

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



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



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

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

## 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

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

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	

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





# 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*

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

-	<p>Эритроциттік масса (гемоглобинді бақылау) 500-1000 мл</p> <p>Гемоглобин 70г/л төмен</p> <p>Гематокрит 22ден төмен</p> <p>Тромбоциттердің <math>50 \times 10^9</math> 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**

