

Акушериядағы қан кетулер. Босанғаннан кейінгі ҚК



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)





Маңыздылығы:

- Жылына 14 миллион әйелде босанудан кейінгі қан кету тіркеледі
- Жылына 12 5000 науқас әйел босанудан кейінгі қан кетуден көз жұмады
- БКҚК-ден өлім қаупі:
 - 1 : 100 000 әйел ҰБ мен АҚШта
 - 1 : 1 000 әйел дамушы елдерде
 - ВОЗ (1998)





Емдеудегі кемшіліктер

- Өлімнің негізгі себебі:
 - Қан кетуді толық бағаламау
 - Жоғалған қан көлемін толық қалпына келтірмеу
 - Оперативтік килігудің кешігуі
- Жиі бұл себептер байланысты:
 - Көмек түрінің болмауы(трансфузиялық, хирургиялық көмек, т.б)
 - ҚҚ кезінде бағыттаушы мамандардың болмауы
Contemporary OB/GYN Archive (2001)



Анықтамасы(1)

- Босанудан кейінгі қан кету – босанғаннан кейінгі кезеңде жыныс жолдарынан 500 мл-ден көп қан кету.
- Біріншілік ҚК босанғаннан соң 24 сағат ішіндегі
- -Екіншілік ҚК босанғаннан соң 24сағ – 6 апта ішіндегі

ВОЗ (2000)





Клиникалық маңыздылыққа ие:

- 500 мл-ден көп қан жоғалту
- Гематокриттің 10%-тен төмен болуы немесе қан құюға көрсеткіш
- Өздігінен қалпына келмейтін қан жоғалту





Емдеу реттілігі

1. Ерте анықтау, көмек көрсету
2. Жоғалған қанды толтыру/реанимация/
3. ҚК бағалау, бақылау
4. ҚК себебін анықтау:ҚК-ді тоқтату





1. Ерте анықтау

- Болжамалы қан жоғалту мөлшері 500 - 1 000 мл, шоктың клиникалық көрінісісіз
 - НЕГІЗГІ ШАРА (көк тамырға ену, АҚК бірден қалпына келтіру, бастапқы бағалау, қан тоқтатудың бастапқы шаралары, мұқият клиникалық бақылау)

- Болжамалы қан жоғалту мөлшері >1000 мл н/е шоктың кез келген белгілері
 - ПРОТОКОЛ: көмекке жүгіну, реанимациялық шаралар
 - SPCERH (1997)



Адам организмі өмір сүруге қабілетті:

- 85% бүйректің функциясы ,
- 75% бауырдың функциясы,
- до 75% қызыл қан жасушаларының функциясы сақталса ,
- Бірақ 30%-дан астам қан жоғалтса, және оның орны толтырылмаса өмір сүруге қабілетсіз





2. Жоғалған қанды толтыру

- 1 н/е 2 үлкен диаметрлі венаішілік катетер орналасыру (катетер № 16 или больше)
- Струйная инфузияны бастау (1 литр 15 минут ішінде)
- Шок белгілері байқалса:
 - Басты төмен орналастыру
 - Тыныс жолдарын босату, маска арқылы 6-8 л/мин оттегін жіберу



3. ҚК бағалау, бақылау

- Тыныс алуды бағалау(тыныс алу жолдары, тыныс), АҚ, жүрек жиырылуының жиілігі, тері түсі
- Қуықты катетерлеу
- Лабораториялық зерттеулер (қан анализі, ҚҰЖ, проверка перекрестной совместимости крови)



4. ҚК себебін анықтау: ҚК-ді тоқтату

Біріншілік босанудан кейінгі ҚК белгілері— «4 Т»:

- Тонус – жатыр атониясы - 90%
- Тін
- Жарақат
- Тромбин





Тұрақты қан кету (1)

- Егер біріншілік қан тоқтату нәтиже бермесе:
 - Көмекке жүгіну
 - Қан оталығына, интенсивті терапия бөліміне хабарласу керек
- Бір акушер бақылап, жазып отыруы керек
- бір адам қанды жеткізуге, және құюға дайындауға жауапты болуы керек
- Басқа дәрігер қан құюды жүргізуі керек

WHO (2000)



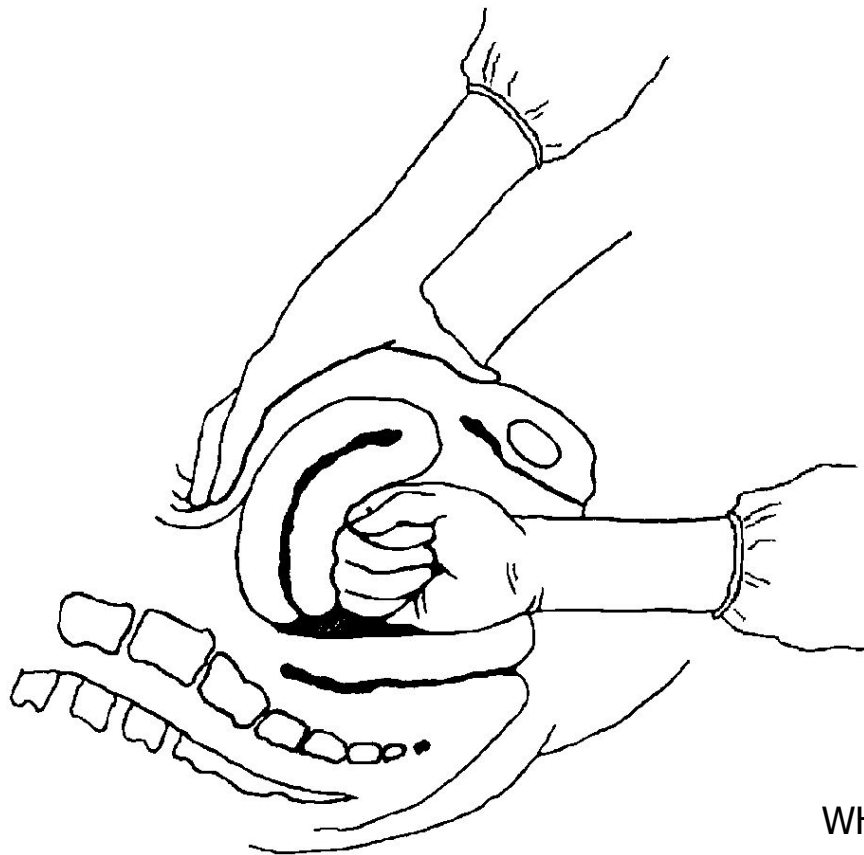


- Кристаллоидтарды көк тамыр ішіне енгізу
- Операцияға дайындау (ерте)
- Қанды уақытша тоқтату:
 - Аортаны басу
 - Жатырды қолмен басу/жұдырықпен/





Бимануальді басу



WHO (2000)

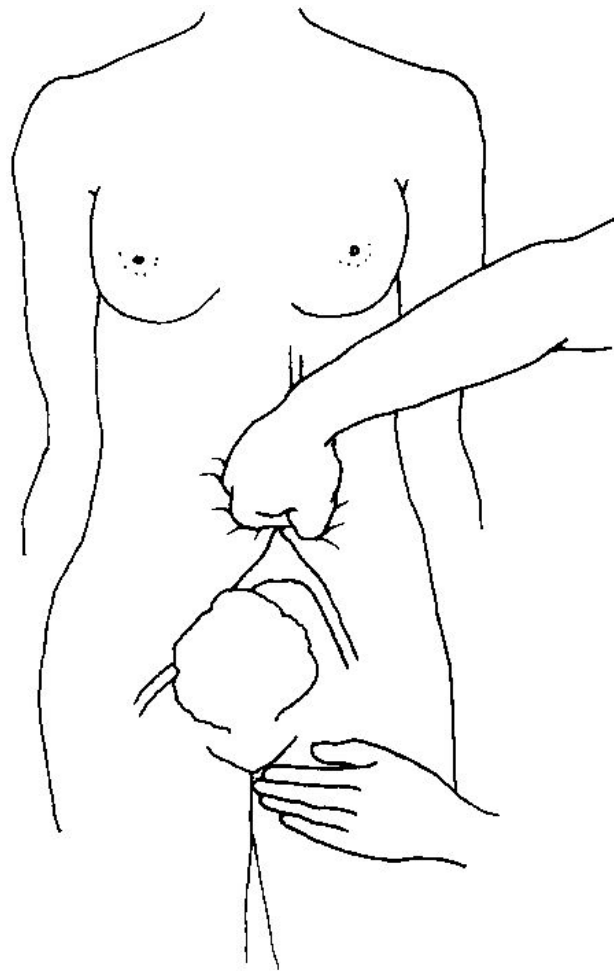


Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)





Аортаны басу



WHO (2000)



Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПУ)





Қан тоқтату (1)

- Егер консервативті тәсәлдер көмектеспесе, хирургиялық гемостаз жасауға көшу керек

ЕРТЕ!!!!!!

- Акушерлік ҚК-лерде жағымсыз нәтижелер хирургиялық гемостазды өте кеш бастағандықтан болады

Chamberlain (1992)





Қан тоқтату (2)

- Осы шараларды қан тоқтағанға дейін ретімен жүргізу керек:
 - Карбопростты миометрийге инъекция арқылы енгізу (0,5 мг)
 - Жатыр артериясын билатеральді байлау
 - Ішкі мықын артериясын билатеральді байлау
 - Жатырға гемостатикалық тігіс салу (Б-Линч тігісі)
 - Гистерэктомия

SPCERH (1997)





Хирургияддылық компрессионды тігістер: Б-Линч тігісі (1)

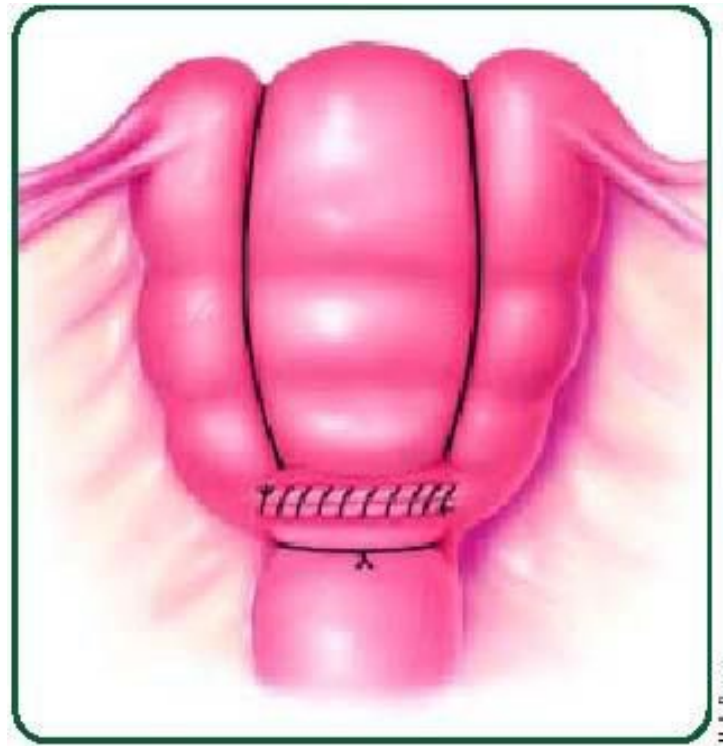
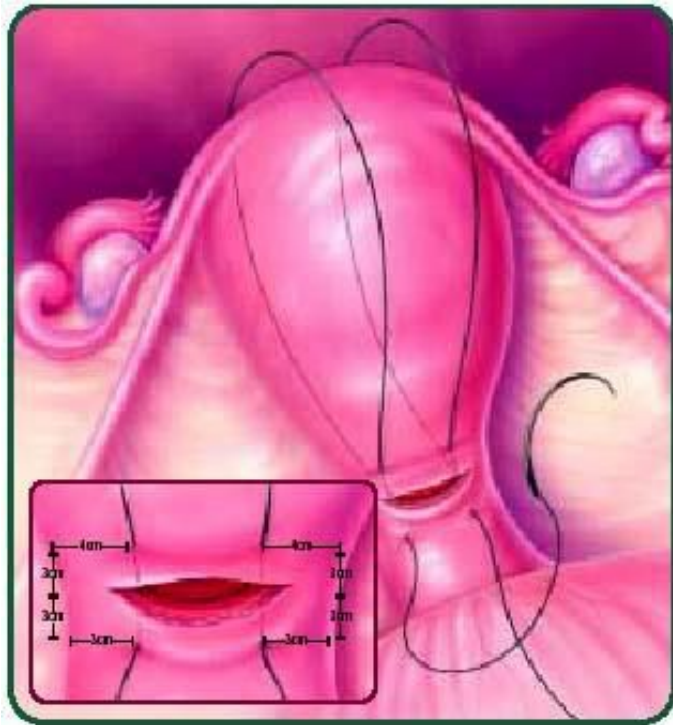
- Б-Линч тігісі , 1997 жылдан бері қолданылып келе жатқан жиі қолданылатын
- Статистика бойынша 1300 жағдай гитерэктомияға дейін жетпеген. Ешқандай ауыр асқыну тіркелмеген
- Тігуден кейін көп әйелдердің жүктілігі асқынбай, физиологиялық жолмен босанған

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





Б-Линча тігісі(2)





Гистерэктомия

- Гистерэктомия жасу жиілігі 7 -13 :10000 родов (шамамен 1:1000)

Stanco et al (1993)





Хирургиялық ем: қорытынды

- Лапаротомия барлық жағдайда гистерэктомияны білдірмейді
- Гистерэктомия барлық жағдайда тотальді емес
- Хирургиялық емді кешіктіруге болмайды

ТЕЗ!!!!!!





- «Б-Линч тігісі н/е жатыр тамырларының эмболизациясы жасалған бірде бір әйел өлмеген. Бұл әдіске тең келетін, орнын басатын ем жоқ. Бұл әдіс хирургиядан/гистерэктомия/ тиімдірек.

Why Mothers Die 2000-2002





Инфузионды терапия: негізгі принциптер

- Физиологиялық ерітінді (3:1)
- Кристаллоидты ерітінділер
WHO (2000)



Қорытынды (1)

- БК ҚК-де өмірлік маңызы бар шараларға ерте анықтау және қан тоқтату үшін реанимацияны бастау жатады.
- Жатыр атониясында окситоцин 40 МЕ дозада ж/е простагландин қолдану тиімді нәтиже береді
- Атония кезінде уақытша қан тоқтату үшін жатырды бимануальді басу мен мықын артериясын басу. Басқа әдістер тиімді емес деп есептеледі, себебі уақыт жоғалтуға әкеледі. Сондықтан басқа әдістер қолданылмайды.





Қорытынды(2)

- БК ҚК-де акушердің алғашқы қарапайым іс-әрекеті тиімді болуы мүмкін
- Әр медициналық мекемеде БК ҚК алдын алуға арналған жергілікті протокол болуы керек





Қорытынды(3)

- Хирургиялық емді кешіктіруге болмайды
- Гистерэктомия ҚК-ді тоқтатудың абсолютті әдісі бола алмайды
- Жатыр атониясы гистерэктомияға сиеок жағдайда ғана көрсеткіш болады
- Гистерэктомия әрқашан тотальді бола бермейді



Қорытынды(4)

- Айналымдағы қан көлемін қалпына келтіретін бірінші орындағы ерітінді - кристаллоидты ерітінділер
- Коллоидты ерітінділер көптеген жанама әсер көрсетеді, *растворы имеют много побочных эффектов и не имеют преимуществ*
- Гиповолемияда альбумин қауіпті





Қорытынды(5)

- Босанудан кейінгі ҚК-де қан препараттарын енгізу маңызды, сондай-ақ жағдайды дұрыс бағаламау көптеген асқынуларға әкеледі.
- Эритроцитарлық масса мен плазманы құюға қатаң көрсеткіштер болуы керек

