



AKUSHERLIK AMALIYOTIDA QON KETISHI

Abdixolova Dilrabo

Annotatsiya: *Maqolada akusherlik qon ketishining tasnifi berilgan. Homiladorlikning erta va kech davrida, tug'ruqdan keyingi, erta va kech tug'ruqdan keyingi davrlarda qon ketishining taktikasi berilgan, akusherlik qon ketishining oldini olish bo'yicha tavsiyalar berilgan.*

Kalit so'zlar, *akusherlik qon ketishi, taktika, oldini olish.*

Akusherlik qon ketishining tasnifi

Akusherlik qon ketishi homiladorlikning davomiyligi yoki tug'ruqdan keyingi davrning davomiyligi bo'yicha tasniflanadi. Qon ketishini farqlang erta va kech homiladorlik davrida, tug'ruq paytida va erta tug'ruqdan keyingi davrda, shuningdek, tug'ruqdan keyingi kechki davrda L. Homiladorlikning boshida qon ketishi Homiladorlik davrida tug'ilish kanalidan har qanday qon ketishi patologik hodisadir. Homiladorlikning boshida genital traktdan qon ketishining sabablari juda ko'p. Bularga quyidagilar kiradi:

1. Spontan abort Spontan uzilish bilan qon ketish qisqa muddatli homiladorlik (12-14 haftagacha) kamdan-kam hollarda massivdir, ammo bemorning gemorragik shok ko'rinishidagi jiddiy ahvoliga, ayniqsa to'liq bo'lmagan abortga olib kelishi mumkin. Bu holatda qon ketishini to'xtatishning yagona yo'li bachadon bo'shlig'ini bo'shatishdir. Buni kuret yoki vakuum qurilmasi bilan bajarish mumkin, bu ko'proq afzaldir. Operatsiyadan oldin yoki operatsiya davomida infuzion terapiya 200-400 ml natriy xloridning izotonik eritmasi bilan tomir ichiga yuboriladi. Katta qon yo'qotish bo'lsa, postgemorragik anemiya davolanadi. Operatsiyadan keyingi davrda septik asoratlarni oldini olish uchun antibiotik terapiyasi buyuriladi.

2 Ektopik homiladorlik Ginekologik kasallanish tarkibida ektopik homiladorlik 10% gacha, onalar o'limi tarkibida esa 3% gacha. Eng qiyin Ektopik homiladorlik muammosining kaliti uning o'z vaqtida tashxisidir, bu katta qon yo'qotish va uning oqibatlarini oldini olishga yordam beradi.

Hozirgi vaqtda ektopik homiladorlikning yagona dalili ultratovush diagnostikasi bo'lib, u bachadon bo'shlig'idan tashqarida trofoblastni aniqlaydi va hayz ko'rishning 18-kunidan boshlab qonda r-hCG ni aniqlaydi. Ektopik homiladorlikning uzilishi genital traktdan qonli oqindi paydo bo'lishi bilan birga keladi, bu hech qachon massiv bo'lmaydi. Tubal uzilish paytida qonli oqindi mavjudligi (homilalik tuxumni ektopik implantatsiya qilishning barcha variantlarining 98%). bachadon bo'shlig'idagi desidual to'qimalarning refleksli ajralishi bilan bog'liq va oqib o'tgan qon hajmiga bog'liq emas qorin bo'shligiga oqadi. Abort qilingan tubal homiladorlik belgilarining ko'pincha klassik triadasiga qaramay (o'tkazib yuborilgan hayzdan keyin jinsiy yo'ldan qonli oqindi, qorinning pastki qismida og'riq va bachadon qo'shimchalaridan birining



hududida fuziform shakllanish mavjudligi), uni tashxislash, ayniqsa yosh shifokorlar uchun qiyin bo'lishi mumkin. Ushbu alomatlarga qo'shimcha ravishda, bachadonning "suzuvchi alomati (qorin bo'shlig'ida ko'p miqdordagi qon), Promptov simptomi (bachadon bo'yni siljishi va ayniqsa ko'tarilganida anusga tarqaladigan og'riq) esda tutilishi kerak qinning orga teshigining osilishi (bachadon gematomasining mavjudligi), qorin old devori mushaklarida kuchlanish bo'lmaganda qorin pardaning tirmash xususiyati belgilari.

To'xtatilgan tubal homiladorlikda qorin bo'shlig'i qon ketishini to'xtatish laparotomiya yoki laparoskopiya shaklida shoshilinch jarrohlik amaliyotini o'z ichiga oladi. Qon ketishini to'xtatish radikal (tubektomiya) yoki organlami saqlash operatsiyalarining bir nechta variantlari bilan amalga oshirilishi mumkin. Operatsiyaning tabiatini tanlash jarrohning shartlari va tajribasiga bog'liq Organlarni saqlash operatsiyalari, albatta, reproduktiv funktsiyani tiklash nuqtai nazaridan afzalroqdir. Radikal jarrohlik ko'pincha naychanning yorilishi natijasida gemorragik shok bilan og'riqan bemorni qutqarishning yagona sharti bo'lishi mumkin. Bir necha litrga etishi mumkin bo'lgan katta qon yo'qotish bilan, Cell Saver apparatidan foydalanish shaklida qonni tejovchi texnologiyalami qo'llash kerak. Gemorragik shok bo'lsa, laparotomiya afzalroq, operatsiya boshlanishidan qon ketishining to'liq to'xtashigacha bo'lgan vaqtni qisqartirishga imkon beradi. Ektopik homiladorlik bilan og'riqan bemorlari davolashda muhim qadam tuxumdonning ektopik biriktirilishiga sabab bo'lgan omillarni bartaraf etishga qaratilgan operatsiyadan keyingi reabilitatsiya hisoblanadi.

3. Trofoblastik kasallik (molyar mol va xorionepitelyoma) Klinikada kistli drift bilan qon ketishi kursda spontan abortga o'xshaydi, faqat qon quyqalari bilan birgalikda genital traktdan kichik pufakchalar chiqariladi- kengaytirilgan chorionik villi. Tashxis homiladorlik davriga to'g'ri kelmaydigan bachadonning haddan tashqari kattalashishi asosida amalga oshiriladi. Kistik driftning ishonchli belgilari r-hCG ning yuqori miqdori, "qor bo'roni" ga o'xshash xarakterli ultratovush tasviri, bachadon bo'shlig'ida embrionning yo'qligi. Qon ketishini to'xtatish bachadon bo'shlig'ini ehtiyotkorlik bilan bo'shatish, uning devorlarini o'tkir kuretta bilan kuretaj qilish orqali amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi davrda onkolog tomonidan bemomi uzoq muddatli (kamida bir yil) dispanser kuzatuvi, qondagi hCG darajasini dinamik kuzatish talab etiladi. Yuqori miqdorda hCG, shuningdek, bachadon bo'shlig'idan takroriy qon ketishi chorionepithelioma (AP-2-3%) mavjudligini ko'rsatishi mumkin.

Chorionepitheliomada qon ketish tabiatda asiklik metrorragiya turi bo'yicha o'jarlik bilan takrorlanadi. Tashxis gistologik topilmalar asosida amalga oshiriladi. Davolash histerektomiyadan so'ng kimyoterapiyadan iborat. Prognoz odatda noqulay.

4. Bachadon bo'yni homiladorlik (ektopik variant)

Xomilalik tuxumning servikal joylashuvi katta qon ketish xavfi tufayli juda xavflidir. Buning sababi, bachadon boyni qisqarishining amplitudasi juda kichik va bachadon bo'ynidagi xomilalik tuxumni oziqlantiradigan tomirlarning lumeni



homiladan tozalangandan keyin yopilishga vaqt topa olmaydi. Bachadon arteriyasining asosiy magistralining yaqinligi bu tomirlardagi yuqori qon bosimini tushuntiradi va shuning uchun abort paytida qon ketish tezda massiv bo'ladi.

Yaqin vaqtgacha bachadon bo'yni homiladorligi bachadonni olib tashlash (ekstirpatsiya) bilan bog'liq edi. Biroq, hozirgi vaqtda ichki yonbosh suyagini bog'lash yoki bachadon arteriyalarini embolizatsiya qilish yo'li bilan bachadon bo'yni bo'ynini ta'minlaydigan asosiy arterial magistrallarni yopib qo'yishni o'z ichiga olgan organlarni saqlash operatsiyalari ishlab chiqilgan. Bunday dastlabki tayyorgarlikdan so'ng, bachadon bo'yni kanalining devoridan xomilalik tuxumini olib tashlash kamroq xavfli bo'ladi.

5. Vulva varikoz tomirlari natijasida qon ketishi kasallikning og'ir shakli bo'lgan bemorlarda paydo bo'lishi mumkin va shuning uchun ba'zi hollarda ogir varikoz kengayishi sezaryen uchun ko'rsatma hisoblanadi. Homiladorlik paytida vulvaning varikoz tomirlaridan qon ketishi juda kam uchraydi. Ko'pincha bu muammo tug'ruqning uchinchi bosqichida va tug'ruqdan keyingi erta davrda yuzaga keladi. Qon ketishni to'xtatish uchun vulvaning qon ketishi yuzasini tos devorlariga siqishini ta'minlash uchun vaginal tamponada amalga oshiriladi. Tampon 2 soat davomida vaginada bo'ladi. Ayni paytda aylanma qon hajmini (BCC) va gemostazni tiklash uchun intensiv terapiya o'tkaziladi.

Agar tamponada va gemostatik terapiya samarasiz bolsa, laparotomiya va ichki yonbosh arteriyalarning asosiy tomirlarini ikki tomondan bog'lash amalga oshiriladi, bu tashqi jinsiy a'zolariga qon oqimini kamaytiradi va vulvada venoz bosimni pasaytiradi.

6. Polipoz va bachadon bo'yni saratoni

Homiladorlik davrida bachadon bo'yni poliplari odatda desidual, kamdan-kam hollarda glandular xarakterga ega va shuning uchun ular juda suvli, aloqa qilishda osonlik bilan qon ketadi. Radikal polipektomiya homiladorlikning to'xtatilishiga olib kelishi mumkin, buning natijasida uzoqdan polipektomiya jarrohlik lazer yoki kontaktli yuqori chastotali radio to'lqinli skalpel (surgitron) bilan qo'llaniladi. Jarrohlik usuli 16-haftadan boshlab, dominant homiladorlik pishganida va uning uzilish xavfi minimal bo'lganda qo'llaniladi.

Agar bachadon bo'yni saratoni jarayonining vaginal qon ketishining sababi aniqlansa, homiladorlik tashxis qo'yilgandan so'ng darhol to'xtatilishi kerak: erta bosqichlarda - bachadonni qo'shimchalar bilan ekstirpatsiya qilish, keyingi bosqichlarda - sezaryen ekstirpatsiya yo'li bilan, undan keyin radiatsiya terapiyasi amalga oshiriladi.

Erta homiladorlik davrida qon ketish ginekologik amaliyot bilan ko'proq bog'liq bo'lib, qon yo'qotish va uning oqibatlari tufayli kamdan-kam hollarda onaning o'limiga olib keladi. Homiladorlikning kech davrida, tug'ruqdan keyingi davrda va tug'ruqdan keyingi davrda statistik jihatdan ko'proq akusherlik qon ketishi.

II. Homiladorlikning kech davrida qon ketishi



Homiladorlikning kech davrida katta qon yo'qotishining asosiy sabablari platsentaning oldingi holati va normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi hisoblanadi.

1. Plasenta previa bilan qon ketish to'satdan, ko'pincha to'liq sog'lig'ida, ko'pincha homiladorlikning 28-haftasidan keyin yoki tug'ruq boshlanishi bilan boshlanadi. Qon ketishi bachadon bo'shlig'ining pastki segmenti devoridan platsenta previa ajralishi yoki intrauterin bosimning oshishi yoki ichki osning ochilishi tufayli yuzaga keladi. Plasenta previadagi qon ketishining o'ziga xos xususiyati oqayotgan qonning yorqin qizil rangi va og'riqning yo'qligi Ko'pincha qon ketish kichik qismlarda takrorlanadi, bu surunkali anemiyaga olib keladi va keyingi qon yo'qotish bilan gemorragik shok xavfini kuchaytiradi. Ba'zi hollarda platsenta previa uning zich biriktirilishi yoki bachadon devoriga kirib borishi bilan birga keladi.

Plasenta previa diagnostikasi odatda katta qiyinchiliklarga olib kelmaydi. Tashxis genital trakt dan xarakterli qonli oqindi klinikasi, shuningdek ultratovush tekshiruv natijalari asosida amalga oshiriladi, uning davomida taqdimotning xususiyatini (to'liq yoki to'liq bo'lmagan, chekka yoki past joylashuv) aniqlash tavsiya etiladi. platsenta), yaqinlashib kelayotgan jarrohlik aralashuvni hisobga olgan holda platsenta biriktirilishi.

Homiladorlikning ikkinchi trimestrida genital tizimdan qonli oqindi paydo bo'lishi, homilador ayol va homilaning qoniqli holati bilan qon ketishini konservativ tarzda to'xtatish va homiladorlikni iloji boricha uzaytirishga harakat qilish tavsiya etiladi. Tashxis qo'yilgan paytdan boshlab ajralish belgilari to'liq bartaraf etilgunga qadar yotoqda dam olishni kuzatish tavsiya etiladi. Gemostatik terapiya kompleksi, ayniqsa, kichik tomirlarda qon ivishini oshiradigan dorilarni o'z ichiga oladi. Ushbu maqsadlar uchun tanlangan dorilar vena ichiga in'ektsiya yoki planshet shaklida yuboriladigan traneksamik kislota hosilalari. Ikkinchi darajali an'anaviy gemostatik vositalar buyurilishi mumkin: aminokaproik kislota, etamsilat. Infuzion terapiya o'rtacha hajmda ham amalga oshiriladi,

Jinsiy yo'ldan qon ketishining takroriy epizodlari bilan, hatto kichik hajmlarda ham, lekin qisqa vaqt oralig'ida (1-2 kun) gemostaz holatini baholash, gemoglobin, gematokrit, dopplerometriya va kardiotonografiya (CTG) darajasini aniqlash tavsiya etiladi.), bemoming va homilaning hayotiga xavf tug'diradigan (gemorragik shok xavfi, homilaning antenatal o'limi) bilan faol harakat qilish vaqtini o'tkazib yubormaslik uchun. Bunday holatlarning haqiqiy xavfi, shuningdek, bachadondan qon ketishining ko'payishi bilan shoshilinch laparotomiya, yo'ldoshning joylashishiga qarab, bachadondagi kesma joyini oqilona tanlash bilan sezaryen ko'rsatiladi Aksariyat hollarda platsentaning o'sishi belgilari bo'lmasa, operatsiya faqat sezaryen, bolani olib tashlash, yo'ldoshni olib tashlash, bachadon va qorin bo'shlig'ini tikish bilan cheklanadi. Plasantaning o'sishi bilan uni bachadon devoridan ajratishga urinish har doim qon ketishining ko'payishi bilan birga keladi. Bunday holda, qon ketishni yakuniy to'xtatishning an'anaviy usuli qo'shimchalarsiz umumiy histerektomiya hisoblanadi.



Biroq, organiami saqlash bo'yicha operatsiyalarning hozirgi tendentsiyalari bachadonni olib tashlamaslikka harakat qilish zarurligini taqozo etmoqda. Har ikki tomonning ichki yonbosh arteriyalarini oldindan bog'lash, so'ngra yo'ldoshni olib tashlash yoki miyometriyal hududni o'stirilgan yo'ldosh bilan kesish shaklida metroplastikani amalga oshirish, so'ngra nuqsonni tiklash taklif etiladi. Biroq, organlarni saqlash bo'yicha operatsiyalarning hozirgi tendentsiyalari bachadonni olib tashlamaslikka harakat qilish zarurligini taqozo etmoqda. Har ikki tomonning ichki yonbosh arteriyalarini oldindan bog'lash, so'ngra yo'ldoshni olib tashlash yoki miyometriyal hududni o'stirilgan yo'ldosh bilan kesish shaklida metroplastikani amalga oshirish, so'ngra nuqsonni tiklash taklif etiladi. Biroq, organlarni saqlash bo'yicha operatsiyalarning hozirgi tendentsiyalari bachadonni olib tashlamaslikka harakat qilish zarurligini taqozo etmoqda. Har ikki tomonning ichki yonbosh arteriyalarini oldindan bog'lash, so'ngra yo'ldoshni olib tashlash yoki miyometriyal hududni o'stirilgan yo'ldosh bilan kesish shaklida metroplastikani amalga oshirish, so'ngra nuqsonni tiklash taklif etiladi. Bachadon devorlari. Yana bir variant endovaskulyar jarrohlikning zamonaviy yuqori texnologiyali usulini qo'llashni o'z ichiga oladi bachadon arteriyalarini ikki tomondan embolizatsiya qilish, keyin metroplastika yoki hatto o'sgan yo'ldosh bilan joyni tark etish va keyinchalik uzoq vaqt davomida histeroresektoskopiya orqali platsenta to'qimalarining qoldiqlarini olib tashlash. muddatli davr (M. A. Kurtser, 2012). Organlarni saqlash bo'yicha barcha operatsiyalar qonni tejaydigan samarali texnologiyalarni qo'llash bilan birga bo'lishi kerak, shu jumladan autolog qonni qayta quyish (Hujayrani saqlash apparati).

Agar yo'ldosh asosan orqa devorda joylashgan bo'lsa, u holda sezaryen bachadonning pastki segmentida ko'ndalang kesma bilan amalga oshiriladi va agar u old devorda lokalizatsiya qilingan bolsa, ko'pchilik mualliflar sezaryen bo'limidan farqli ravishda tana sezaryenini afzal ko'radilar. pastki segmentdagi transplental kirish, bu amniotik suyuqlik emboliyasi va homilaning intrapartum o'limining yuqori xavfini keltirib chiqaradi.

Operatsiya paytida va operatsiyadan keyingi davrda BCC ning normal darajasini saqlab qolish, anemiyani davolash, katta qon yo'qotish holatlarida DICni oldini olish yoki davolash uchun barcha chora-tadbirlar kompleksi amalga oshiriladi. 2. Odatda joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi (PONRP).

Odatda joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi homiladorlik paytida ham, tug'ruq paytida ham sodir bo'lishi mumkin. Plasantaning muddatidan oldin ajralishi yoki uteroplental apopleksiya og'ir preeklampsiyaning eng xavfli asoratlaridan biridir.

Homiladorlik paytida PONRP sabablari:

- ☑ preeklampsi;
- pielonefrit;
- gipertonik kasallik
- Rh-mojaro homiladorlik



- surunkali endometrit.

Tug'ruq paytida PONRP sabablari:

-mehnat faoliyatini, ayniqsa oksitotsin bilan mehnatni rag'batlantirish fonida muvofiqashtirish;

-polihidramnioz bilan amniotik suyuqlikning to'satdan chiqishi bilan, shuningdek, egizaklar bilan 1-homila tug'ilgandan keyin intrauterin bosimning keskin pasayishi,

-kechiktirilgan homiladorlik va erta tug'ilish;

• tug'ruq paytida xorioamnionit

-platsentaning erta qarishi;

-kindik ichakchasidagi mutlaq qisqarish

Klinik ko'rinishning rivojlanish xususiyatiga ko'ra, engil yoki og'ir ajralish, qisman yoki to'liq, boshlangan, progressiv yoki progressiv bo'lmagan, surunkali va o'tkir.

PONRPning engil shakli bachadon ohangining oshishi, qisqarishlar orasidagi bo'shshishning yo'qligi, mahalliy og'riq, engil og'riqlar bilan namoyon bo'ladi.

Og'ir PONRP gemorragik shok, qorin bo'shlig'ida o'tkir og'riqlar, "shishiradi, mahalliy shishning mavjudligi, agar platsenta bachadonning old devorida joylashgan bo'lsa. Bachadonning gipertonikligi tufayli homilaning kichik qismlarini aniqlash mumkin emas. Qoida tariqasida, qorong'u bo'shshigan pıhtılar shaklida har xil intensivlikdagi tashqi qon ketish mavjud, ammo bo'lmasligi mumkin. DIC belgilari (petexiya, teri osti gematomasi, gematuriya) tez-tez qayd etiladi.

Akusherlik taktikasi va engil PONRPni davolash ajralish sababini (preeklampsiyani davolash), yotoqda dam olishni, tinchlantiruvchi va antispazmodiklarni tayinlashga urinishdan iborat.

Agar PONRP, ayniqsa progressiv, homiladorlikning 37-haftasidan keyin sodir bo'lsa, homiladorlikni sezaryen bilan to'xtatish tavsiya etiladi. Agar PONRP tug'ruq jarayonini murakkablashtirsa, butun xomilalik qovuq bilan, membranalaming kuchlanishini bartaraf etadigan amniotomiya uchun ko'rsatmalar mavjud. Plasenta ajralishining rivojlanishi va DIC rivojlanishi xavfi tufayli uterotonikadan foydalanishga yo'l qo'yilmaydi! Progressiv bo'lmagan PONRP bilan homiladorlik davrida 2-3 kunlik interval bilan ob'ektiv usullar (CTG va Doppler) yordamida homilaning holatini dinamik ravishda kuzatib borish muhimdir. Tug'ilishda monitor nazorati doimiy bo'lishi kerak.

Akusherlik qon ketishining oldini olish Akusherlik qon ketishining oldini olish antenatal klinikada homilador ayollarni dispanser kuzatuv bosqichida boshlanishi kerak Akusherlik qon ketishi uchun salbiy omillarga ega bo'lgan bemorlar uchun xavf guruhini shakllantirish maqsadga muvofiqdir. Tibbiy tekshiruv vaqtida ularning homilador ayolning tanasiga ta'siri, bu omillarning tabiatiga qarab, minimallashtirilishi kerak. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2012 yil 01 noyabrdagi 572n-son buyrug'iga muvofiq tibbiy ko'rikdan o'tish tartib-qoidalarini qat'iy bajarish, marshrut va etkazib berish tamoyillariga rioya qilish, hatto yuqori homiladorlik



davrida ham ijobiy homiladorlik natijalarini ta'minlashga imkon beradi. - xavfli bemorlar.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Akusherlik milliy etakchilik / Ed. E. K. Ailamazyan, V. I. Kulakov, V. E. Radzinskiy, G. M.Savelieva. M.: GEOTAR-Media, 2009. - 1200 b.
2. Kurtser M. A. Yo'ldoshning o'sishi bilan organlarni saqlash operatsiyalari // X yubileyga bag'ishlangan Butunrossiya ilmiy ishlari. "Ona va bola" forumi. . M., 2009 yil.
3. Makatsaria A. D., Bitsadze V. O., Akinshina S. V. Akusherlik va ginekologik klinikada tromboz va tromboemboliya: Molekulyar genetik mexanizmlar va tromboembolik asoratlarni oldini olish strategiyasi: Ruk, shifokorlar uchun. - M.: MChJ "Tibbiy axborot agentligi", 2007. - 1064 b.
4. Jarkin N. A. Akusherlik qon ketishida balon tamponadasining samaradorligi. Ko'p markazli tadqiqot // Butunrossiya ilmiy X yilligi to'plami. "Ona va bola" forumi. - M., 2009.-S. 66-67.
5. Radzinskiy V. E. Akusherlik agressiyasi. - M. Status Praesens jurnalining nashriyoti, 2011. 688 b., kasal
6. Tug'ruqdan keyingi qon ketish darsligi. -Sapiens nashriyoti, 2006. - R 468.