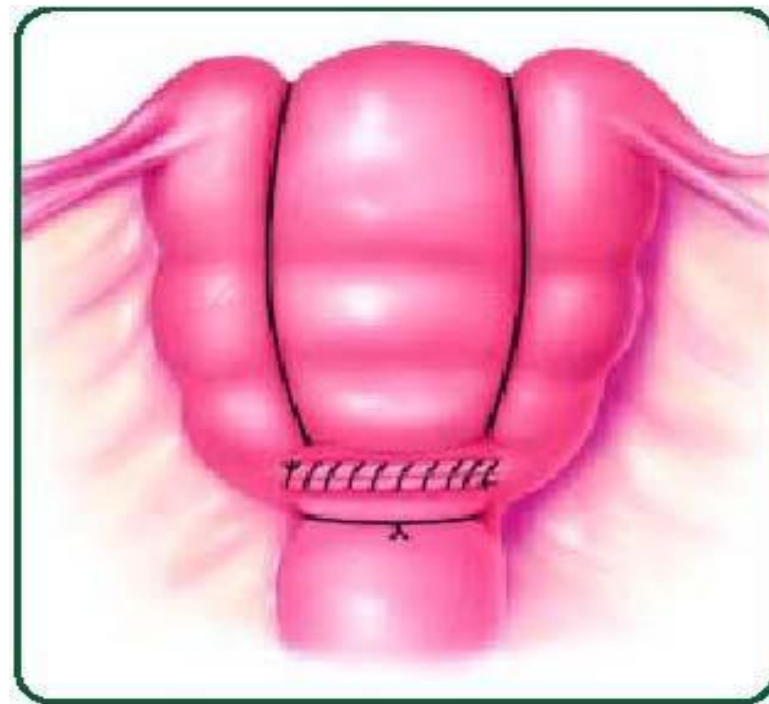
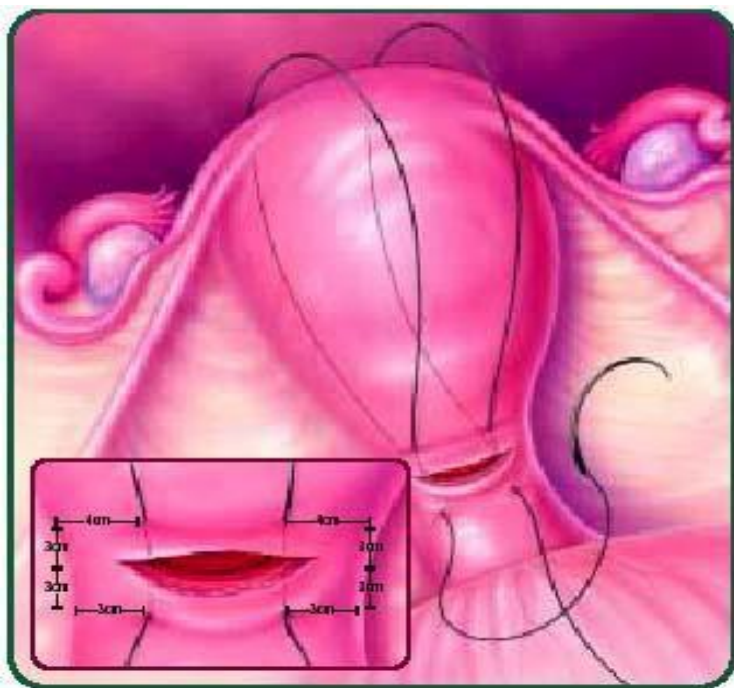


Б-Линч бойынша хирургиялық компрессионды тігіс салу:

- 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)

Б-Линча тігісі хирургиялық компрессионды тігіс салу: (2)



Гистерэктомия

- Гистерэктомияның жиілігі 10000 босанудың 7 ден 13 босануға дейін құрайды. (шамамен 1:1000 босануға)
- Гистерэктомияға сараптама жүргізгенде 123 жағдайдың ішінен (Лос-Анджелес, 1985-1990) ең жиі кездесетіні бала жолдасының тығыз және шынайы жабысуы болып табылды (49,6%)

Stanco et al (1993)

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

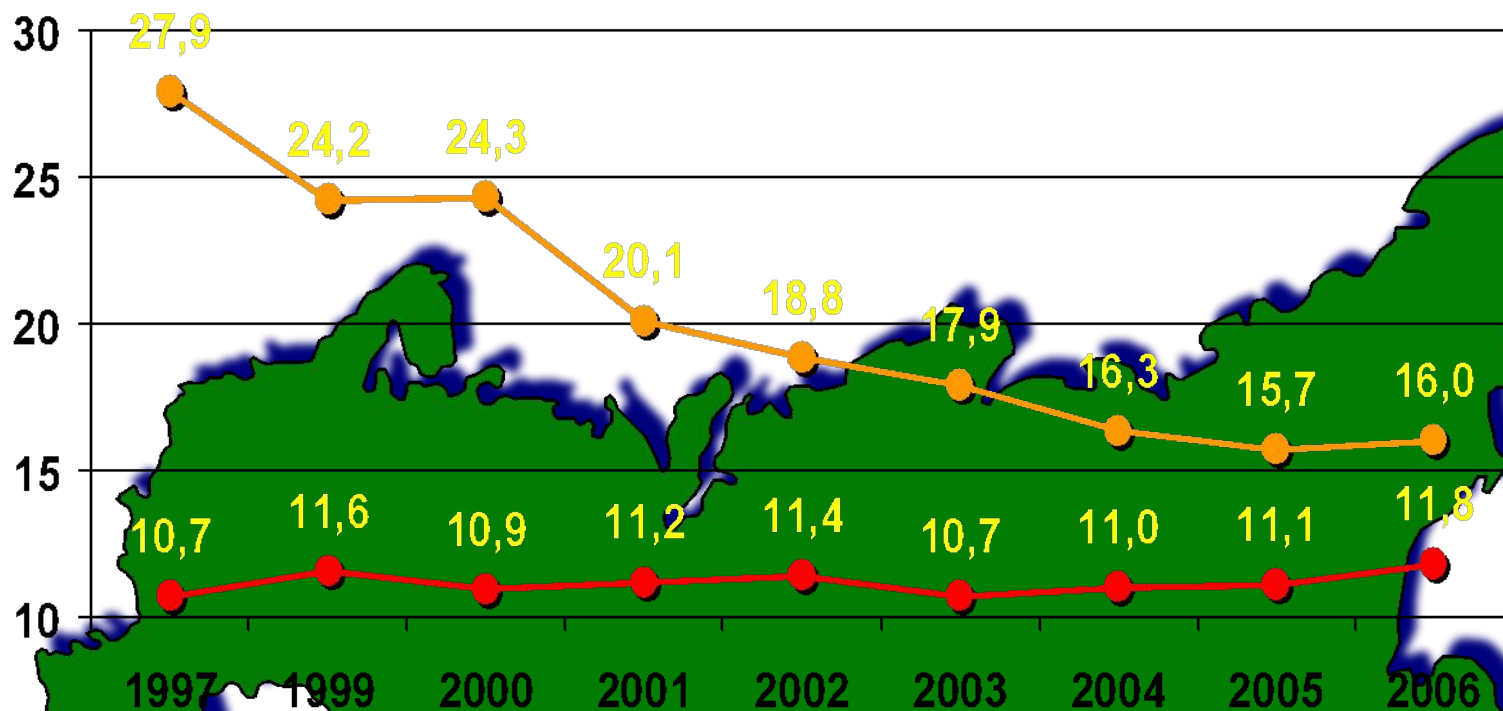
- Гистерэктомияны артқа қалдыруға болмайды Burke G, Duignan N (1991)

Хирургиялық емі:

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

КЕШ ЖАСАҒАНША, ЕРТЕРЕК ЖАСАУ КЕРЕК!!!

ҚР-да ҚАН КЕТУ ЖИІЛІГІ (1000 босану сандарына)



- плацентаның жатуы мен сылынуына байланысты қан кетулер
- бала жолдасы кезеңі мен босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі қан кетулер

МАССИВТІ ҚАН КЕТУДІ ЕМДЕУДІҢ НЕГІЗГІ ЭТАПТАРЫ

- **Қан кетудің саны (көлемі) мен сапасын дұрыс бағалау (қан ұю жүйесінің бұзылыстары)**
- **Өз уақытында және адекватты түрде инфузионды-трансфузионды терапияны жүргізу (ИТТ бағдарламасы)**
- **Өз уақытында және адекватты түрде хирургиялық ем қолдану (ағзаны сақтау тактикасы)**
- **Витальды қызметі мен гомеостазды тұрақты аппаратты және лабораторлы бақылау (Орталық венозды қысым!!!)**

ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕГІ ӨЛІМ СЕБЕПТЕРІ

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

ГИПОТОНИЯЛЫҚ ҚАН КЕТУДІҢ КОНСЕРВАТИВТІ ЕМІНІҢ КЕШЕНДІ ШАРАЛАРЫ

Жатыр қуысын қолмен
тексеру (жатырдың
бимануальды
компрессиясы)

Қан алмастырушы
заттарды
көктамырға енгізуге
системаны дайындау
(крахмал)

Утеротониктерді
енгізу

ГИПОТОНИЯЛЫҚ ҚАН КЕТУ

гемостатикалық көрсеткіштерді
бақылау (прикроватный тест)

Қан кетуді үнемі бағалау

динамиканы бақылау және

БІРУАҚЫТТА!

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;

УТЕРОТОНИКТЕРДІ ЕНГІЗУ

- = **Окситоцин** (10 МЕ бұлшықетке немесе 20-40 МЕ 1 л физ.ерітіндіге 1 минутына 60-40 тамшы)
- = **Метилэргометрин** (0,2 мг бұлшықетке 5 дозаға дейін). Гипертензия кезінде болмайды!!!
- = **Простенон** (250 мкг бұлшықетке немесе миометриге әр 15 мин сайын 8 дозаға дейін)
- = **Мизопростол, Сайтотек** (800-1000 мкг тік ішекке бір рет)

ГИПОТОНИЯЛЫҚ ҚАН КЕТУДІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

(ЛАПАРОТОМИЯ)

- = Простенон жатыр бұлшықетіне**
- = Қан тамыр шоғырына қысқыштар мен лигатура салу арқылы жатырды ишемиялау**
- = Гемостатикалық компрессионды тігісі
Б-Линча (B-Lynch) және Перейра**
- = Мықын артерияларын байлау**
- = Ангиографиялық эмболизация**
- = Жатырдың ампутациясы**
- = Жатырдың экстирпациясы**

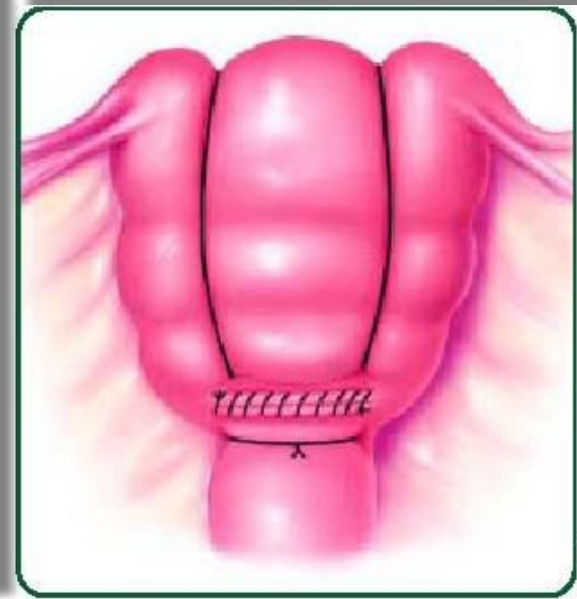
ГЕМОСТАТИКАЛЫҚ КОМПРЕССИОНДЫ ТІГІС В-ЛИНЧА БОЙЫНША



АЛДЫНАН

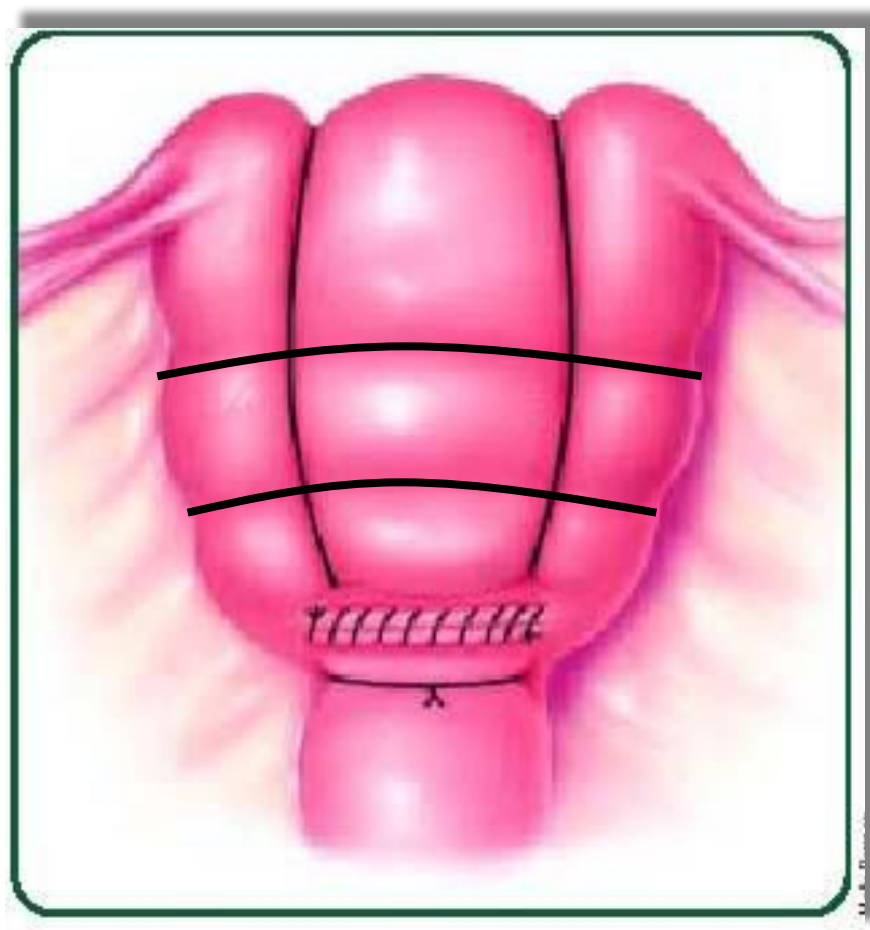


АРТЫНАН



АЛДЫНАН

ГЕМОСТАТИКАЛЫҚ КОМПРЕССИОНДЫ ТІГІС ПЕРЕЙРА БОЙЫНША



ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ СТРАТЕГИЯ МАССИВТІ ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕГІ ИНФУЗИОНДЫ-ТРАНСФУЗИОНДЫ ТЕРАПИЯ

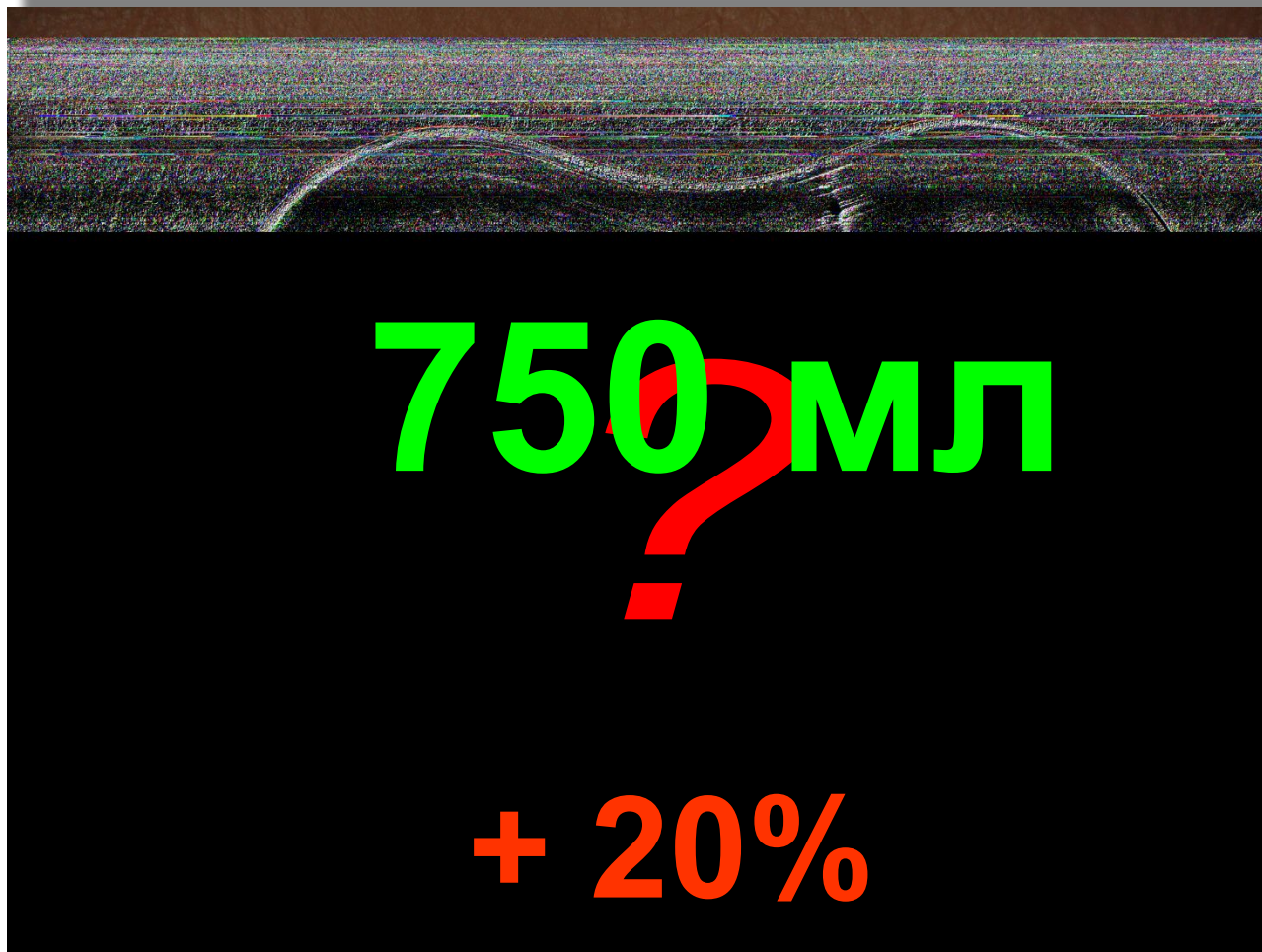


САПАСЫ (ЖМП, эритроцитарлық масса)



САНЫ (крахмал, кристаллоидтар)

ҚАНША???



750 МЛ

+ 20%

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ҚАН ШЫҒЫНЫ КЕЗІНДЕГІ ИНФУЗИОНДЫ- ТРАНСФУЗИОНДЫ 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)

Акушерлік қан кету
кезіндегі инфузионды-
трансфузионды
терапия

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

ҚОРЫТЫНДЫ (1)

- 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

ҚОРЫТЫНДЫ (2)

- 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

ҚОРЫТЫНДЫ(3)

- 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

ҚОРЫТЫНДЫ (4)

- Жоғалтқан қан көлемін толтыруға ең бірінші кристаллоидты ерітінділерді қолданады
- Коллоидты ерітінділердің жанама әсерлері көп
- Альбумин гиповолемия жағдайында қауіпті

ҚОРЫТЫНДЫ (5)

- Қан жоғалту кезінде өмірге ең маңызды ол қан препараттарын құю болып табылады. Сонымен қатар оларды көп қолдануда көптеген асқынуларға алып келеді.
- Эритроцитарлы массамен жаңа мұздатылған плазманы құюға қатаң көрсеткіштері болуы тиіс.



***НАЗАР АУДАРЫП
ТЫҢДАҒАНДАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!***