

Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ Шымкент
институты Дипломнан кейінгі білім беру факультеті
Акушерия және гинекология кафедрасы

Жүктілік және босанғаннан кейінгі қан кету

Қабылдаған: Кадирова Р.У

Орындаған: Ходжабаева Х
Тобы: ЖТД-712



БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ҚАН КЕТУ

Анықтамасы:

Босанғаннан кейінгі қан кету – табиғи жолдармен босану кезінде 500 мл және одан көп, кесар операциясы кезінде 1000 мл және одан көп қан жоғалту.



4. Жіктелуі:

- **Босанғаннан кейінгі ерте кезеңде қан кету** – босанғаннан кейінгі алғашқы 24 сағат.
- **Босанғаннан кейінгі кеш кезеңде қан кету** – босанғаннан кейін 24 сағаттан соң.



5. Қауіп факторлары

- Босанудың үшінші кезеңінің созылуы
- Преэклампсия
- Анамнезінде босанғаннан кейінгі қан кету
- Көп ұрықтық
- Босану жолдарының жұмсақ тіндерінің зақымдануы
- Ұзаққа созылған босағу
- Қынаптық оперативті босану
- Плацентаның және оның бөліктерінің жатыр қуысында қалуы
- Плацентаның төмен орнығуы
- Тромбофилия
- Ірі ұрық
- Көп босанулар



Алдын алу

- Босанғаннан кейінгі қан кетудің ең тиімді алдын алуына босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізу, бұл қан кетуді 2,5-3 есе төмендетеді («Физиологиялық босану» протоколын қара).



Қан кетудің диагностикалық критерилері:

- босанғаннан кейінгі кезеңде қан кетудің белгілерін ерте анықтау
- босанушы әйелдің жағдайын, АҚ, тамыр соғуын, ТАЖ бағалау



Жоғалған қан мөлшерін анықтау

- Гемокрит деңгейін бастапқыдан 10%-дан азаюы
- Визуалді әдіс (30% қате).
- Гравиметриялық әдіс – операциялық материалды өлшеу (15% қате),
- Өлшегіш ыдыспен өлшеу (кружка, градуирленген лоток).



8. ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Босанғаннан кейінгі қан кетудің себептеріне «4Т» деп белгіленген 4 негізгі этиологиялық процестердің біреуінің бұзылыстары жатады:

Босанғаннан кейінгі қан кетудің этиологиялық факторлары		
«Т»	Этиологиялық процесс	Клиникалық қауіп факторлары
Жатырдың жиырылу қызметінің бұзылуы («Т» - тонус)	Жатырдың созылуы	Су егіздік Көп ұрықтық Ірі ұрық
	Миометридің жиырылу қабілетінің «тозуы»	Тез босану Ұзаққа созылған босану Жоғары (>5 босану)
	Жұқпалы процесс	Хорионамнионит Босану кезіндегі қызба
	Жатырдың функциональдық/анатомиялық ерекшеліктері	Жатыр миомасы Плацентаның төмен орнығуы

Тіннің (ткань) жатыр Қуысында қалуы	Бала жолдасының бөліктерінің қалуы	Бала жолдасының ақауы Операция болған жатыр Жоғарғы паритет Плацентаның тығыз бекуі Плацентаның сіресіп жабысуы
	Жатыр қуысында ұйыған қан жиналуы	жатыр гипотониясы



Босану жолдарның жарақаттары («Т» - травма)	Жатыр мойнының, қынаптың, аралықтың жыртылуы	тез босану қынаптық оперативті босану
	Кесар тілігі кезінде жатырдың жарақаттанып жыртылуы	ұрықтың дұрыс емес орналасуы келіп тұрған ұрық бөлігінің төмен орнығуы
	Жатырдың жыртылуы	операция болған жатыр
	Жатырдың айналып кетуі	көп босанған әйел плацентаның жатыр түбінде орналасуы босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізу техникасының бұзылуы

Коагуляцияның бұзылуы («Т» - тромбин)	Туа біткен және жүре пайда болған тромбофилиялық жағдай	тұқым қуалау коагулопатиясы бауыр аурулары гематома және/немесе
	ДВС - синдром	преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром ұрықтың антенаталді өлуі хориоамнионит босанғанға дейінгі қан кету
	Жүре пайда болған коагулопатия	антикоагулянттарды шамадан тыс қолдану

9. Босанғаннан кейінгі қан кетуді қадамдық емдеу (геморрагиялық шок белгілері жоқ)

1 қадам

- Еркін персоналдарды мобилизациялау (науқастың жалғыз қалдырмай көмекке шақыру: операциялық техникаларды толық меңгеретін тәжірибелі акушера-гинекологты, анестезиолог-реаниматологты, лаборантты).
- Жоғалған қан мөлшерін бағалау.
- Организмнің өмірге маңызды мүшелерінің қызметтерін бағалау және бақылау (АҚ, тамыр соғуы, температура, ТАЖ).
- Қарқынды емдеу картасын тұрақты жүргізу үшін қызметкерді тағайындау,
- Қуықты катетерлеу – қуық бос болуы керек.
- Кристаллоидтарды жоғалған қан және утеротониктердің мөлшеріне 3:1 қатынаста инфузиялау үшін 2 шеткі көк тамырларды катетерлеу (№№ I4-16G)
- Әйел денесін жылыту (көрпемен жабу, ылғандаған төсек –орынын, құрғақ төсек орнымен ауыстыру).
- Ылғал оттегімен қамтамасыз ету
- Қанның жалпы анализі
- Коагулограмма немесе қанның ұю уақыты
- Қан тобын, Rh-факторды анықтау, қанды сәйкестікке алу
- Себепін анықтау:
 - - жатырды тексеру (тонусы, тіні);
 - - босану жолдарын қарау (жарақат).

2 қадам

Этиотропты емдеу

<p>«Тонус» Жатыр массажы Утеротониктер Жатырдың бимануалді компрессиясы</p>	<p>«Тінь» Жатыр қуысын қолмен тексеру (кейбір жағдайларда кюретаж жасау)</p>	<p>«Травма» Босану жолдарының жұмсақ тіндерінің жыртылуын тігу Жатыр жыртылуындағы лапаротомия Жатырдың айналып кетуін коррекциялау (қалпына келтіру)</p>	<p>«Тромбин» Қан ұйытатын факторларды құю (СЗП, тромбоцитарлық массаның криопреципитаты) Антифибринолити ктер Қанның VII факторының рекомбинанты</p>
---	--	---	--

Жатыр атониясы босанғаннан кейінгі қан кетудің жиі себебі болып табылады



Атонияны емдеу үшін келесі дәрілік заттар – утеротониктер қолданылады:

Параметрлері	Утеротоникалық препараттар			
	Окситоцин	Эргометрин Метилэргометрин	Простагландин F2α (энзапрост)	Мизопростол
Бастапқы дозасы және енгізу тәсілі	10 ЕД б\е немесе 5 ЕД к\т (үздіксіз)	0,2 мг б\е немесе к\т (баяу)	2,5 мг б\е жатыр бұлшық етіне	800-1000 мг тік ішекке немесе 600-800 мг ауызға\тіл астына (сирек)
Қайта дозасы	1 л ерітіндіде 20 ЕД к\т тамшылатып минутына 60 тамшы жылдамдықпен	0,2 мг б\е рбір 15 минут (қажет болса 0,2 мг б\е немесе к\т (баяу)) әрбір 4 сағат сайын	2,5 мг әрбір 15 минутта	

Максималді дозасы	Окситоцинның 60 ЕД құрайтын ерітінді 3 л ден көп емес	5 доза (1,0 мг)	8 доза (20 мг)	
Қауіпті жағымсыз әсерлері	Тамыр бұлшық ет қабырғасының босаңсуы, ОПСС төмендеуі	Шеткі вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), жатырдың тоникалық жиырылуы	Гипотония, тахикардия, тыныстың жиілеуі, жүрек айну, құсу, бас ауру, гипертониялық криз түріндегі парадоксалді реакция	Қалтырау
Қарсы көрсеткіштер, ескертулер		Преэклампсия, гипертензия, жүрек аурулары	КІт енгізуге болмайды. Астма	

Жатырдың бимануалды компресияның техникасы

1. **Зарарсыздандырылған қолғапты киіп, қолмен қынап қуысына кіріп, қолды жұдырықтаңыз.**
2. **Жұдырықты алдыңғы күмбезге қойып, жатырдың алдыңғы қабырғасына басыңыз.**
3. **Екінші қолмен іштің алдыңғы қабырғасы арқылы жатырдың артқы қабырғасына бірінші қолға қарсы бағытта басыңыз.**
4. **Қан тоқтағанға дейін және жатыр жиырылғанша басып тұрыңыз.**



Қан кету жалғасқанда

- Бір уақытта:
- Барлық еркін персоналдарды мобилизациялау (қосымша көмекке шақыру: бөлім меңгерушісін, анестезиолог-реаниматологты (егер бұрын шақырылмаса); лаборантты; стационардағы қан құюға жауапты маманды).
- Кереуеттің бас жағын түсіріңіз
- Ылғал оттегін 10-15 л/мин жылдамдықта беруді жалғастыру
- Жоғалған қан мөлшерін бағалау. 1500 мл және одан көп қан жоғалтқанда – мүмкіндігінше орталық көк тамырды катетерлеу
- Әйелдің жағдайын бағалау және өмірге маңызды мүшелердің қызметіне бақылау жүргізу (АҚ, ЖЖЖ, ЭКГ, пульсоксиметрияны, температураны, ТАЖ, диурезді тұрақты мониторингтеу), қарқынды бақылау картасына енгізу.
- Кристаллоидтарды жоғалған қанның мөлшеріне 3:1 қатынаста жылдам құюды жалғастыру. Инфузия жылдамдығы 15 минутта 1,0 л. Ары қарау инфузиялық емдеу көлемі анестезиолог-реаниматолпен бірге жүргізіледі.
- Операциялық бөлмені дайындау.

Босанғаннан кейінгі қан кету кезінде инфузиялық емнің көлемі*

- Инфузияның алдында барлық ерітінділер жылытылуы қажет*

1000 мл дейін шок белгісі жоқ	>1000 мл немесе шок белгілері	>2000 мл
2000 мл дейін кристаллоидтар	2000 мл кристаллоидтар	3000 мл және одан көп кристаллоидтар
-	1000-1500 мл коллоидтар**	1000-2000 мл коллоидтар**
-	1000 мл СЗП (коагулопатия жағдайында)	1000 мл және одан көп СЗП

-	<p>Эритроциттік масса (гемоглобинді бақылау) 500-1000 мл</p> <p>Гемоглобин 70г/л төмен</p> <p>Гематокрит 22ден төмен</p> <p>Тромбоциттердің 50×10^9 төмен деңгейінде тромбоциттік масса</p> <p>Фибриноген 1 г/л-нен төмендегенде криоприцепитат</p>	<p>Эритроцитарная масса (под контролем гемоглобина) 1000 мл и более</p>
---	---	---

* Анестезиолог-реаниматологпен бірге инфузиялық емнің көлемін әйелдің жағдайына қарай коррекциялау (шок белгілері, қан ұюының бұзылыстары және т.б.).

**Коллоидтар: ГЭК-тер және сукцинилирленген желатин/модификацияланған сұйық желатин (нұсқауға сәйкес).

Инфузиялық-трансфузиялық емнің критерилері

- Гемоглобин 80 г/л кем емес
- Тромбоциттер $> 75 \times 10^9$
- Протромбинді индекс < 1.5
- АЧТВ < 1.5
- Фибриноген $> 1,0$ г/л
- Акушерлік қан кетуде қолайсыз нәтижелердің (неблагоприятный исход) негізгі себептерінің біріне хирургиялық гемостаздың өте кеш жүргізілуі жатады.

- **Лабораториялық сынамалар жүргізу:**
 - **қанның клиникалық анализі (гемоглобин, гематокрит, тромбоциттер, қан ұю уақыты);**
 - **коагулограмма;**
 - **қан ұюына төсек жанындағы сынама жасау.**
- **Науқасты бір қырына жатқызып, жылыту (бірақ ысыту емес!) – ылғал төсек орнын құрғаққа ауыстырып, ұосымша ккрпе беру.**
- **Оттегінің маска арқылы минутына 8 л жылдамдықпен беруді қамтамасыз ету**
- **Қан препараттарынмен қамтамасыз ету: СЗП, қажет мөлшерде эритромаcса.**



3 қадам

Қан кетуді уақытша тоқтату әдістері

Құрсақ аортасын басу:

- іш қабырғасы арқылы құрсақ аортасын жұдырықпен төмен қарай басыңыз;
- басу нүктесі кіндіктің дәл үстінде және шамалы солға қарай;
- босанғаннан кейінгі ерте кезеңде іштің алдыңғы қабырғасы арқылы аорта пульсациясы оғай анықталуы мүмкін;
- аортаны басу күшін анықтау үшін екінші қолмен сан артериясының пульсын басыңыз;
- егер пульс анықталса, жұдырықпен жасалған қысым жеткіліксіз немесе керісінше.



4 қадам

Лапаротомия (кезеңдік хирургиялық гемостаз)

Лапаротомия барлық кезде гистерэктомиямен бірге қатар болмауы керек.

- 1. Простагландиннің I дозасын (5 мг) жатырға енгізуді қайталау.
- 2. Жатыр артериясының өрлемелі тармақтарын және аналық бездердің өзіндік жалғамаларының артерияларын ретті байлау керек:

ДВС-синдромы белгілерісіз атониялық қан кету

Жатыр мойны жарақаты жоқ болса

Протагландиндерді енгізу нәтижесіз болғанда



5 қадам

Акушерлік қан кету кезіндегі хирургиялық гемостаз

Лапаротомия

Простагландиндердің 1 дозасын (0,25 мг) жатырға қайталау

Жатыр бұрыштарына және жатыр денесіне 4 инъекцияны бөліп енгізу.

О' Лири бойынша жатыр артерияларын байлау

ДВС-синдромы белгілерісіз атониялық қан кетуде, Кювелер жатыры белгілерісіз, жатыр мойнының жарақатысыз

Б-Линча әдісі бойынша жатырға хирургиялық компрессиялық тігіс алу

ДВС-синдромы белгілерісіз атониялық қан кетуде, Кювелер жатыры белгілерісіз, жатыр мойнының жарақатысыз, простагландиндерді енгізуі нәтижесіз болғанда

1000,0 мл төмен қан кету
кезінде **ЖАТЫРДЫҢ**
ҚОСАЛҚЫЛАРЫСЫЗ
АМПУТАЦИЯСЫ

ДВС-синдром белгілерісіз
қан кету, компрессиялық
тігіс салу нәтижесіз
болғанда, босану
жолдарының жарақаты жоқ
болғанда

Кювелер жатырынің
белгілері жоқ болғанда
Айналып кеткен жатырдың
қалпына келмеуі
Плацентаның сіресіп
жабысуы кезінде

**Жатыр
экстирпациясы**

Қан кетуде, немесе Кювелер
жатырында, немесе жатыр
мойнының жарақатында
Жатырдың жыртылуында
Плацентаның шынайы сіреісп
бекуінде, плацентаның жатыр
мойнына жабысуында

**Ішкі мықын
артерияларын
байлау арқылы
жатыр
экстирпациясы**

**Атониялық қан кету
және и ДВС-синдромы
белгілерімен
Коагулопатиялық қан
кетуде**

