

# СӨЖ

**Тақырыбы:** ҚОПУБА кезіндегі дәрігерге дейінгі күттірмейтін көмек көрсету алгоритмі

Орындаған: Елемесова Е.Е  
Тексерген: Егежанова Г.М

## Жоспар

I.Кіріспе бөлім

ҚОПУБА анықтамасы

II.Негізгі бөлім

Этиологиясы

Патогенезі

Клиникасы

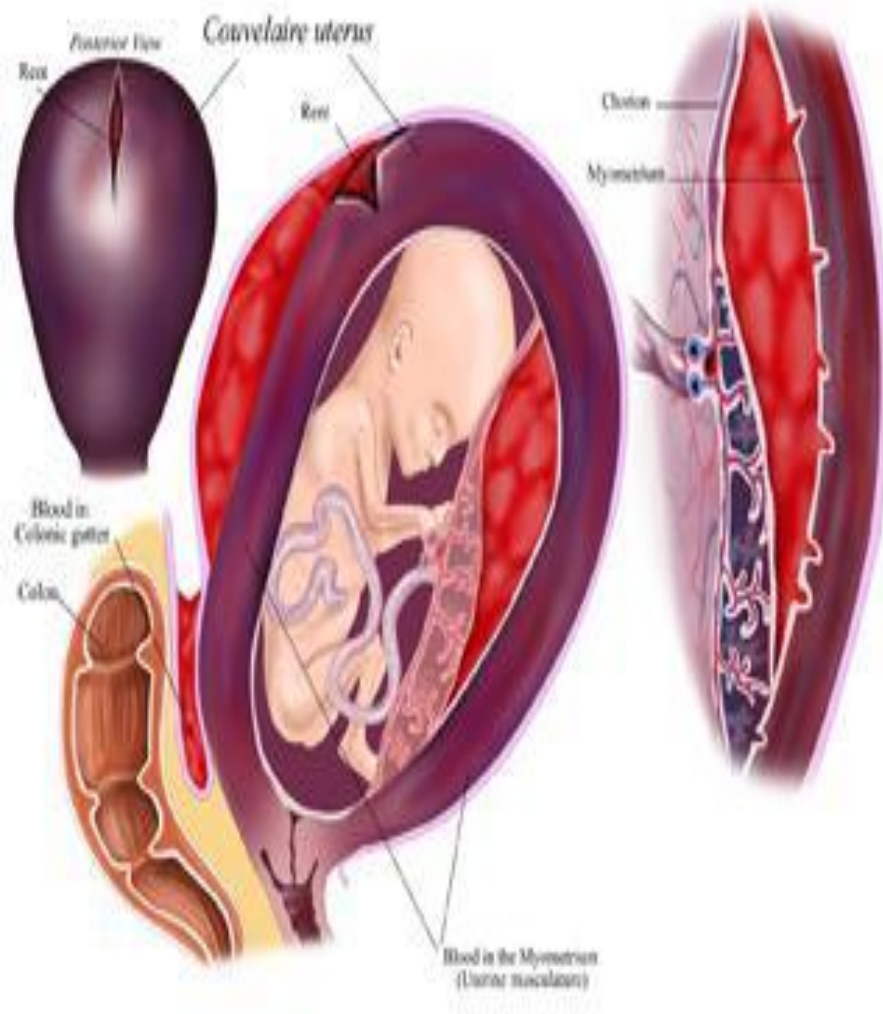
Диагностикасы

Дәрігерге дейінгі күттірмейтін көмек көрсету алгоритмі

III.Қорытынды

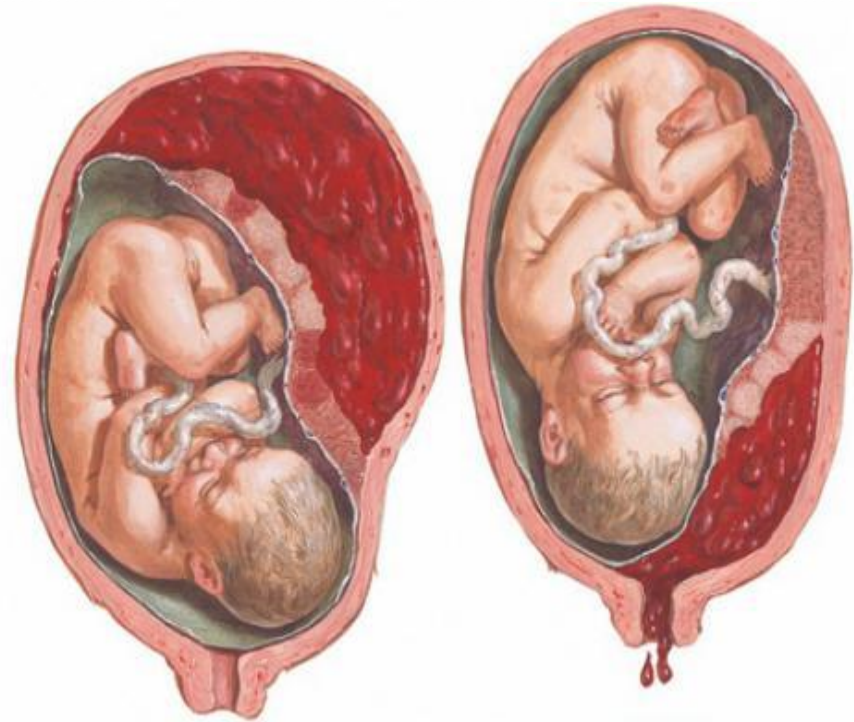
IV.Пайдаланылған әдебиеттер

Мерзімінен бұрын ажырау деп қалыпты орналасқан плацентаның ұрық туылғанға дейін : жүктілік кезінде, босанудың бірінші және екінші кезеңдерінде ажырауын айтады. Әдетте плацента нәресте туғаннан кейін бөлінеді, кейбір жағдайларда жүктілік босану кезеңдерінде плацента жатыр қабырғасынан бөлініп, ана мен баланың өміріне қауіп төндіреді. Жүктіліктің осындай асқынуын қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі дейді. Жиілігі — 0,1—0,5% аралығында.



# Этиологиясы

Тамырлық ( васкулопатия ) гемостаз бұзылысы  
Механикалық .Тамырлардың өзгерісі эндотелийдің  
Зақымдалуына васкулиттер мен васкулопатиялардың  
Дамуы мен тамырлардың өткізгіштігінің өзгеруіне  
Негізделеді.тамыр қабырғасы тұтастығы бұзылады.



# Плацентаның мерзімінен бұрын ажырауына бейімдейді

## **Жүктілік кезінде:**

- Қан тамырлық экстрагенитальды патология (АГ,гломерулонефрит)**
- Эндокринопатия (қант диабеті)**
- Аутоиммунды жағдайлар (АФС,ЖҚЖ)**
- Декстанға,гемотрансфузияға аллергиялық реакциялар**
- Гестоз,көбінесе гломерулонефрит фонында**
- Инфекциялық-аллергиялық васкулит**
- Гемостаздың генетикалық дефектісі (тромбозға бейім)**

## **Босану кезінде:**

- Көп су кезінде ұрық маңы суының төгілуі (излитие)**
- Окситоцинмен жатырдың гиперстимуляциясы**
- Көп ұрық болғанда 1-ші ұрықтың туылуы кезінде**
- Кіндіктің қысқа болуы**
- Запоздалый разрыв плодного пузыря**

# Патогенезі

Тамырлардың жарылуы мен қан кету басталады. Түзілген гематома децидуальды қабықшаның тұтастығын бұзады және плацентаны жатырдың бұлшықет қабатынан сылады

Егер плацентаның ажырауы аздаған бөлікте болса және әрі қарай жайылмаса онда гематома тығыздалады жартылай сорылып тұздар жинақталады. бұл ұрыққа әсер етпейді

Үдемелі ажырауда жатыр созылады. Ажырау аймағындағы тамырлар қысылмайды және ағып шыққан қан плацентаны қабықшаларын әрі қарай сылып жыныс жолдарынан ағып шығады.

# Классификациясы

Плацентаның толық ажырауы

Плацентаның бөлшектік ажырауы а.шеттік  
б.орталық  
в.үдемелі  
г.үдемелі емес

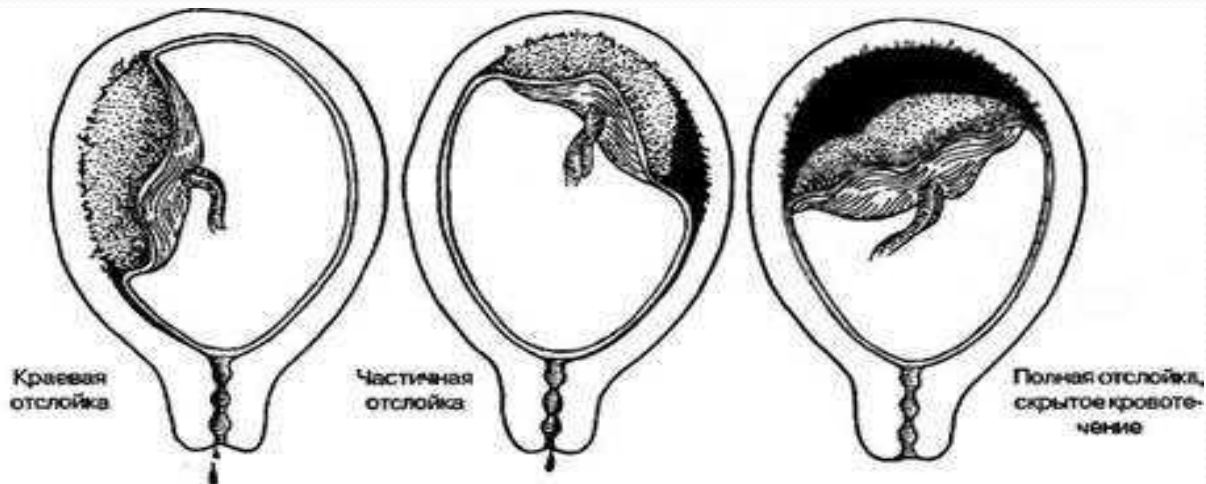


Рисунок 9.4. Взаимосвязь между отслойкой плаценты и влагалищным кровотечением.

Шетінің ажырауы – бөлінген қан түсі қою қызыл, әйелдің және ұрықтың жағдайының ауырлығы қан жоғалту көлеміне байланысты.

Орталық ажырау – жыныс жолдарынан қан кету болмайды, анасының жағдайы жедел нашарлауы және жүрек-қан тамыр жүйесінің көрсеткіштерінің өзгерісі ішкі қанкетуді сипаттайды.

Комбинирленген қанкетуде плацента ажырауы – ішкі және сыртқы қанкету байқалады.

Жапыр қабырғасынан ажырау аймағына байланысты: бөлшектік ажырау — үдемелі, үдемейтін; толық плацента ажырауы.



# Клиникалық көрінісі

Қан кету түрі жатыр ішіне жиналуы (бозаруы, АҚҚ төмендеуі, пульс жиілеуі) немесе сыртқа қарай кетуі мүмкін.

Сыртқы қан кету қоңыр түсті, ұйындыларсыз

Жатыр ішінде локальді ауырсыну, гематоманың орналасуына сай болуы мүмкін.

Жатырдың гипертонусы анықталады Ұрықтың гипоксиясы белгілері дамиды

**Клиникалық белгілері:** іш ауырып жатыр қуысына қан құйылады. Бұл белгілердің айқындалуы қан кетуі мен плацентаның бөліну дәрежесіне байланысты. Әйелдің кенеттен іші қатты ауыра бастайды, басы айналып, әлсірейді, денесін тер басады. Өңі, еріндері бозарады, қан қысымы төмендеп, тамыр соғуы жиілейді. Жүкті әйелді қараған кезде жатыры қатайып, оның барлық жері не болмаса бір ғана бөлігі ауырып, пішіні өзгереді, көбінде қан сыртқа ақпайды. Жатырдағы нәрестенің жағдайы нашарлап, оның жүрек соғысы өзгереді. Плацентаның 50%-тейі мезгілінен бұрын бөлінген жағдайда, жатырдағы нәресте тұншығып, шетінеуі мүмкін.

## Жеңіл дәрежесі.

- Елеусіз өтуі мүмкін, әйелде ешқандай ауру сезімі болмайды, тек босанғаннан кейін анықталады. Плацентаның бетінде ұйыған қанды және оның жаншылған орнын байқауға болады. Плацентаның бөлінген жері шамалы, нәрестенің күйі-жағдайы өзгермейді.

## Орташа дәрежесінде

- Әйелдің іші аурады, жатырдың ауырған жерін әйел көрсетуі де мүмкін. Жатыр аздап қатаяды, жыныс мүшелерінен сыртқа қан аға бастайды, нәрестенің жүрек соғысы нашарлайды

## Ауыр дәрежесі

- Әйелдің іші кенеттен қатты ауырып (ішті бірнәрсе «кернегендей»), басы айналып әлсірейді, денесін тер басады. Бет терілері, еріндері бозарады, қан қысымы төмендеп, тамыр соғуы жиілейді.

KazMedic.kz

қазақ тіліндегі медицина

Степень отслойки плаценты (легкая, средняя, тяжелая) определяют, ориентируясь на состояние женщины и плода (таблица 1).

Таблица 1. Отслойка плаценты

Клинические проявления	легкая	средняя	тяжелая
Плацентарное кровотечение	<500 мл	500 – 1000 мл	>1000 мл или скрытое
Отслоение поверхности плаценты	<1/4	1/4 - 1/2	>1/2

Боль в животе	Дискомфорт в нижних отделах	Продолжительная болезненность	Кинжальная, разрывающая
Тонус матки	Неполное расслабление	Непрекращающиеся сильные схватки	Матка не расслабляется между схватками
Дистресс плода	Дистресса нет	Дистресс плода	Выраженный дистресс или гибель плода
Коагулопатия у женщины	Нарушение коагуляционного профиля: удлинение времени свертывания крови, гипофибрино-	Возможна ранняя коагулопатия потребления	Шок, олигурия, коагулопатия потребления

# Диагностикасы

- 1.Жалпы симптомдар: қанды бөліністер мен іштегі ауырсыну жатырдың гипертонусы ауырсыну ,жатырдың босаңсымауы ұрықтың жедел гипоксиясы Немесе геморрагиялық шок
- 2.Қынап арқылы қарағанда: жатыр мойны сақталған ,сыртқы еріндері жабық. Босанудың бірінші кезеңінде плацентаның ажырауы кезінде қағанақ көпіршігі Керілген жатыр ұйындыларыларымен аздаған қанды бөліністер.қан аралас қағанақ суы кетеді.
- 3.УДЗ ұзына бойы және көлденең сканерлеу плацента ажырауының орны мен ауданын ретроплацентарлы гематоманың көлемі мен құрылымын анықтаймыз.
- 4.Гемостаз көрсеткіштері ТІШҚҰ дамуын дәлелдейді

со сгустками.

13.3. Лабораторные исследования: анализ показателей гемостаза указывает на развитие ДВС синдрома, фибринолиз диагностируется при высоких титрах продуктов деградации фибрина:

- I. Фаза гиперкоагуляции: в крови увеличивается количество тромбопластина и протромбина; время свертывания меньше 4 минут; паракоагуляционные тесты не изменены
- II. Переходная фаза: фибриноген меньше 2 г/л, паракоагуляционные тесты положительные, увеличено количество продуктов деградации фибрина; тромбиновое время  $>30-35$ с, протромбиновое время  $>20$ с, количество антитромбина III  $<75\%$
- III. Фаза гипокоагуляции: фибриноген  $<1.5$  г/л, паракоагуляционные тесты часто отрицательные; содержание продуктов деградации фибрина  $>2 \times 10^{-2}$ /л, тромбиновое время  $>35$ с, протромбиновое время  $>22$ с, содержание антитромбина III составляет 30-60 %; количество

Таблица 2. Дифференциальный диагноз

№	Клиническая картина	Разрыв матки	ПОНРП	Предлежание плаценты
1	Болевой симптом	внезапные, распирающие боли в нижнем сегменте.	локальная болезненность	отсутствует
2	Наличие кровянистых выделений	отсутствует	чаще внутреннее, с последующим наружное	наружное кровотечение среди полного здоровья

## Жедел көмек көрсету

Әйелдің жалпы жағдайын бағалау (АҚК, пульс, ТАЖ, тері жабындыларының түсі, диурез)

Венозды доступ қамтамасыз ету яғни перифериялық немесе орталық вена.

Лабораторлы зерттеуге қан алу

Қ уықты катеризациялау

Диурез өсуін динамикада бақылау

Науқасты жылыту


Ылғалды оттегімен ингаляция жасау

Лабораторлы зерттеу жүргізу: гемоглобин ,тромбоциты,фибриноген

Қан тобын резус фактор анықтау

Жедел вена ішілік плазма алмастырушы заттарды (желатинол лакгасол, полиглюкин, реополиглюкин, рондекс, натрий хлориді, және т.б.) аскорбин қышқылымен (3-5 мл 5% ерітіндіге), кокарбоксилаза (100-150мг), төмен АҚ-да преднизолон (60мг), гидрокартизон (150-200мг) бірге енгізу. Жатыр жиырылу белсенділігін азайту үшін 10 мл 25%-тік магний сульфатын б.е-ке немесе 10 мл 20%-тік кормагnezин ерітіндісін б.е.





Жақын жердегі акушерлік стационарға жедел госпитализация  
Мүмкіндігінше 1-ші дәрежелі ауруханаға жеткізу.  
Транспортировка тек зембілмен.  
Ауыр науқасты әкеле жатқаны туралы алдын ала ескертіп қою.

Госпитализацияға көрсеткіш: Жыныс жолдарынан жүктілік кезінде қан кету  
болса экстренді госпитализация акушерия және гинекология бөліміне.

*Родоразрешение через естественные родовые пути возможно при следующих условиях:*

- Степень тяжести отслойки плаценты: легкая степень
- Кровопотеря менее 250 мл.
- Непрогрессирующая ретроплацентарная гематома.
- Отсутствие признаков нарушения жизнедеятельности плода.
- Антенатальная гибель плода (необходима объективная оценка стабильного состояния женщины, отсутствие картины геморрагического шока и тщательный УЗИ контроль состояния матки и плаценты).
- Отсутствие симптомов геморрагического шока
- Отсутствие лабораторных и клинических признаков коагулопатии (количество тромбоцитов более 50000 в мкл, концентрация фибриногена более 1,0 г/л, МНО и АПТВ менее чем 1,5 раза выше нормы).
- Отсутствуют аномалии расположения и прикрепления плаценты (предлежание, приращение плаценты).
- Наличие условий для родоразрешения через естественные родовые пути.

При наличии данных условий показана ранняя амниотомия, мониторинг состояния плода и роженицы в течение родов.

Влагалищные родоразрешающие операции (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода) во II-м периоде родов проводится по акушерским показаниям. После родоразрешения мероприятия проводятся аналогично этапу профилактики и лечения гипотонических кровотечений.

# Пайдаланылған әдебиеттер

1. Акушерия Г.М Савельева
2. Хаттама 2016 жарты жылдық
3. Интернет желісі