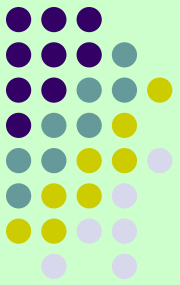


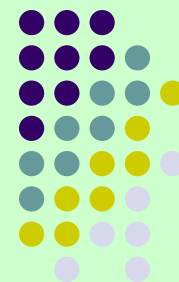
Босанудан кейінгі қан кету

Альговердің шоктық индексі

Босанудан кейінгі қан кету

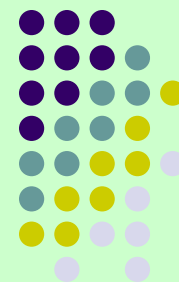


Босанудан кейінгі қан кету – табиғи босану жолдары арқылы босануда 500 мл-ден артық және кесар тілігі операциясында 1000 мл-ден артық қан кетуді құрайтын клиникалық маңызы бар қан кету.



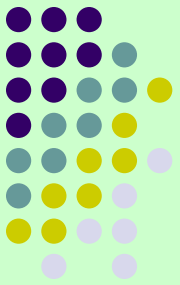
Топтастыруы

- **Босанудан кейінгі ерте қан кету –** босанудан кейінгі алғашқы 24 сағат ішіндегі қан кету.
- **Босанудан кейінгі кеш қан кету –** босанудан 24 сағат өткеннен кейінгі қан кету.



Қауіптілік факторы:

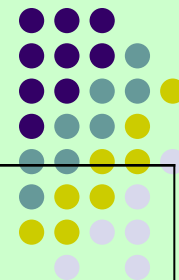
- жедел түрде жасалатын кесар тілігі операциясы;
- жоспарлы кесар тілігі;
- жатыр қуысында плацента және оның бөлігінің қалып қоюы;
- медиолатеральды эпизиотомия
- оперативті вагинальды босану;
- ұзаққа созылған босану процесі (12 сағаттан астам);
- ірі салмақтағы бала (4 кг-нан артық);
- босану кезіндегі дене қызуының көтерілуі;



Жоғалтқан қан мөлшерін анықтау әдістері

- Визуальды әдіс (30 пайыз қателік);
- Гравиметриялық әдіс – операциялық материалды өлшеу (15 пайыз қателік);
- Өлшейтін ыдыстармен есептеу (кружка, өлшейтін сызығы бар лоток);
- Гематокрит деңгейінің қалыпты шамадан 10 пайызға төмендеуі;

Этиологиялық факторлар (4 «Т»)



**(«Т» – тонус)
Жатырдың
жиырылу
қызметінің
бұзылуы**

Жатырдың созылуы

- су көптік
- егіздік
- Ірі бала
- Көп босану
(>5 босану)

**«Миометрийдің жиырылу
қабілетінің таусылуы»**

- тез босану
- ұзаққа созылған
босану

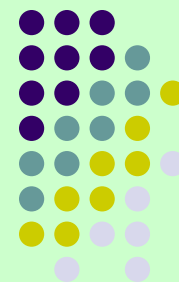
Инфекциялық процесс

- хориоамнионит
- босану кезіндегі
қалтырау

**Жатырдың функциональдық
және анатомиялық
ерекшеліктері**

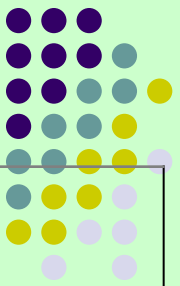
- жатыр миомасы
- плацентаның дұрыс
орналаспауы

Этиологиялық факторлар (4 «Т»)



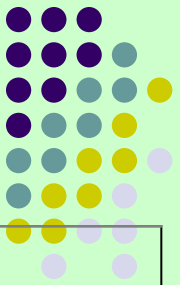
(«Т» – тіндер) Жатыр қуысында тіндердің қалып қоюы	Бала орны бөліктерінің қалып қоюы	<ul style="list-style-type: none">• бала орнының ақауы• операция жасалған жатыр• плацентаның қатты бекінуі• плацентаның жатыр бұлшық етіне өсіп кетуі
	Жатыр қуысында қан ұйығының қалып қоюы	<ul style="list-style-type: none">• жатыр гипотониясы

Этиологические факторлар (4 «Т»)



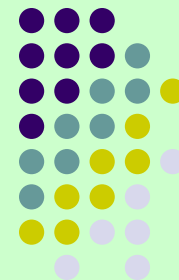
(«Т» – травма жарақат) Босану жолдарының жарақаттары	Жатыр мойнының, қынаптың, шатаралығының жыртылулары	<ul style="list-style-type: none">• тез босану• оперативті вагинальды босану
	Кесар тілігі кезінде жатырдың жарақатты жыртылуы	<ul style="list-style-type: none">• ұрықтың дұрыс орналаспауы• жамбас қуысына қараған бала бөлігінің төмен орналасуы
	Жатырдың жыртылуы	<ul style="list-style-type: none">• операция жасалған жатыр
	Жатыр ішінің сыртқа айналуы	<ul style="list-style-type: none">• көп босану• плацентаның жатыр түбінде орналасуы

Этиологиялық факторлар (4 «Т»)



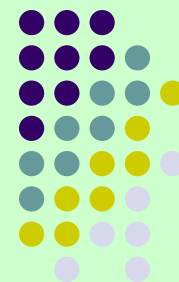
(«Т» – тромбин) коагуляцияның – қанның ұю қасиетінің бұзылуы	Іштен туа біткен патологиялар (гемофилия А, Виллебранд ауруы)	<ul style="list-style-type: none">• тұқым қуалайтын коагулопатиялар• бауыр аурулары
	<ul style="list-style-type: none">• Жүктілік кезінде пайда болған идиопатиялық тромбоцитопения;• Преэклампсиямен бірге дамыған тромбоцитопения;• ДВС синдром (преэклампсия, ұрықтың антенатальды өлуі, ауыр инфекция, баланы қоршаған сумен тығындалуы)	<ul style="list-style-type: none">• гематомалар немесе қансырау (оның ішінде инъекция орындарының қансырауы);• Преэклампсия, эклампсия, Хелп – синдром;• ұрықтың антенатальды өлуі;<ul style="list-style-type: none">• Хориоамнионит;• босануға дейінгі қан кету
	Антикоагулянттармен емдеу	<ul style="list-style-type: none">• қан ұйығы пайда болмайды

Босанудан кейінгі кезеңдегі қан кетудің қадамдық емі



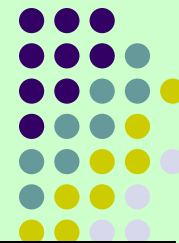
№ 1 қадам Бастапқы бағалау

- Бос қызметкерлерді біріктіру: (оперативті техниканы толық меңгерген тәжірибелі акушер-гинекологты, анестезиолог - реаниматологты, лаборантты көмекке шақыру);
- Жоғалған қан көлемін бағалау;
- Науқас жағдайын бағалау және ағзаның өмірлік маңызы бар қызметтерін (қан қысымы, тамыр соғысы, дене қызуы, тыныс алу жиілігі) бақылау;
- Қуықты катетерлеу - қуық бос болуы тиіс;



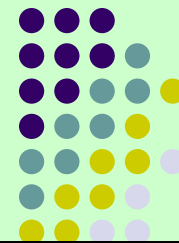
- **Жоғалған қан мөлшеріне 3:1 қатынасында кристаллоидтар құюды бастау үшін 1 немесе 2 перифериялық көк қан тамырын катетерлеу (№№ 14-16G);**
- **Әйелді жылыту (одеял жабу, ылғалданған жаймаларды құрғаққа ауыстыру);**
- **Қан тобын, резус факторын, қан тиістілігін тексеру;**
- **Себептерді анықтау:**
 - **жатырды зерттеу (тонус, тіндер);**
 - **босану жолдарын қарау (жарақат);**

№ 2 қадам – этиотропты ем



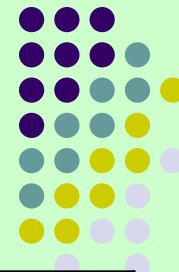
«Тонус»	«Ткань» “Тіндер”	«Травма» “Жарақат”	«Тромбин»
<ul style="list-style-type: none">• Жатырға массаж жасау;• Утеротониктер• Жатырға екі қолды; компрессия жасау;	<ul style="list-style-type: none">• Жатыр ішін қолмен тексеру (кейбір жағдайларда кюретаж);	<ul style="list-style-type: none">• Айнамен қарау;• Босану жолдарының жұмсақ тіндерін тігу;• Жатыр жыртылуын• да лапаротомия;• Жатырдың сыртқа айналып кетуін түзету;	<ul style="list-style-type: none">• Қан орнына жүретін сұйықтықтар құю (СЗП - мұздатылған плазма, тромбоцитарлық плазма);• Антифибринолитики;

Жатыр атониясында утеротониктерді қолдану



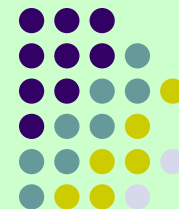
Параметрлер	Бірінші кезекте Окситоцин	
	Бастапқы дозасы және енгізу әдісі	10 ЕД - бірлік жамбасқа немесе 5 ЕД - бірлік тамырға жәйләп;
Қайталау дозасы	20 ЕД - бірлік тамырға тамшылатып, 1 литр ерітіндіде минутына 60 тамшы;	
Ең жоғарғы дозасы	Окситоцины бар 3 литр сұйықтық;	
Қауіпті жанама әсерлері	Тамырлар бұлшық етінің босаңсуы;	
Қарсы көрсетпелері, ескертпелер;	—	

Жатыр атониясында утеротониктерді қолдану



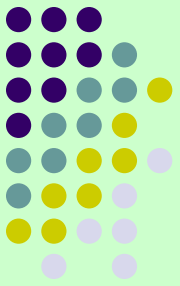
Параметрлер	2 - ші кезекте	
	Метилэргометрин	
Бастапқы доза және енгізу әдістері	0,2 мг жамбасқа немесе тамыр ішіне	
Қайталау дозасы	0,2 мг жамбасқа әрбір 15 мин сайын (қажет болғанда – 0,2 мг жамбасқа немесе тамыр ішіне жәйләп әрбір 4 сағат сайын);	
Ең жоғарғы дозасы	5 доза (1,0 мг)	
Қауіпті жанама әсерлері	Перифериялық вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм) Периферическая вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), жатырдың тоникалық жиырылуы);	
Қарсы көрсетпелері, ескертпелері	Преэклампсия, гипертензия, жүрек аурулары;	

Жатыр атониясында утеротониктерді қолдану

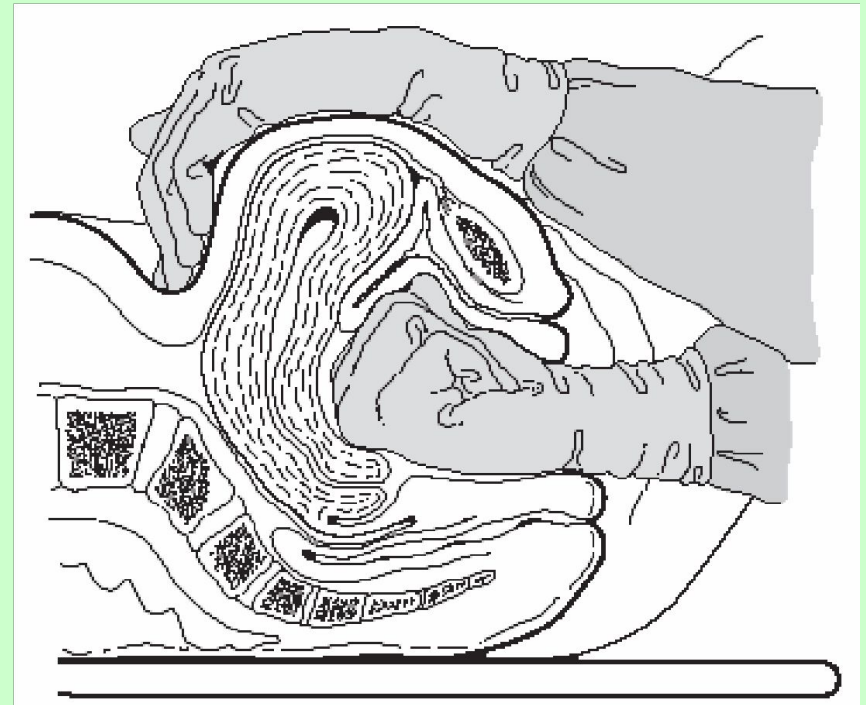


Параметрлері		
	3-ші кезекте	
Бастапқы дозасы және енгізу әдістері	0,25 мг жамбасқа немесе жатыр мойнының бұлшық етіне. Бұл өмірге қауіпті болуы мүмкін.	
Қайталау дозасы	0,25 мг әрбір 15 минут сайын	
Ең жоғарғы дозасы	8 доз (2 мг).	
Қауіпті жанама әсерлері	Гипотония, тахикардия, тыныс алу жиілігінің өсуі, құсу, жүректің айнуы, бастың ауруы, гипертониялық криз түріндегі парадоксальды реакция	
Қарсы көрсетпелері, ескертпелері	Тамыр ішіне салуға болмайды. Астма	

Жатырды екіқолды бимануальды жаншу



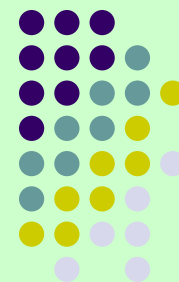
- Зарарсыздандырылған биялайды киіп, қынапқа қолды кіргізіп, қолды жұдырыққа түйіңіз.
- Жұдырықты қынаптың алдыңғы күмбезіне орналастырып, жатырдың алдыңғы қабырғасын жаншып қысыңыз.
- Қынапқа кіргізілген бірінші қолдың бағытына қарай екінші қолмен алдыңғы іш қабырғасы арқылы жатырдың артқы қабырғасын қысыңыз.
- Қан кету тоқтағанша және жатыр жиырыла бастағанша жаншып қысуды жалғастырыңыз.



Қан кету жалғасқанда:

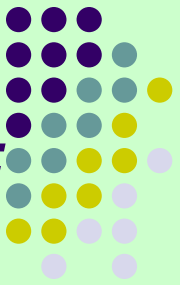


- Барлық бос қызметкерлерді жинау (көмекке қосымша бөлім меңгерушісін, анестезиолог-реаниматологты (егер бұрын шақырылмаса) лаборантты - қайта, қан құюға жауапты маманды шақыру керек);
- Кеткен қан мөлшерін есептеу;
- Әйел жағдайын қадағалау және ағзаның маңызды қызметтерін бағалау (қан қысымын, тамыр соғысын, дене қызуын, тыныс алу жиілігін), интенсивті бақылау картасын жүргізу арқылы бақылау жасау;
- Қан жоғалу мөлшеріне қарай 3:1 қатынасында кристаллоидтар құюды жалғастыру; Ары қарай инфузиялық емнің бағдарламасы анестезиолог-реаниматологпен бірге құрастырылады;
- Операциялық бөлмені дайындау (кештен ертерек болғаны дұрыс);

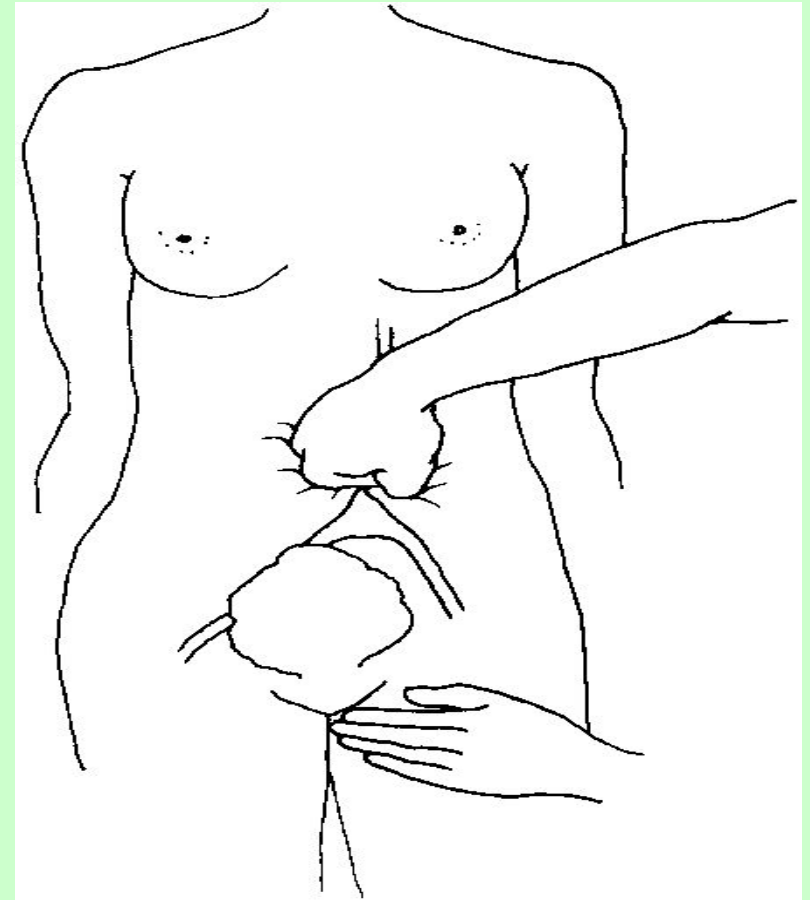


- Зертханалық тестілер жүргізу: қанның клиникалық анализі (гемоглобин, гематокрит, тромбоциттер, қанның ұю уақыты, коагулограмма);
- Науқасты бүйір қапталына жатқызып, жылыту қажет (бірақ қатты ысып кетпеуі керек) – ылғал жайманы құрғаққа ауыстырып, қосымша одеяло беру керек;
- Маскі арқылы минутына 8 л жылдамдықта болатындай оттегімен қамтамасыз ету;
- Қан препараттарының болуын қамтамасыз ету: қажет мөлшерде СЗП-мұздатылған плазма, эритромаасса;

№ 3 қадам. Қан кетудің уақытша тоқтату әдістері :

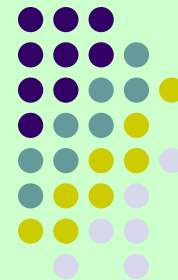


- Алдыңғы іш қабырғасы арқылы құрсақ аортасын жұдырықпен қысу;
- Басу нүктесі кіндік үстінде және сәл солға жақын болады;
- Босанудан кейінгі ерте кезеңде аорта соғысы алдыңғы іш қабырғасы арқылы оңай анықталуы мүмкін;
- Қысудың толыққандылығын бағалау үшін екінші қолмен аяқ артериясының соғысын сипалау арқылы білуге болады;
- Егер тамыр соғысы сезілсе, онда жұдырықпен жасалған қысым жеткіліксіз және керісінше болғаны;

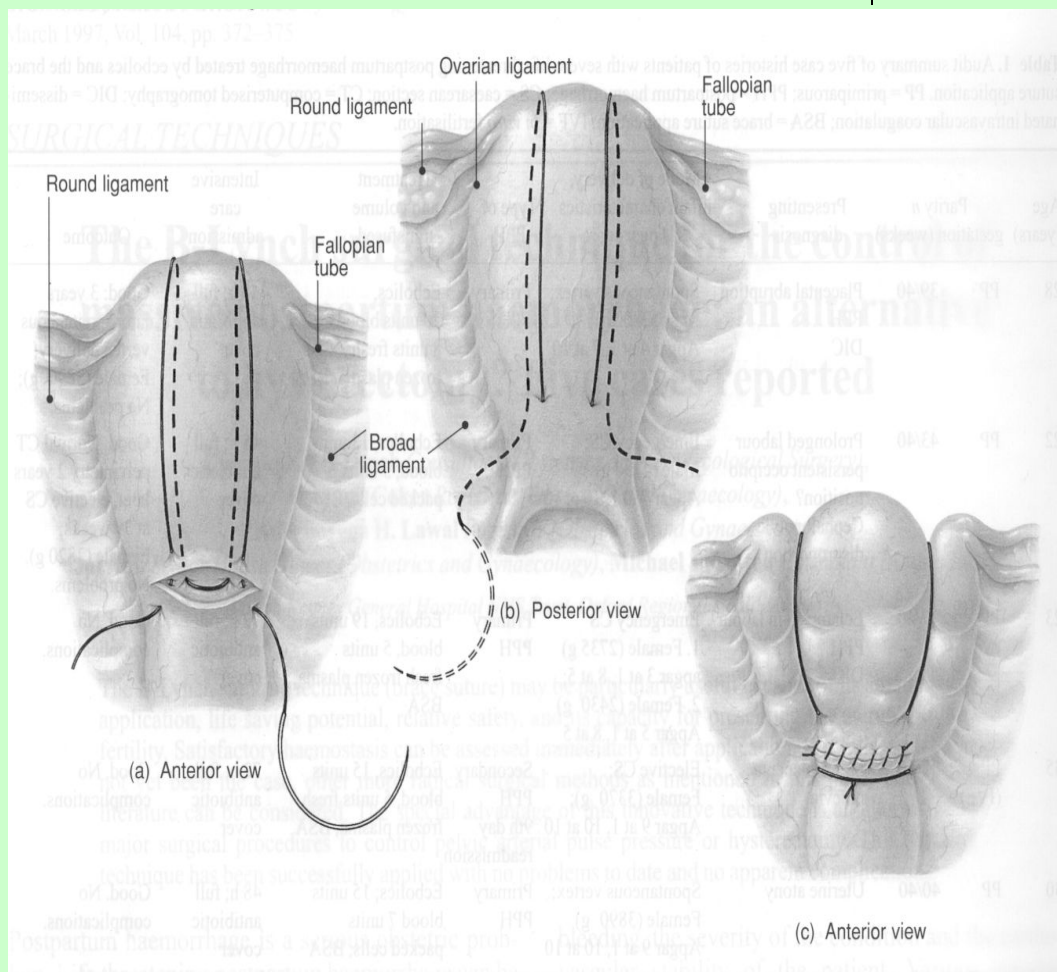


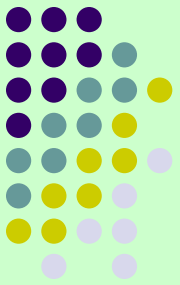
№ 4 қадам.

Лапаротомия – кезең-кезең жасалатын гемостаз.

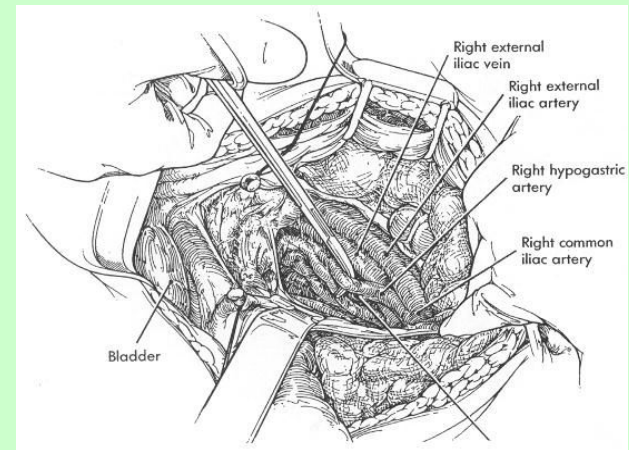
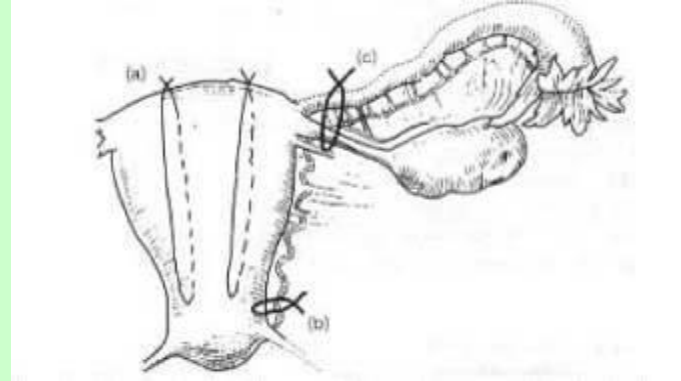


- **Жатырға 1 доза (0,25 мг) простагландин инъекциясын жасау;**
- **Хирургиялық жаншу тігістерін салу: Линча әдісі бойынша;**

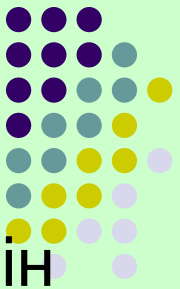




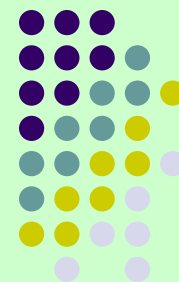
- Рет-ретімен тамырларды байлау;
- Толықтай және жартылай гистерэктомия жасаңыз;



Инфузиялық емнің принциптері

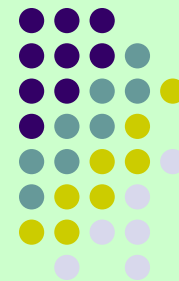


- Айналым қанының көлемін қалпына келтіру үшін (тамырішілік көлем) жоғалтқан қан мөлшерінің көлемінен 3 есе артық болатындай етіп, кристаллоидты ерітінді құю керек;
- Гиповолемияны жою үшін декстроза (глюкоза) ерітінділері қолданылмайды;
- Ең тиімді орын басатын сұйықтық тек қана физиологиялық ерітінді (0,9% пайызды хлорлы натрий ерітіндісі немесе тұзды ерітінділер (плазма, Рингер-Лок ерітіндісі) болып табылады;



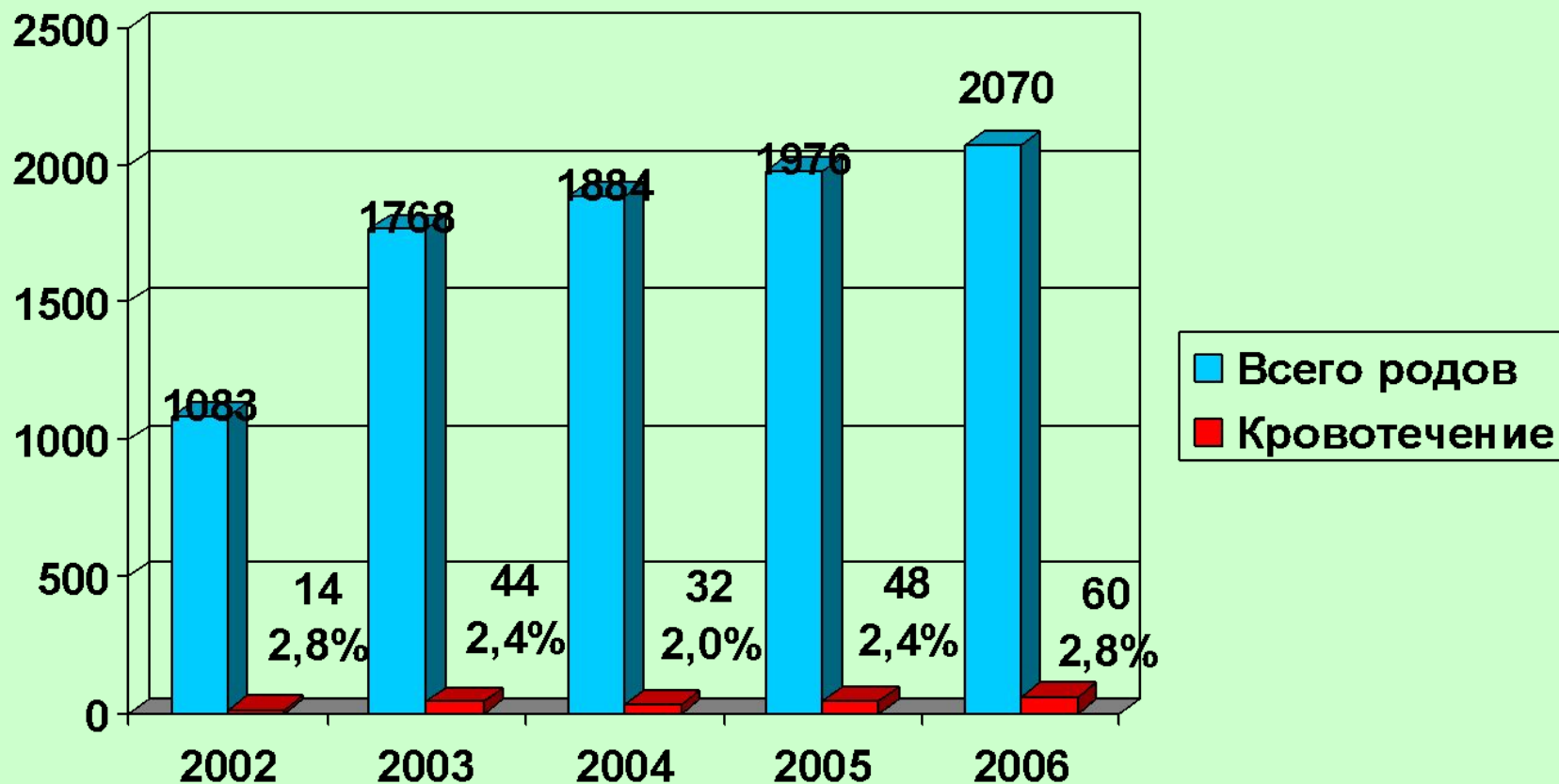
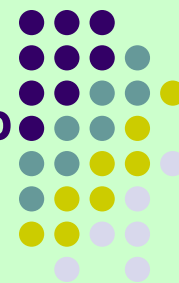
- Қан орнына жүретін орын басатын сұйықтықтардан плазма, сондай-ақ бүтін қанды инфекция даму қаупінің мүмкіндігіне байланысты қолдануға болмайды;
- Тірілту шараларының ішінде коллоидты ерітінділердің алатын орны ерекше;
- Коллоидты ерітінділердің кемшіліктері
 - Анафилактикалық реакция туғызуы мүмкін;
 - Жартылай тромбопластин уақытын ұзартады;
 - Қанның тоғысу сәйкестілігіне әсер етеді;
 - Кальций мөлшерін төмендетеді;
 - Қол жетімсіз және біршама қымбаттау;

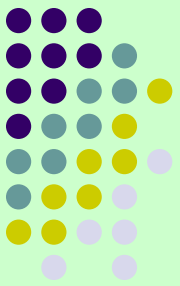
Гемотрансфузия көрсетпелері:



- * Эритроцитарлық қоймалжыңды құю қанның оттегі – тасымалдық қызметін қалпына келтіруге қажет болады. Көп жағдайларда көрсеткіші гемоглобин мөлшерінің 70 г/л-ден аз болуы және жалғасып жатқан қан кету болып табылады.
- * Егер науқаста жүрек және өкпе қызметтерінің төмендеуі (тахикардия, ентігу) байқалған жағдайда, гемоглобин мөлшерінің жоғары болуына қарамастан, эритроцитарлық қоймалжыңды құю қажет етіледі;
- Бүтін қанды, эритроцитарлық қоймалжыңды немесе плазманы құю әйелді жедел түрде жоспарлы операцияға дайындау мақсатында жүргізіледі;
- Гемотрансфузия қатынасы трансфузиялық сұйықтықтардың жалпы көлеміне шаққанда 1:5 құрайды;

Перинатальдық орталық бойынша 2002-2006 жылдар аралығындағы қан кету көрсеткіштері



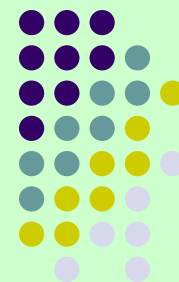


Шоковый индекс Альговера

предназначен для оценки тяжести шока. С его помощью можно уточнить объем кровопотери у больного.

Индекс Альговера равен отношению частоты пульса (П) к уровню систолического артериального давления (САД)

Индекс Альговера = П / САД

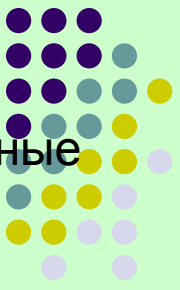


Примечание. 60 — ЧСС в I мин, 120 — нормальная величина систолического АД в мм рт.ст.

При шоке I ст. (кровопотеря 15-25% ОЦК) ШИ=1 (100/100),

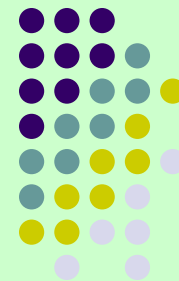
при шоке II ст. (кровопотеря 25-45% ОЦК) ШИ=1,5 (120/80),

при шоке III ст. (кровопотеря более 50% ОЦК) ШИ=2 (140/70).



В диагностике шока на первоначальном этапе используют общедоступные клинические тесты, на втором — лабораторные и специальные методы исследования. В конечном итоге контроль направлен на выяснение механизмов возникновения шока, определения его глубины и эффективности проводимых мер.

Для адекватного лечения необходимо осуществлять постоянный контроль за состоянием сознания, температурой и цветом кожных покровов, ЦВД, АД, МОС, УО, ОЦК, ЧСС и их ритмом, кислотно-щелочным и водно-электролитным состоянием, вязкостью крови и гематокритом, почасовым диурезом и плотностью мочи, свертывающей системой крови, функцией легких, основными биохимическими параметрами, определением температурного градиента между кожными покровами и прямой кишкой и т. д. Вообще, по данному разделу можно сказать, что здесь предела нет и быть не может. Очень многое в объеме исследований зависит от уровня оснащения конкретного лечебного учреждения. При умелом подходе к вопросам оценки полученной информации можно обойтись минимумом, и, в то же время, самые совершенные методы исследования, выполненные по расширенной программе, не помогут больному, если врач не может их правильно интерпретировать.



Назар аударып
тыңдағандарыңызға
рахмет!