Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

HAMİLƏLİK ZAMANI QANAXMALAR KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)



Bakı
2022

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Kollegiyasının 23 may 2022-ci il tarixli
09 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

HAMİLƏLİK ZAMANI QANAXMALAR ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)

BAKI – 2022

618.3
H 26

H 26 Hamiləlik zamanı qanaxmalar üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). B.: 2022. – 40 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 03 saylı qərarı ilə təsdiq edilmiş "Hamiləlik zamanı qanaxmalar üzrə klinik protokol"un yenilənmiş variantıdır.

.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Cəmilə Qurbanova	Elmi-Tədqiqat Mama-Ginekologiya İnstitutunun direktoru, "Ginekologiya və Perinatologiyanın İnkişafına Dəstək" assosasiyanın prezidenti, Oksford Akademik Birliyinin fəxri professoru, Beynəlxalq Elmlər Akademiyasının Azərbaycan bölməsinin akademiki, t.e.d.
Sevinc Məmmədova	Səhiyyə Nazirliyinin mütəxəssis-eksperti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Afət Məmmədova	İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Monitorinq və Təhlil şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçi:

Leyla Rzaquliyeva	Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Mamalıq və ginekologiya kefedrasının müdiri, t.e.d., professor

İxtisarların siyahısı

A/T	arterial təzyiq
ALT	alanin-aminotransferaza
AST	aspartat-aminotransferaza
CRL	dölün təpə-büzdüm ölçüsü
CVƏQ	ciftin vaxtından əvvəl qopması
D/D	damar daxili
DÜD	dölün ürək döyünməsi
ETN	endotraxeal narkoz
HCG	insan xorion qonadotropin hormonu
HZQ	hamiləlik zamanı qanaxmalar
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu buraxılış)
KT	kompüter tomoqrafiyası
KTQ	kardiotokoqrafiya
MRT	maqnit-rezonans tomoqrafiyası
PG	prostaqlandin
PG-E2	prostaqlandin-E_2
TDP	Təzə dondurulmuş plazma
USM	ultrasəs müayinəsi
ÜD	ürək döyüntüsü
V/D	vena daxili

Protokol mama-ginekoloqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur. Pasiyent qrupu: qanaxması olan hamilə qadınlar.

Klinik protokolun məqsədləri:

- ► Hamiləlik dövrü qanaxmasının profilaktika, diaqnostika və müalicəsinə sübutlu təbabət prinsiplərinə əsaslanan standart yanaşmanın formalaşdırılması
- ► Ana və perinatal xəstələnmə və ölüm hallarının azaldılması
- ► Hamilə qadınlara göstərilən tibbi xidmətin keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması və xidmətlərdən istifadə imkanının artırılması

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Qanaxmalar – müasir mamalığın aktual problemlərindən biri olaraq gündəmdə qalmaqdadır.

Hamiləlik vaxtı olan qanaxmalar şərti olaraq erkən və gec hamiləlik dövründə baş verən patologiyalar zamanı meydana çıxır. Odur ki, hamiləlik vaxtı qanaxmaları belə təsnif edirlər:

- ► Erkən hamiləlik zamanı qanaxmalar (hamiləliyin ilk 22 həftəsində vaginal qanaxmalar)
- ► Gec hamiləlik zamanı qanaxmalar (hamiləliyin 22 həftəsindən sonra baş verən vaginal qanaxmalar):
  - ✓ cift gəlişləri
  - ✓ ciftin vaxtından əvvəl qopması
  - ✓ uşaqlığın cırılması

ERKƏN HAMİLƏLİK ZAMANI QANAXMALAR

Hamiləliyin I trimestrində rast gələn fəsadlar ilbəil artır. Əksər hamilələr qanaxma, ağrı və ya hər ikisindən şikayət edirlər. Hamiləlik diaqnozu qoyulmuş qadınların 20%-də uşaqlıq yolundan qanaxma baş verə bilər və bu halların 50%-də spontan abort baş verir.

XBT-10 üzrə təsnifat

O 00 Uşaqlıqdankənar (ektopik) hamiləlik
O 01 Beçəxor
O 02 Döllənmənin digər anormal nəticələri
O 03 Spontan abort
O 04 Tibbi abort
O 05 Abortun digər növləri
O 06 Dəqiqləşdirilməmiş abort
O 07 Abort cəhdinin uğursuzluğu
O 08 Abort, uşaqlıqdankənar və molyar hamiləliklə əlaqədar ağırlaşmalar

Səbəblər:

► Hamiləliklə əlaqədar:
  ✓ Özbaşına abort (abort təhlükəsi, başlanmış abort, natamam, tam, inkişafdan qalmış və septik abort forması ola bilər)
  ✓ Uşaqlıqdankənar hamiləlik
  ✓ Beçəxor (molyar hamiləlik)
► Hamiləlik zamanı ginekoloji patologiyalar
  ✓ Hamiləlik zamanı sarı cisim sistinin partlaması
  ✓ Yumurtalıq sistinin partlaması
  ✓ Üzərində törəmə olan ayaqcığın burulması və degenerasiyası.

ÖZBAŞINA ABORTLAR ZAMANI QANAXMALAR

Özbaşına abort – bioloji olaraq hamiləlik elementlərinin dölün yaşama qabiliyyəti olmadan düşməsi və ya xaric olması kimi anlaşılır.

Epidemioloji olaraq – 500 qr-dan az çəkili dölün düşməsi və ya xaric edilməsi kimi başa düşülür.

Səbəblər və risk faktorlar:

► Səbəbi məlum olmayan hallar – əksər hadisələrdə abortun səbəbi məlum olmur.
► Xromosom anomaliyaları – 50% hadisələrdə abortlar bu səbəbdən baş verir
► Rüşeymsiz hamiləlik – ciftin inkişaf anomaliyası olaraq hamiləlik vaxtı rüşeymin inkişaf etməməsinə deyilir.
► Çoxdöllü hamiləlik (iki və ya daha artıq dölün inkişafı).
► Uşaqlığın inkişaf qüsuru və baş verən uşaqlıq boynu çatışmazlığı.

- ► Sarı cisim çatışmazlığı (Yumurtalığın polisistik sindromu).
- ► İnfeksiyalar – məxmərək, sitomeqaliya və hər hansı kəskin qızdırma yaradan xəstəliklər.
- ► Ananın yaşlı olması, əvvəlki bir neçə hamiləliklərin erkən dövrdə düşüklə nəticələnməsi ən çox rast gəlinən risk faktorlarıdır. Digər risk faktorlarına isə spirtli içkilər, siqaret və kokainin istifadəsi aiddir.

Abort təhlükəsi:

Əlamətləri aşağıdakılardır:

- ► Aybaşının kəsilməsi və zəif vaginal qanaxmalar*
- ► Uşaqlığın ölçüsü hamiləlik müddətinə uyğun gəlir
- ► Uşaqlıq boynu bağlıdır

Əgər ultrasəs müayinəsi dölün ürək döyünmələrini qeydə alıbsa, 90% hamiləliklər uğurla başa çata bilər.

Medikamentoz müalicə adətən tələb olunmur.

Qadına fiziki yüklənmə və cinsi əlaqədən çəkinmək tövsiyə olunur, lakin yataq rejiminə ehtiyac yoxdur.

Hormon (məsələn, estrogen və ya progestinlər) və ya tokolitiklər (məsələn, salbutamol və ya indometazin) kimi dərman preparatları təyin olunmur, çünki onlar abortun qarşısını almayacaqdır.

Natamam (yolda olan) abort:

Əlamətləri aşağıdakılardır:

- ► Aybaşının kəsilməsi, güclü vaginal qanaxma** ilə müşayiət edilir.
- ► Ağrı qanaxma zamanı artır.
- ► Uşaqlıq kiçik, böyük və ya hamiləlik müddətinə uyğun ölçüdə ola bilər.
- ► Uşaqlıq boynu – açıqdır, döl yumurtası elementləri dəlikdən xaric olur.

---

* Zəif vaginal qanaxma - təmiz bezin islanması üçün beş dəqiqə və ya daha çox vaxt tələb olunur

** Güclü vaginal qanaxma: təmiz bezin islanması üçün beş dəqiqədən daha az vaxt tələb olunur

Qeyd edilən növ abort zamanı:

- ► Gözləmə
- ► Konservativ
- ► Cərrahi taktika seçilə bilər.

Əgər qanaxma güclüdürsə və qeyd edilməyən digər hallar təsadüf edilərsə, aktiv müdaxilə zəruridir:

- ► Erqometrin 0,02% 1 ml ə/d təyin edilib, uşaqlıq boşluğu evakuasiya edilir (vacuum-aspirasiya və ya kuretaj üsulu ilə)

Cədvəl 1. Hestasiya yaşına görə başlanmış və natamam abortun idarəedilmə variantları

Cərrahi müalicə		**Konservativ müalicə**		**Gözləmə taktikası**
12-14 həftədən kiçik	**12-14 həftədən böyük**	**12-14 həftədən kiçik**	**12-14 həftədən böyük**	**24 həftədən az olan hər hansı bir hestasiya yaşı**
Başlanmış (inevitable) abort				
Manual vakuum aspirasiya	Dilyatasiya və Evakuasiya (E)	Misoprostol 800 mkq vaginal və ya dilaltı hər 3-12 saatdan bir; maksimum üç doza	Misoprostol 400 mkq vaginal və ya dilaltı hər üç saatdan bir, maksimum beş doza VƏ YA Oksitosin 40 BV 1 L mayedə V/D, dəqiqədə 40 damcı	Qadın hemodinamik cəhətdən stabildirsə, əsaslandırılmışdır
Natamam (yolda olan) abort				
Manual vakuum aspirasiya	D и E	Misoprostol 400 mkq dilaltı və ya 600 mkq ağızdan, bir doza	Misoprostol 200 mkq vaginal hər dörd saatdan bir rüşeym,xaric olunana qədər; maksimum 800 mkq VƏ YA Oksitosin 40 BV 1 L mayedə V/D, dəqiqədə 40 damcı	Qadın hemodinamik cəhətdən stabildirsə, əsaslandırılmışdır

Tam abortun əlamətləri:

- ► Aybaşının kəsilməsi və davam etməyən qanaxma.
- ► Uşaqlığın güman olunan ölçüdən kiçik olması.
- ► Uşaqlıq boynunun bağlı olması.

Belə hallarda uşaqlığın boşluğunun təmizlənməsinə ehtiyac yoxdur. Güclü qanaxma olduqda, döl yumurtasının qalıqlarının olmadığına əmin olmaq üçün manual vakuum-aspirasiyaya aparılır və abortdan sonrakı qanaxmanın idarə edilməsi üçün 800 mkq misoprostol tətbiq edilir. Müalicədən sonra pasiyent nəzarətdə saxlanılmalıdır.

Rüşeymsiz hamiləlik

- ► Uşaqlıq daxilində hamiləlik kisəsi olsa da rüşeym yoxdur.
- ► Diaqnoz dinamikada 7 gün fasilə ilə aparılan transvaginal ultrasəs zamanı qoyulur.
- ► Sona çatdırılması – inkişafdan qalmış hamiləlik zamanı tövsiyə olunan üsullarladır.

İnkişafdan qalmış abort

Rüşeym və ya döl öldükdən sonra döl yumurtası elementlərinin uşaqlıq boşluğunda qalması hadisəsidir.

Əlamətlər:

- ► Aybaşının kəsilməsi zamanı zəif qanaxma halları müşahidə
- ► edilir.
- ► Erkən hamiləlik əlamətləri (qusma, ürəkbulanma) dayanır.
- ► Uşaqlığın ölçüləri hamiləlik zamanına nisbətən kiçik olur.
- ► Uşaqlıq boynu bağlı olur.
- ► Dinamikada 7 gün fasilə ilə icra edilmiş ultrasəs müayinəsi (trans-vaginal yoldan) embrionun ürək döyünməsini aşkar etmir.
- ► Əgər döl kisəsinin diametri <15 mm və təpə-büzdüm ölçüsü (CRL) <6 mm olarsa, müayinə 2 həftə sonra təkrar aparılmalıdır.

Bu patologiyanın sona çatdırılması üçün diaqnoz qoyulduqdan sonra aktiv üsul ilə uşaqlıq boşluğu evakuasiya edilir (küretaj və ya vakuum-aspirasiya yolu ilə)

Abortun sona çatdırılması üçün aktiv müdaxilə üsulları

Hamiləlik müddətindən asılı olaraq 3 müxtəlif vəziyyətdə fərqli üsullar tətbiq edilə bilər:

I vəziyyət: 9 həftədən kiçik hamiləlikdə misoprostol (saytotek) vaginal yoldan istifadə edilə bilər. Əgər xəstədə astma, ürək-qan damar, kəskin qaraciyər-böyrək çatışmazlığı olarsa, prostaqlandin əks-göstərişdir. Bu vəziyyətlərdə vakuum ekstraksiyası seçim üsuludur.

II vəziyyət: 12-14 həftədən kiçik hamiləlikdə uşaqlıq boşluğu yerli anesteziya altında vakuum-aspirasiya vasitəsilə ehtiyatla boşaldılır

III vəziyyət: Uşaqlıq >12 həftə ölçüdə hamiləlik hesabına böyüyübsə, ekstra-amniotik kateter qoyub prostaqlandin PG-E_2 (Dinoprostone) təyin etməklə hamiləlik sona çatdırılır.

Septik abort

Natamam abort baş verən zaman uşaqlıq boşluğuna infeksiya yoluxur. Belə hallar kriminal (xəstəxanadan kənar) üsullar ilə hamiləlik pozulan zaman daha çox təsadüf edilir.

- ► Xəstədə qızdırma (t ≥38ºC), taxikardiya, ümumi zəiflik, abdominal ağrı, çox miqdarda pis qoxulu, irinli vaginal ifrazat və qasıq nahiyəsində gərginlik müşahidə edilir.
- ► Kəskin qarın yaradan səbəblər ilə diferensiasiya etmək vacibdir.

Septik abort inkişaf edən zaman servikal yaxma götürülüb mikrobioloji müayinə (flora və antibiotiklərə həssaslıq) və qanın əkilməsi məsləhətdir.

Koaqulopatia tez-tez inkişaf etdiyi üçün koaquloqrammanı yoxlamaq vacibdir.

Septik abortun müalicəsi mümkün qədər tez geniş spektrli intensiv antibakterial terapiyadan və uşaqlıq boşluğunun təmizlənməsindən (vakuum-aspirasiya) ibarətdir. Məsələn, standart müalicə sxemi klindamisin 600-900 mq v/d 6-8 saatdan bir gentamisinlə 5 mq/kq bədən çəkisinə v/d gündə bir dəfə və ampisillin (və ya onsuz) 2 q v/d hər 4 saatdan bir; klindamisin olmadıqda, alternativ sxem: hər altı saatdan bir v/d 2 q ampisilin, gentamisin v/d hər 24 saatdan bir 5

mq/kq bədən çəkisinə və metronidazol 500 mq v/d hər 8 saatdan bir təyin edilir). Əgər uşaqlıq boynundan götürülmüş yaxmada fərqli antibiotikə həssaslıq təyin olunarsa, dərmanlar müvafiq olanlarla əvəz olunur.

Antibiotik təyini etdikdən 12 saat sonra uşaqlıq boşluğunun təmizlənməsi tövsiyə edilir**.** Lakin əməliyyatın başlanmasının vaxtı şəraitə uyğun dəyişə bilər. Bu diaqnozla xəstə daxil olduqda v/d Ringer-laktat, NaCl-0.9% – 500 ml, damcı şəklində 1500-2000 ml-ə qədər infuziya etmək və antibiotikləri v/d təyin etmək vacibdir.

UŞAQLIQDAN KƏNAR HAMİLƏLİK

Hamiləlik uşaqlıqdan kənarda inkişaf edərsə, bu ektopik hamiləlik adlanır.

Hər 1000 hadisədən 2-də letal fəsad inkişaf etdiyi üçün öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ektopik hamiləlik qarın boşluğunda, yumurtalıq toxumasında, uşaqlıq borularının fimbriya, ampula, istmus, interstisial hissələrində [ektopik implantasiyanın ən çox rast gəlinən yeri (90%-dən çox)] və nadir halda uşaqlıq boynunda (servikal hamiləlik) inkişaf edə bilər.

Simptomlar və əlamətlər:

► Simptomlar və əlamətlər hamiləliyin pozulub-pozulmamasından asılı olaraq son dərəcə dəyişkəndir:

Cədvəl 2. Pozulmamış və yırtılmış uşaqlıqdan kanar hamiləliyin simptom və əlamətləri

Pozulmamış (yırtılmamış) uşaqlıqdan kanar hamiləlik	Yırtılmış uşaqlıqdan kanar hamiləlik
✓ 6-8 həftəyə qədər aybaşının kəsilməsi ✓ Erkən hamiləliyin simptomları (qeyri-müntəzəm qanaxma və ya qan ləkələri, ürəkbulanma, süd vəzilərinin şişkin olması, uşaqlıq yolunun və boynunun göy rəngə çalması, uşaqlıq boynunun yumşalması, uşaqlığın bir qədər böyüməsi, tez-tez sidik ifrazının olması) ✓ Qarın və çanaq nahiyəsində ağrılar	✓ Sürətli, zəif nəbz (dəqiqədə 110 döyüntü və ya daha çox) ✓ Hipotenziya ✓ Hipovolemiya ✓ Kəskin qarın və çanaq ağrısı. Ağrıların çiyin nahiyəsinə irradiasiya etməsi ✓ Uşaqlıq müayinədə bir qədər böyük və uşaqlıq boynu hərəkət etdirilən zamanı çox ağrılıdır ✓ Uşaqlığın sağ və ya sol yan tərəfində daxili müayinədə böyük kütlə əllənir ✓ Qarında köp, dəyişən kütlük (sərbəst qan) ✓ Peritonun qıcıqlanması simptomu ✓ Dərinin avazıması

Müayinə zamanı hamiləlik testi müsbət olub, US müayinəsində uşaqlıq boşdursa, stabil xəstələrdə qanda β-HCG titrini yoxlamaq məsləhətdir.

Əgər uşaqlıqdan kənar ektopik hamiləlik olarsa, β-HCG <3000 BV/l olur. 2 gün sonra təkrar müayinədə titr ikiqat artarsa, hamiləliyin uşaqlıq daxilində inkişaf etdiyini düşünməyə əsas verir. Əgər β-HCG titri zəif inkişaf edərsə, uşaqlıqdan kənar hamiləlik göz önünə gəlməlidir. Kuldosentez [arxa tağın (duqlas) punksiyası] pozulmuş uşaqlıqdan kənar hamiləliyin diaqnostikası üçün vacib vasitədir, lakin vaginal USM ilə birgə zərdabda β-HCG-nin təyin olunması diqnostika üçün daha əhəmiyyətlidir. Hipovolemik şok zamanı laparotomiya tövsiyə edilir (Qan itkisi çox və təzyiq aşağı olarsa, təcili qan və qan əvəzedicilər infuziya edilərək cərrahi əməliyyat təxirə salınmadan aparılır). Pozulmamış (yırtılmamış) uşaqlıqdan kanar hamiləlik diaqnozu qoyulmuş kliniki stabil qadınlarda laparoskopik cərrahiyyə və ya metotreksatın əzələdaxili tətbiqi təhlükəsiz və effektiv müalicə üsuludur (Əlavə 3-4).

Uşaqlıqdan kənar hamiləliyin cərrahi və ya medikamentoz idarə olunması qərarı ilkin klinik əlamətlərə, laborator və radioloji müayinələrin nəticəsinə, eləcə də hər bir yanaşmanın fayda və risklərini müzakirə edərək, pasiyentin məlumatlı seçiminə əsaslanmalıdır.

- ✓ Boru hamiləliyinin cərrahi seçim müalicəsi salpinqektomiyadır Nadir hallarda isə borunun zədəsi kiçik olduqda, salpinqotomiya edilə bilər (döl yumurtası elementləri çıxarılır və boru bərpa olunmaqla saxlanılır). Bu əməliyyat yalnız qadın üçün fertilliyin qorunması çox vacib olduqda və yanaşmanın risklərini müzakirə edərək, pasiyentin məlumatlı seçiminə əsaslanmalıdır.
- ✓ Uşaqlıq boynu hamiləliyi, interstisial, abdominal hamiləlikləri zamanı kombinə olunmuş müalicə (cərrahi və medikamentoz / konservativ) tətbiq edilir.
- ✓ Uşaqlıq boynu hamiləliyi zamanı profuz qanaxma başladıqda, xəstəni xilas etmək üçün total histerektomiya vacibdir. Diaqnoz transvaginal USM zamanı qoyulur.
- ✓ HCG-nin səviyyəsi aşağı (200-dən az) olduqda və artmadıqda gözləmə taktikasından istifadə olunur. Bir çox hallarda HCG-nin səviyyəsi aşağı olduqda, ektopik hamiləlik öz-özünə geriləyir.

BEÇƏXOR

Hamiləliyin trofoblastik (molyar) xəstəliklərindən olub 1200 hamilə arasında 1 hadisədə təsadüf etsə də, öyrənilməsi I trimestr qanaxmaları səbəbləri içərisində çox vacibdir.

- ► Trofoblastik xəstəliklərin histoloji təsnifatı (FIGO, 2003): Beçəxor a) tam və b) hissəvi
- ► İnvaziv beçəxor – metastatik beçəxor, xoriokarsinoma, plasentar yatağın şişi, epitelioid trofoblastik şiş.

Trofoblastik xəstəliyin histoloji forması proqnostik cəhətdən çox əhəmiyyətlidir; invaziv beçəxora şübhə olduqda müayinə və müalicə onkoloqlar tərəfindən aparılır.

Tam beçəxor zamanı xorion xovları hiperplaziya olur və döl inkişaf etmir. Bu hadisə mayalanmış yumurta nüvəsini itirmiş vəziyyətdə implantasiya etdikdə baş verir (xromosomların meyozu zamanı).

Hissəvi beçəxor zamanı trofoblast qismən zədələnir və döl inkişaf edə bilir

Əksər hadisələrdə xromosom abnormallığı baş verir.

Əlamətlər:

- ► Aybaşı olmadıqda müsbət hamiləlik testi.
- ► Aybaşı kəsilməsi zamanı hamiləliyin erkən əlamətləri (qusma, ürək bulanma) daha ağır keçir.
- ► Ara-sıra təkrarlanan vaginal qanaxma hadisələri baş verir.
- ► Uşaqlıq hamiləlik müddətinə nisbətən daha böyük olur.
- ► Çox vaxt sarı cisim toxumasının (teka-lütein) sisti inkişaf edir və hipertireoidizm əmələ gəlir.
- ► Erkən preeklampsiayaya səbəb ola bilər
- ► Metastatik embollar yarandıqda qanhayxırma və iflic (beyin əlamətləri) müşahidə oluna bilər

Diaqnoz

Qanda β - HCG titri çox yüksək olur və USM zamanı "qar çovğunu" şəklini xatırladan təsvir müəyyən edilir. Dölü aşkar etmək olmur.

İdarə olunması

Beçəxor zamanı uşaqlıq boşluğunun boşaldılması üçün vena daxili infuziya altında ümumi anesteziya ilə vakuum-aspirasiyadan istifadə olunur.

- ✓ Manual vakuum-aspirasiyası daha təhlükəsizdir və iti metal küretajla müqayisədə daha az qan itkisi verir. Metal küretaj zamanı perforasiya riski yüksəkdir.
- ✓ Uşaqlıq boşluğunda beçəxor elementləri çox olduğundan, onları sürətlə boşaltmaq vacibdir. Bu səbəbdən beçəxorun evakuasiyası üçün üç şpris hazırlanır və istifadə üçün hazır vəziyyətdə qoyulur.

Evakuasiya sonra qanaxmanın qarşısını almaq üçün 20 BV oksitosin* - 1000 ml NaCl-0.9% və ya Ringer laktat v/d, dəqiqədə 60 damcı sürəti ilə yeridilməlidir

---

* **Qeyd**: Stabil hemodinamikada oksitosin infuziyası yalnız bir dəfə, şiş toxumasının tam evakuasiyasından sonra istifadə edilməlidir. Çünki oksitosinin təsirindən uşaqlıqdaxili təzyiqin artması, trofoblastik toxumanın digər orqanlara miqrasiyası ilə nəticələnə bilər (məsələn, ağciyər arteriyasının emboliyası baş verə bilər). Xorion xovların qan axını ilə yayılması nəinki beçəxordan sonrakı trofoblastik şişlərin inkişaf riskini artırır, həm də ölümlə nəticələnə bilər.

Əgər qanaxma halları təkrar olarsa və β -HCG 6 həftə ərzində yüksək qalarsa, vakuum-aspirasiyası təkrar edilir və metotreksat inyeksiyası təyin edilir .

Yaşlı, çoxuşaqlı qadınlara histerektomiya məqsədəuyğun hesab edilir. Sonrakı nəzarət: Hamiləliyin qarşısını almaq üçün pasiyentə ən azı bir il ərzində hormonal kontraseptivin istifadəsi tövsiyə edilir. Əgər qadın bir daha uşaq istəmirsə, məlumatlı seçim etdikdə boruların bağlanması təklif oluna bilər.

3 ardıcıl mənfi nəticə əldə olunana qədər hər həftə sidikdə β-HCG səviyyəsi yoxlanılmalıdır, sonra isə bir il ərzində hər 8 həftədən bir yoxlanılmalıdır.

Əgər 8 həftədən sonra β-HCG mənfi deyilsə və ya ilk il ərzində yenidən müsbət nəticə verərsə, qadın sonrakı müayinə və müalicə üçün onkoloji müəssisəyə göndərilməlidir. Beçəxorun konservativ müalicəsi adətən kimyaterapiya (metotreksat) ilə aparılır.

Beçəxorun profilaktikası

- ✓ Özbaşına düşüklər zamanı hamiləlik testinin 3 həftədən sonra aparılması tövsiyə edilə bilər.
- ✓ Tibbi abort zamanı dölün hissələri təyin edilmədikdə alınan materialın morfoloji və histoloji müayinəyə göndərilməsi tövsiyə olunur.
- ✓ Rezus-mənfi olan qadınlara anti-D immunoqlobulin təyin olunur.

CİFT GƏLİŞLƏRİ

Cift gəlişləri (*placenta previa*) – ciftin anormal yerləşməsi, uşaqlığın daxili dəliyindən bir qədər hündürdə və ya dölün gələcək hissəsindən öndə yerləşməsidir.

Epidemiologiya

Hamiləliyin III trimestrində cift gəlişlərinin rastgəlmə tezliyi ümumi doğuşların 0.2%-0.6%-ni təşkil edir.

Cift gəlişlərinin təxminən 80%-i çox doğan qadınlarda müşahidə olunur (anamnezində 2 doğuşdan artıq). Hamiləliklərin 20%-i vaxtından əvvəl doğuşla nəticələnir. Ana xəstələnməsi – 23%, ölümü isə 0-0,9% təşkil edir. Perinatal ölüm yüksəkdir (təxminən 17-26%).

Risk faktorları

- ► Qeysəriyyə əməliyyatından və uşaqlıqda aparılan digər əməliyyatlardan sonra uşaqlıqda qalan çapıq
- ► Anamnezdə cift gəlişi
- ► Uşaqlığın iltihab prosesləri (xroniki endometrit)
- ► Anamnezdə çoxsaylı doğuşlar
- ► Anamnezində abortlar və abortdan sonrakı uşaqlığın iltihabi xəstəlikləri
- ► Uşaqlığın submukoz mioması
- ► Ekstrakorporal mayalanmadan sonra hamiləlik
- ► Yaşı 40-dan yuxarı olan qadının ilkin doğuşu
- ► Çoxdöllü hamiləlik
- ► Tütünçəkmə

Fəsadlar

Cift gəlişlərində və ya ciftin aşağıda yerləşməsi hallarında mümkün olan fəsadlar: dölün qeyri-düzgün vəziyyəti, döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması, dölün inkişafının ləngiməsi, göbək ciyəsi gəlişi, göbək ciyəsinin döl qişalarına birləşməsi,damar gəlişi (vasa previa).

Əvvəllər qeysəriyyə əməliyyatı keçirmiş pasiyentlərdə cift gəlişi ciftin qeyri-normal bitişmə riskini artırır; risk əvvəlki qeysəriyyə əməliyyatlarının sayının artması ilə əhəmiyyətli dərəcədə artır (bir qeysəriyyə əməliyyatından sonra təxminən 10%-dən, >4 əməliyyatdan sonra >60%-ə qədər).

XBT-10 üzrə təsnifat

O 44 - Cift gəlişləri
O 44.0 - Cift gəlişləri, təsdiq olunmuş qanaxmasız
O 44.1 - Cift gəlişləri qanaxma ilə

Təsnifat (lokalizasiyasına görə)

- ► Mərkəzi cift gəlişi – cift aşağı seqmentdə yerləşib, uşaqlıq boynunun daxili dəliyini tam örtür.
- ► Ciftin yan gəlişi – cift ancaq daxili dəliyin 2/3 hissəsini örtür.
- ► Ciftin kənar gəlişi – ciftin kənarı daxili dəliyə yaxın yerləşir və 1/3 hissəsini örtür.
- ► Ciftin aşağıda yerləşməsi – ciftin uşaqlığın aşağı seqmentində,

daxili dəliyə çatmamış (6-7 sm) yerləşməsi.

Klinik gedişində, cift gəlişlərində qanaxma başlamamışdan az miqdarda qanlı ifrazat ola bilər. Mərkəzi cift gəlişində əsas klinik simptom, ağrı sindromu olmamaqla hamilənin proqressiv qan azlığı ilə müşahidə olunan tez-tez və təkrar baş verən qanaxmalardır.

Qanaxmanın başlanması heç bir səbəb olmadan, qəflətən baş verə bilər. Bəzi hallarda fiziki gərginlikdən, alınan travmadan, cinsi əlaqədən və daxili müayinədən sonra baş verir.

Uşaqlıq qanaxmaları ən çox hamiləliyin 28-30-cu həftəsində, uşaqlığın aşağı seqmentinin aktivliyi (yığılma) nəticəsində baş verir. Qanaxma ancaq uşaqlıq əzələsinin yığılması və ciftin ayrılması dayandıqda, damarların trombozu baş verdikdə kəsilə bilər.

Qanaxmanın intensivliyi zədələnmiş damarların diametrinin ölçülərindən və sayından asılıdır. Cift damarlarından uşaqlıq yoluna axan qan hematoma yaratmır. Ona görə də, uşaqlığın bütün nahiyəsində ağrı və gərginlik olmur.

Hamilənin və dölün ümumi vəziyyəti qanaxmanın miqdarından asılıdır.

Diaqnostika

Cift gəlişlərinin diaqnostikası hamilənin anamnezinə və şikayətlərinə, klinik və əlavə müayinə metodlarının (USM, MRT) nəticələrinə əsaslanır. Əsas cift gəlişlərinin əlaməti – bir qayda olaraq uşaqlıqda gərginlik və ağrı olmadığı halda qəflətən uşaqlıq yolundan al qanın müxtəlif miqdarda və müddətdə axmasıdır.

Əksər hallarda obyektiv müayinə zamanı dölün gələcək hissəsinin hündürdə durması, dölün düzgün yerləşməməsi və çanaq gəlişləri müşahidə olunur. Cift gəlişlərində uşaqlığın palpasiyası zamanı aşağı seqmentdə "xəmirvari" konsistensiya əllənir, auskultasiya zamanı isə ciftin damarlarının döyüntüsü eşidilə bilir.

Cift gəlişlərində uşaqlıq yolu müayinəsi aparılması məqsədəuyğun deyil, çünki ciftin qopması baş verə bilər, qanaxma güclənər. Lakin USM edilməsinə imkan olmadıqda, diaqnozu qoymaq məqsədilə ehtiyatla uşaqlıq yolu müayinəsi aparılmalıdır. Müayinə zamanı dölün gələcək hissəsi ilə barmaqlar arasında kövşək toxuma əllənir. Uşaqlıq yolu müayinəsi əməliyyat otağı hazır olduqdan sonra aparılmalıdır. Bu, qanaxma gücləndiyi halda təcili olaraq hamiləliyi qeysəriyyə

əməliyyatı vasitəsilə başa çatdırmağa şərait yaratmış olur.

USM hamiləliyin erkən dövründən (9 həftəsindən) ciftin yerləşməsinin (95% cift gəlişlərinin), xüsusən uşaqlığın ön və yan divarlarında olduqda, geniş yayılmış, təhlükəsiz və dəqiq diaqnostik müayinə üsuludur. USM hamiləliyin 10-13, 16-24, 32-36 həftələrində aparılmalı və hər müayinə zamanı ciftin lokalizasiyası təsvir edilməlidir. Əgər diaqnozu dəqiqləşdirməkdə çətinlik yaranarsa (cift uşaqlığın ön divarında yerləşdikdə, bir neçə US müayinələrinin nəticələri arasında ziddiyyət yarandıqda), MRT-dən istifadə oluna bilinər.

Differensial diaqnostika:

Aşağıdakı hallarla aparılır:

- ► normal yerləşən ciftin vaxtından qabaq qopması;
- ► ciftin kənar sinusunun cırılması;
- ► uşaqlığın cırılması;
- ► göbək ciyəsinin döl qişasında birləşdiyi zaman onun damarlarının cırılması;
- ► uşaqlıq yolunda damar genişlənməsinin (varikoz) cırılması;
- ► uşaqlıq boynunun patoloji prosesləri.

Profilaktika

Abortların, iltihabi xəstəliklərin, lazımsız konservativ miomaektomiyanın və qeysəriyyə əməliyyatlarının sayının azaldılması.

Müalicə prinsipləri

- ► Hospitalizasiya və hərəkət aktivliyinin məhdudlaşdırılması
- ► Qanaxma dayandıqda, hamiləliyin, hestasiyanın 36-37 həftəsində başa çatdırılması
- ► Qadının va dölün vəziyyətində problemlər yarandıqda, hamiləliyin təcili başa çatdırılması

Pasiyentin müalicəsinə yanaşma cift gəlişinin formasından, əlamətlərindən və sosial-məişət şəraitdən asılı olaraq fərdi olmalıdır.

Konservativ gözləmə taktikası ancaq az miqdarda qanlı ifrazatın olması, dölün yetişməməsi, doğuş fəaliyyətinin olmaması, hamilə qadının vəziyyətinin stabil olması (daimi olaraq hamilə qadının hemostaz və hemodinamik göstəricilərinin monitorinqinin nəticələrinə

əsaslanaraq) aparılır.

Hamiləliyin 1-2-ci trimestrlərində qanaxma olmadıqda hamilə ambulator şəraitdə mama-ginekoloqun nəzarətində saxlanıla bilər. Bu zaman, qanaxmaya səbəb olan amilləri (fiziki aktivlik, cinsi əlaqə, stres vəziyyətlər və s.) istisna etmək üçün qoruyucu rejim tövsiyə olunur.

Qanaxma cüzi olduqda və 36 həftədən əvvəl baş verdikdə, pasiyent hospitalizasiya olunmalı və o modifikasiya olunmuş yataq rejimini (qarın boşluğu təzyiqini artıran hər hansı fəaliyyətdən çəkinmək; məs., günün çox hissəsində ayaq üstə durmamalıdırlar) gözləməlidir; pasiyentin vəziyyəti nəzarətdə saxlanılmalı və venadaxili kristalloid məhlulları (Ringer ya fizioloji məhlullar) yeridilməlidir. Pasiyentin vəziyyəti yaxşılaşdıqdan sonra evə yazıla bilər; qadın ev şəraitində də ehtiyatlı olmalı və cinsi münasibətlərdən çəkinməlidir.

Təkrarlanan qanaxma – adətən, qanaxma təkrarlandıqda pasiyent yenidən xəstəxanaya yerləşdirilir və orada doğuş başlayana qədər müşahidə altında saxlanıla bilər. Xəstəxanada hamilədə venoz tromboemboliya risk faktorları (trombofiliya və s.) araşdırılmalı və qiymətləndirilməlidir; lazım olduqda müvafiq profilaktik tədbirlər görülməlidir [aşağı-molekulyar ağırlıqlı heparinin (AMAH) təyin olunması]. Bu, cift gəlişində və ya aşağıda yerləşən ciftdən qanaxma riski ilə venoz tromboemboliyanın yaranma riskini tarazlaşdırmalıdır.

Hamiləliyin təcili başa çatdırması tələb olunduqda (hamiləlik 24 həftə 6 gündən - 34 həftə 6 günədək) dölün respirator distress-sindromunun profilaktikası aparılmalı, yüksək dozada qlükokortikoidlər – deksametazon gündə 8-12 mq 2-3 gün ərzində verilməlidir.

Cift gəlişi 2-ci trimestrdə dölün ölümü ilə ağırlaşdıqda təxminən 4 həftə ərzində gözləmə idarəetmə taktikası tövsiyə edilə bilər; çünki 4 həftə ərzində anada koaqulopatiyanın başlanması olduqca nadir haldır. Bu müddət ərzində dölün və ciftin atrofiyası gözlənilir və böyük ehtimalla spontan doğuş başlaya bilər. Əgər doğuş 4 həftədən sonra başlamazsa, dilatasiyya və uşaqlıq boşluğunun evakuasiyası və ya doğuşun induksiyası nəzərdən keçirilə bilər. Doğuşun qeysəriyyə yolu ilə başa çatdırılması axırıncı seçim olmalıdır.

3-cü trimestrdə asimptomatik/ simptomsuz cift gəlişi olan və ya cift aşağıda yerləşən pasiyentlər ambulator şəraitdə idarə oluna bilər. Hamilələrin aparılması alqoritmi (uşaqlıq yolundan qanaxma

olmazsa) ümumi hamilələrin aparılma standartından fərqlənmir (Əlavə 1, 2). Lakin əlavə olaraq hemostaz göstəricilərinin müntəzəm müayinələri aparılmalı və 3-4 həftədən bir ciftin USM vasitəsilə yerləşməsinə nəzarət olunmalıdır. Simptomsuz pasiyentlər vaxtından əvvəl doğuş və mamalıq qanaxma riskinin mümkünlüyü barədə xəbərdar olunmalıdırlar; ehtiyat tədbirləri bağlı məsləhətlər verilməlidir. Asimptomatik pasiyentin yanında hər zaman ona kömək edən insan olmalı və xəstəxanaya qısa müddətdə (≈ 20 dəq.) çatdırılmaq imkanı olmalıdır. 3-cü trimestrdə evdə müaicə alan hər bir pasiyentə aydın olmalıdır ki, o, hər hansı qanaxma, o cümlədən ləkə, sancı və ya ağrı (həmçinin aybaşı ağrısına bənzər) hiss edərsə, dərhal xəstəxanaya müraciət etməlidir.

Doğuşun aparılması

Doğuşu təbii doğum yolları ilə idarə etmək qərarı hamiləliyin müddətindən, dölün vəziyyətindən, ciftin yerləşməsindən, qanaxmanın miqdarından asılı olaraq qəbul olunur. Bu zaman göstəriş olduqda doğuşu təcili operativ yolla başa çatdırmaq hazırlığı zəruridir.

Hamilə qadının vəziyyəti kafidirsə, az miqdarda qanaxma vardırsa, amniotomiya əməliyyatı aparılmalıdır. Dölyanı mayenin bir hissəsi axdıqdan sonra dölün gələcək hissəsi aşağı enib cifti sıxır. Bu vaxt qanaxmanın dayanmasına və doğuşu təbii yolla idarə edilməsinə şərait yarana bilər.

Cərrahi müalicə

Hamiləliyin əməliyyat vasitəsilə başa çatdırılması hamilə qadının ümumi vəziyyəti, hamiləliyin müddəti, itirilmiş qanın miqdarı, dölün vəziyyəti və gəlişindən, cift gəlişinin növündən asılı olaraq qərara alınır.

Mərkəzi cift gəlişində, hətta qanaxma olmadıqda hamiləliyin 37-38 həftəsində planlı şəkildə qeysəriyyə əməliyyatı vasitəsilə başa çatdırılmalıdır.

Qanaxma 250 ml və ya artıq olarsa, hamiləliyin müddətindən və ciftin yerləşməsindən asılı olmayaraq təcili qeysəriyyə əməliyyatı aparılmalıdır.

Cift gəlişində və aşağıda yerləşən cift ön divara bitişdikdə (ciftin həqiqi bitişməsi/*placenta accrete* və s.) ağır qanaxma və histerektomiya riski daha yüksəkdir və bu nəzarətdə saxlanılmalıdır.

Cift gəlişlərində və ya cift aşağıda yerləşdikdə regional anesteziya təhlükəsiz hesab edilir; ümumi anesteziya ilə müqayisədə qanaxma riski daha azdır. Ancaq, qadınlar məlumatlandırılmalıdır ki, tələb olunduqda ümumi anesteziyaya keçmək lazım ola bilər və razılıq istənilir. (RCOG, 2018).

Rezus-mənfi qadınlara anti-D immunoqlobulin təyin olunur.

CİFTİN VAXTINDAN ƏVVƏL QOPMASI

Ciftin vaxtından əvvəl qopması (CVƏQ) – döl doğulmamışdan əvvəl normal yerləşmiş ciftin öz bitişmə yerindən vaxtından qabaq ayrılmasıdır.

CVƏQ-in rast gəlmə tezliyi 0,4-1,4% təşkil edir. 30% hallarda CVƏQ massiv qanaxmaların səbəbi olub, ananın ölümü ilə nəticələnir. CVƏQ zamanı ana ölümü 1,6-15,6%, perinatal ölüm 20,0-35,0% təşkil edir.

Risk amilləri:

- ► Anamnezində CVƏQ-in olması
- ► Hamiləlikdən əvvəl və hamiləlik zamanı arterial hipertenziyanın olması
- ► Hamilə qadına qarşı zorakı hərəkətlər, yıxılmalar, travmalar
- ► Tütün çəkmə, narkotiklərdən istifadə
- ► Ekstragenital patologiyalar (qlomerulonefrit, ağır anemiya)
- ► Autoimmun vəziyyətlər (antifosfolipid sindromu, sistemli qırmızı qurd eşənəyi)
- ► Tromboza meyllilik yaradan hemostazın genetik qüsurları
- ► Qısa göbək ciyəsi, cift gəlişi
- ► Həddindən artıq dartılmış uşaqlığın sürətli dekompressiyası (çoxdöllü hamiləlik, çoxsululuq zamanı);
- ► Coxsaylı doğuşlar, anamnezində qeysəriyyə kəsiyi
- ► Bətndaxili infeksiyalar
- ► Uşaqlığın inkişaf anomaliyaları və şişləri
- ► İlk dəfə doğan qadının yaşı (gənc və ya 40-dan yuxarı)

Yuxarıda qeyd olunan risk amili olan hamilələr müşahidə məqsədi ilə mamalıq stasionarına vaxtından əvvəl göndərilməlidirlər.

O 45 Ciftin vaxtından əvvəl qopması

O 45.0 Ciftin qanın laxtalanma pozğunluqları ilə gedən vaxtından əvvəl qopması

- *afibrinogenemiya ilə*
- *disseminə olunmuş damardaxili laxtalanma ilə*
- *hiperfibrinoliz ilə*
- *hipofibrinogenemiya ilə*

O 45.8 Ciftin digər vaxtından əvvəl qopması

O 45.9 Ciftin dəqiqləşdirilməmiş vaxtından qabaq qopması

Klinik təsnifat

► **Yüngül dərəcəli** – ciftin kiçik hissəsinin qopması
- ✓ uşaqlıq yolundan qan itkisinin həcmi 100 ml-dən az.
- ✓ Retroplasentar hematoma əmələ gəldikdə qanlı ifrazat olmur
- ✓ uşaqlığın tonusu bir qədər yüksəkdir
- ✓ dölün ürək döyüntüsü tezliyi norma daxilindədir
- ✓ qanın laxtalanma sisteminin göstəriciləri və əsas fizioloji meyarları norma daxilindədir.

► **Orta dərəcəli** – ciftin ¼ hissəsinin qopması
- ✓ uşaqlıq yolundan qan itkisinin həcmi 100-500 ml-dən az.
- ✓ Retroplasentar hematoma əmələ gəldikdə qanlı ifrazat olmur
- ✓ uşaqlığın tonusu bir qədər yüksəkdir, palpasiya zamanı bərk, asimmetrik,
- ✓ kəskin ağrılıdır
- ✓ dölün ürək döyüntüsünün xarakteri dəyişilib (dəqiqədə 100-dən az və ya 180-dən çox), dölün hərəkət fəallığı artıb və ya zəifləyib
- ✓ hamilənin dərisi avazımış, tənəffüsü tezləşmiş, nəbzi zəif dolğunluqda tezləşmiş, təzyiqi normadan aşağıdır
- ✓ fibrinogenin səviyyəsinin 150-250 mq-dan aşağı düşməsi mümkündür.

► **Ağır dərəcəli** – ciftin 2/3 hissəsinin qopması
- ✓ uşaqlıq yolundan qan itkisinin həcmi 500 ml-dan cox.
- ✓ Retroplasentar hematoma əmələ gəldikdə qanlı ifrazat olmur
- ✓ hamilənin qarnında kəskin ağrılar, ümumi zəiflik, baş gicəllənməsi,
- ✓ bayılma vəziyyəti qeyd edilir. Nəbzi tezləşmiş, zəif

dolğunluqda. Arterial təzyiq kəskin aşağı səviyyədədir

- ✓ uşaqlıq həddindən artıq gərgin və palpasiya zamanı ağrılıdır
- ✓ döl adətən tələf olur
- ✓ çox vaxt damardaxili laxtalanma sindromu qoşulur.

Diaqnostika

Diaqnoz aşağıdakı klinik əlamətlər və obyektiv müayinələrin nəticələri əsasında qoyulur:

- ► uşaqlıq yolundan qanaxma,
- ► qarında ağrılar,
- ► uşaqlığın gərginliyi və palpasiya zamanı ağrılı olması.

Diferensial diaqnostika

Simptomlar	CVƏQ	Cift gəlişi	Damar gəlişi (vasa praevia)	Yalançı doğuş sancıları	Uşaqlıq boynunun şişləri
Ağrı sindromu	Yüngül ağrıdan şiddətli yə qədər	Yoxdur	Yoxdur	Sancı xarakterli	Yoxdur
Qanaxma	CVƏQ-nin simptomsuz/gizli formasının 20%-də olmaya bilər.	Cüzidən güclü qanaxmaya qədər	Amniotomiyadan və ya dölyanı mayenin axmasından dərhal sonra	Yoxdur	Cüzidən güclü qanaxmayaqədər
Uşaqlığın tonusu / gərginliyi	Mütəmadi hipertonus	Yoxdur	Yoxdur	Sancılar arasında zəifləyir	Yoxdur
Hemodinamik göstəricilər	Aşağı düşür	Dəyişmir / aşağı düşmür	Dəyişmir / aşağı düşmür	Dəyişmir / aşağı düşmür	Dəyişmir / aşağı düşmür
Dölün vəziyyəti	Ciftin divardan ayrılması davam etdikdə dölün vəziyyəti antenatal ölümə qədər tədricən pisləşir	Qənaət-bəxşdir	Tədricən pisləşir	Qənaət-bəxşdir	Qənaətbəxşdir

Laborator müayinələr

Qanın və sidiyin ümumi analizi, koaquloqramma, qanın

biokimyəvi və elektrolit göstəricilərinin təhlili, qanın qurdeşənəyi antikoaqulyantına müayinəsi, qara ciyər fermentlərinin funksional aktivliyinin vəziyyətinin müayinəsi (ALT və AST).

Hemoqramda: trombositlərin, fibrinogenin, protrombinin miqdarı, aktivləşdirilmiş parsial tromboplastin zamanı, V və VIII faktorların, fibrinogenin deqradasiya məhsullarının səviyyəsi.

İnstrumental müayinələr

- ► Kardiotokoqrafiya (KTQ)
- ► Ultrasəs müayinəsi

Müalicə

CVƏQ zamanı müalicə taktikasının seçimi qan itkisinin həcmi və miqdarından, hamilənin və dölün ümumi vəziyyətindən asılıdır.

I. Ciftin qopması hamiləlik zamanı baş verərsə, ananın və dölün vəziyyətini nəzərə alaraq:

a. **hamiləliyin 24 həftə 6 gündən - 34 həftəlik müddətində** – mamalıq stasionarına təxirəsalınmaz hospitalizasiya olunmalıdır ki, dölün distress-sindromunun profilaktikası aparıldıqdan sonra abdominal doğuşa müvafiq əməliyyat önü hazırlıq aparılsın. β-mimetiklərin istifadəsi qadağandır!

b. **hamiləliyin müddəti 34 həftə və yuxarı olduqda** – ETN altında qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı vasitəsi ilə təcili doğuş: qopma inkişaf etdikdə, təkrar qanaxma olduqda, hamiləlik zamanı ciftin qopmasının kəskin klinik mənzərəsi olduğu halda.

Abdominal doğuş icra olunduqdan sonra qanaxma davam edərsə, magistral damarların bağlanması göstərişdir.

Qeysəriyyə kəsiyi ilə əməliyyat aparılan zaman uşaqlığın seroz qişası altında qansızmalar aşkarlanan hallarda (Kyuveler uşaqlıq) – taktika uşaqlığın yığılma qabiliyyətindən asılıdır. Uşaqlığın artımlarsız ekstirpasiyası uşaqlıq əzələlərinin yığılma qabiliyyəti pozulduqda və ya olmadığı hallarda icra olunur.

CVƏQ-ə görə icra olunan əməliyyat zamanı izo- və ya hipokoaqulyasiya olduqda, hemostatik məqsədlə təzə dondurulmuş plazmanın istifadəsi göstərişdir. Oliquriya olduğu zaman furosemidin istifadəsi qadağandır.

Furosemid ağ ciyərlərdə durğunluq zamanı istifadə olunur.

II. **Ciftin qopması doğuşun I dövründə** baş verərsə, hamilədə kəskin qanaxma olmadığı hallarda, ananın kafi vəziyyətində, dölün bətndaxili hipoksiyası olmadığı hallarda, su kisəsi tam və gərgin olduqda amniotomiya göstərişdir. Vaginal doğuş uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin və eyni zamanda dölün ürək döyüntüsünün mütəmadi monitor nəzarəti altında aparılmalıdır. Ciftin qopması doğuşun I dövründə baş verən zaman oksitosinin istifadəsi qadağandır.

III. **Cift qopmasının doğuşun II dövründə** diaqnostikası – dölün kəskin hipoksiyası əsasında təyin olunur. Müvafiq şərait olduqda təcili doğuzdurma göstərişdir: mamalıq maşalarının və ya vakuum-ekstraktorun istifadəsi, sağrı gəlişlərində isə dölün ekstraksiyası yolu ilə.

IV. **Son və zahılıq dövründə** – qanaxmanın profilaktikası məqsədi ilə uterotonik vasitələrin təyini:
   - ✓ Oksitosin – 10 BV ə/d və ya 5 BV 50 ml mayedə (NaCl-0.9%) dozatordan istifadə edərək 16,2 ml / saat sürəti ilə yavaş-yavaş venadaxili yeridilir və ya
   - ✓ Metilerqometrin – 1ml- 0, 2mq v/d və ya 1ml ə/d tədricən (arterial hipertenziya olmadıqda) və ya
   - ✓ Mizoprostol – 600 mkq peroral (və ya dilaltına) və ya düz bağırsağa bir dəfə

Qanaxma riski yüksək olan qadınlara oksitosinə əlavə olaraq 0,5-1,0 q traneksam turşusu venadaxili yeridilə bilər

Qeysəriyyə əməliyyatı zamanı doğuşdan sonrakı qanaxmanın profilaktikası:

Oksitosinin 1 ml (5 BV) venadaxili yavaş-yavaş (1-2 dəqiqə ərzində) yeridilməsi və ya 5 BV50 ml mayedə (NaCl-0.9%) dozatordan istifadə edərək 16,2 ml / saat (27 mBV/dəq) sürəti ilə venadaxili yeridilməsi; həmçinin oksitosin (5 BV- 500 ml fizioloji məhlulda) venadaxili damcı üsulu ilə 40 damcı /dəq sürətlə yeridilə bilər və ya karbetosin* (*Carbetocin*) 1 ml (100 mkq) dölün

* Doğuşdan sonrakı qanaxmanın profilaktikasının Karbetosinlə aparılması standart oksitosinə nisbətən daha effektiv olduğu sübut edilmişdir. Karbetosin uterotonikdir, qeysəriyyə əməliyyatında ehtiyat preparatı kimi deyil, profilaktik məqsədlə istifadə olunur. Karbetosin uzun müddətli uterotonikdir: planlı qeysəriyyə əməliyyatı zamanı oksitosinin fasiləsiz infuziyası əvəzinə 1 dəqiqə ərzində bolyus

doğulmasından dərhal sonra 1 dəqiqə ərzində yavaş-yavaş venadaxili yeridilir.

Koaqulopatik qanaxmanın dayandırılması məqsədi ilə konservativ müalicə:

- ► Mümkün qədər tez laxtalanma sisteminin komponentlərinin (trombositlər, qan laxtalanma faktorlarını) səviyyəsini bərpa etmək və qanaxmanı dayandırmaq lazımdır.
- ► Ağır qan itkisində, "massiv transfuziya protokoluna" müvafiq olaraq qan komponentləri tədbiq edilməlidir – ("eritrositlər:TDP: trombositlər:kriopresipitat") 1:1:1:1 nisbətində. Eritrositlərin və TDP (təzə dondurulmuş plazma) nisbəti 1,4:1 ilə 2:1 arasında dəyişə bilər.
- ► Qan itkisi zamanı fibrin lizisinin qarşısını almaq üçün traneksam turşunun erkən tətbiqi (mümkün olduqda hospitalizasiyadan əvvəl) tövsiyə olunur.

Fibrinogenin konsentrasiyası 2,0 q/l-dən az olduqda kriopresipitat təyin edilir (10 kq bədən kütləsi üçün 1 doza). Qan laxtalanmasının plazma faktorlarının (II, VII, IX, X) kompleksinin (protrombin kompleksi konsentratı - PKK) istifadəsi yalnız qanaxmalarda K vitamini antaqonistlərinin təsirinin reversiyası üçün və ya kəskin qaraciyər çatışmazlığında tövsiyə olunur. PKK-nın istifadəsi yalnız doğuşdan sonrakı qanaxmalarda həyati təhlükə olduqda və müvəqqəti tədbir kimi qan laxtalanma faktorlarının səviyyəsini artırmaq üçün başqa seçim olmadıqda, TDP-nin köçürülməsindən əvvəl istifadə edilə bilər. Qeyd: bir çox hallarda kəskin qan itkisi nəticəsində baş verən koaqulopatiyanın qarşısını, itirilən qanın həcmini dərhal bərpa etməklə (NaCl-0.9% və ya Ringer laktat v/d) almaq olar.

formada 100 mkq/ml yeridildikdə uterotoniklərə ehtiyac azalır. Yüksək qanaxma riski olan qadınlarda oksitosinin və ya karbetosinin bolyus və uzun müddətli infuziya üsulunun birgə istifadəsi mümkündür.

CVƏQ zamanı müalicə taktikasının seçimi

CVƏQ hamiləlik zamanı (hamiləliyin 28-34 həftəsi)

↓

Təxirəsalınmaz hospitalizasiya

↓

Dölün distress-sindromunun profilaktikası,
əməliyyatönü hazırlıq

↓

Abdominal doğuş

CVƏQ hamiləlik zamanı (34 və yuxarı həftəsində)

↓

Abdominal doğuş

CVƏQ doğuşun I dövründə:
hamilənin vəziyyəti kafi və dölün bətndaxili hipoksiyası olmadıqda

↓

amniotomiya

↓

vaginal doğuş

CVƏQ doğuşun II dövründə:
döldə kəskin hipoksiya olduqda

↓

Təxirəsalınmaz doğuzdurma: mamalıq maşaları vakuum-ekstraktor
dölün sağrı gəlişində ekstraksiya

CVƏQ son və zahılıq dövründə:

↓

Qanaxmanın profilaktikası

CVƏQ zamanı:

I. Stasionara gətirilənə qədər vaginal müayinə aparılmadan:

- ► Venanın kateterizasiyası
- ► Təcili maye köçürmək: ağır qanaxmalar və ya şok halları olduqda
- ► Hamiləni təxirə salınmadan stasionara çatdırma

II. Stasionarda

- ► Təcili klinik situasiyanın qiymətləndirilməsi
- ► Qan itkisinin həcminin qiymətləndirilməsi
- ► Səbəblərinin aşkarlanması və diferensial diaqnostikanın aparılması:
  - ✓ Cift gəlişi
  - ✓ Kənar sinusun cırılması
  - ✓ Göbək ciyəsi damarlarının cırılması
  - ✓ Uşaqlığın cırılması
  - ✓ Uşaqlıq boynunun cırılması ilə.

Vaginal müayinə cift gəlişi istisna olunduqdan sonra aparılır.

CVƏQ zamanı pasiyentin aparılma alqoritmi

<u>CVƏQ yüngül dərəcədə</u>
(ciftin kiçik hissəsinin qopması)
↓
USM, Laborator müayinələr
↓
Doğuş taktikasının seçimi

<u>CVƏQ orta dərəcədə</u>
(ciftin ¼ hissəsinin qopması)

Təxirəsalınmaz USM, KT Laborator müayinələr

Doğuş taktikasının seçimi

<u>CVƏQ ağır dərəcədə</u>
(2/3-dən artıq hissəsinin qopması)
↓
Müvafiq əməliyyat önü hazırlıq
↓
Abdominal doğuş

CVƏQ-in profilaktikası

Damar pozulmaları ilə müşayiət olunan mamalıq və ekstragenital patologiyanın vaxtında aşkarlanması və müalicəsidir: məsələn, hestozun müalicəsi, uşaqlıq tonusunun azalması, hemostazın korreksiyası.

CVƏQ zamanı hospitalizasiyaya göstəriş

Hamilənin cinsiyyət yollarından hər hansı bir qanlı ifrazatın və/ya uşaqlıq nahiyəsində kəskin ağrıların olması.

UŞAQLIĞIN CIRILMASI

Uşaqlığın cırılması dölün qarın boşluğuna düşməsi ilə nəticələnə bilən uşaqlığın tamlığının spontan pozulmasıdır; nadir hallarda rast gəlinir.

Uşaqlığın cırılması daha çox əvvələr keçirilmiş qeysəriyyə əməliyyatından sonrakı çapıq boyunca baş verir. Digər meylləndirici amillərə uşaqlığın anadangəlmə inkişaf qüsurları, travma və miomektomiya və ya açıq ana-döl əməliyyatı kimi uşaqlıq üzərində digər cərrahiyyə əməliyyatları aiddir.

Uşaqlığın cırılmasının səbəbləri:

- Uşaqlığın həddindən artıq dartılması (çoxdöllü hamiləlik, çoxsululuq və ya dölün anomaliyalarına görə)
- Dölün xaricdən və ya daxildən mamalıq döndərilməsi
- Yatrogen perforasiya
- Uterotoniklərin həddindən artıq istifadəsi
- Həddindən artıq uşaqlıq yığılmaları əlamətləri ilə doğuş fəaliyyətinin diskordinasiyasının uşaqlığın aşağı seqmentindəki kontraksion həlqədən ayırd edilə bilinməməsi.

Qeyd: Əgər əvvəllər qeysəriyyə əməliyyatı keçirmiş qadın şərait olduqda vaginal doğuş seçirsə (Əlavə 5), prostaqlandinlərdən (mizoprostol) istifadə edilməməlidir çünki onlar uşaqlığın cırılması riskini artırır.

Diaqnostika

Səciyyəvi simptom və əlamətlər:

- ► Qanaxma (qarın boşluğuna və/və ya uşaqlıq yolundan)
- ► Qarın nahiyəsində şiddətli ağrılar (uşaqlığın cırılması baş verdikdən sonra azala bilər)

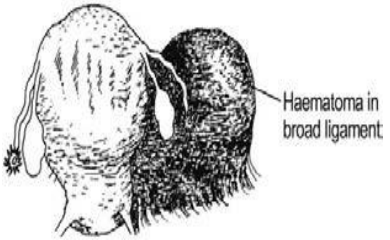
Bəzən mövcud olan simptom və əlamətlər:

- ► Hipovolemiyanın sübutu/şok
- ► Qarında köp/qarın boşluğunda sərbəst maye
- ► Uşaqlığın qeyri-adi konturları
- ► Qarın nahiyəsinin ağrılı olması
- ► Dölün gələcək hissəsinin olmaması (servikal müayinə zamanı aşkar edilir) və ya qarın boşluğunda döl hissələrinin asan palpasiya olunması
- ► Dölün bradikardiyası, deselerasiyaların variabelliyi (dəyişkənliyi) və ya dölün hərəkətlərinin və ürək döyüntülərinin olmaması
- ► Ananın nəbzinin tezləşməsi

Döl uşaqlıqdan qarın boşluğuna düşdükdə, dölün və ananın vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsi və ölüm riski əhəmiyyətli dərəcədə artır.

Vaginal qanaxmanın miqdarı və növü uşaqlığın hansı hissəsində cırılmanın baş verməsindən və sidik kisəsi ilə əlaqəli olub-olmamasından asılıdır; vaginal qanaxma, qarın boşluğuna çox miqdarda qansızma baş verdikdə belə mülayim ola bilər. Cırılma uşaqlıq boynu və vaginal divarın yuxarı hissəsinə qədər uzandıqda adətən qanaxma ağır olur. Amma cırılma uşaqlığın aşağı seqmentindən enli bağa tərəf uzandıqda isə qan qarın boşluğuna sızmayacaq (Şəkil: Uşaqlığın enli bağına qansızma). Cırılma sidik kisəsinə qədər uzanarsa, hematuriya müşahidə oluna bilər.

Uşaqlığın cırılması diaqnozu laparotomiya ilə təsdiqlənir.



Şəkil: Uşaqlığın aşağı seqmenti enli bağa tərəf cırıldıqda qan qarın boşluğuna deyil enli bağa sızacaq.

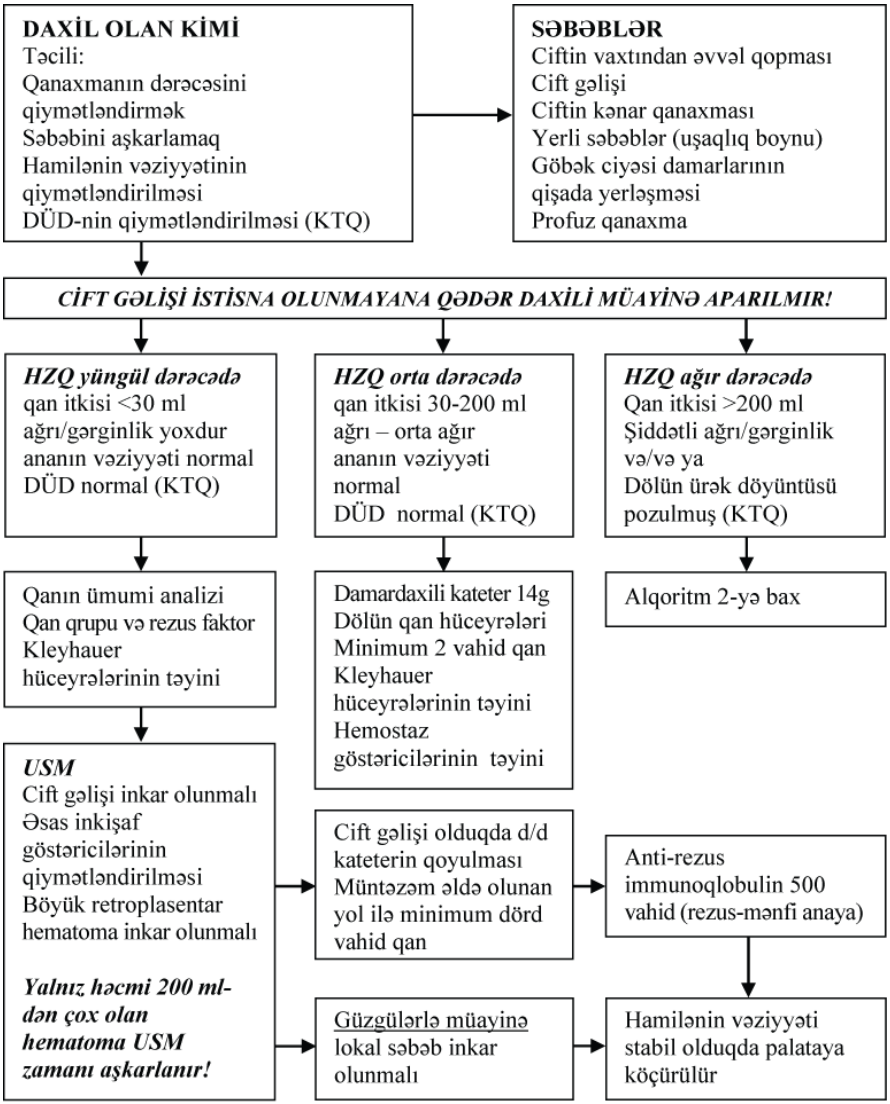
Müalicə

- ► Əməliyyatdan əvvəl mayelərin venadaxili (fizioloji məhlul və ya Ringer laktat) infuzayası ilə qanın həcmi bərpa edilməlidir.
- ► Vəziyyət stabilləşdikdə, körpənin doğulması və ciftin xaric edilməsi üçün dərhal laparotomiya edilməlidir.
- ► Əgər uşaqlıq histerektomiya ilə müqayisədə daha kiçik əməliyyat riski ilə bərpa oluna bilərsə (cırılmanın kənarlarında nekroz izləri yoxdursa), uşaqlığın tamlığı bərpa edilməlidir. Bu histerektomiya ilə müqayisədə daha az vaxt aparır və qan itkisini azaldır.
- ► Əgər uşaqlığın tamlığını bərpa etmək mümkün deyilsə, o zaman subtotal histerektomiya icra edilməlidir. Əgər cırılma uşaqlıq boynu və uşaqlıq yolundan keçərsə, total histerektomiya lazım ola bilər.

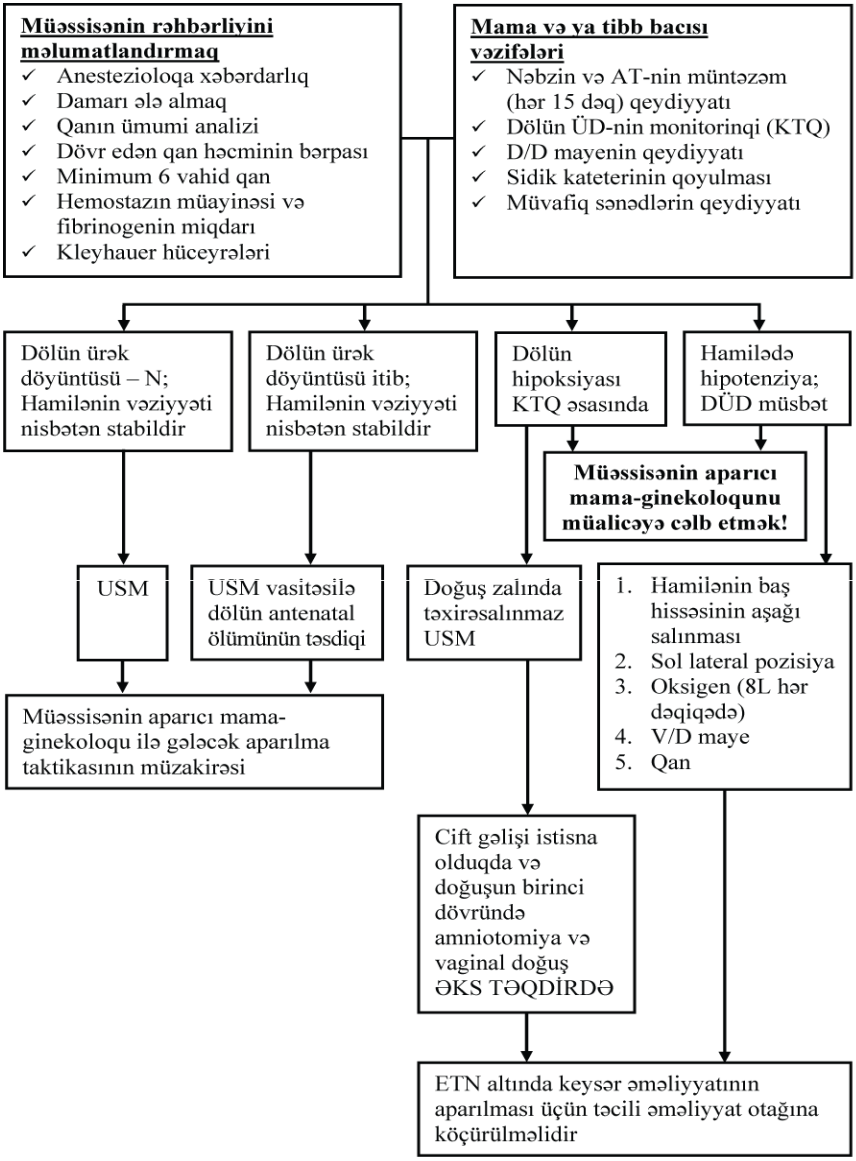
Qeyd: Sonrakı hamiləliklərdə uşaqlığın cırılması riski yüksək olduğu üçün təhlükə aradan qaldırıldıqdan sonra qadınla daimi kontrasepsiya üsulunun seçilməsi müzakirə edilməlidir.

Hamiləlik zamanı qanaxmanın stasionarda aparılma alqoritmi

Hamilə qadında uşaqlıq yolundan hər hansı bir qanaxma olarsa, onun stasionarda müalicəsi zəruridir.



Ağır qanaxmaların aparılma alqoritmi



Uşaqlıqdan kənar hamiləliyin konservativ/medikamentoz müalicəsi

Medikamentoz (metotreksatla) müalicə ilkin klinik, laborator, radioloji müayinələrin nəticəsinə, eləcə də metodun fayda və risklərinin müzakirəsinə əsaslanaraq, xəstənin məlumatlı seçiminə əsaslanmalıdır (NICE, 2019):

Metotreksat terapiyasına göstərişlər:

- Təsdiqlənmiş ektopik hamiləlik və ya yüksək kliniki şübhə
- Diqqətli nəzarət və mümkün fəsadların vaxtında aşkarlanması üçün yalnız stasionarda (planlı şəkildə) müşahidə
- Əhəmiyyəti ağrının olmaması
- Ektopik hamiləlik pozulmamış olduqda: USM-də döl yumurtasının diametri 35 mm-dən az olan, ürək döyüntüləri görünməyən, inkişaf edən ektopik hamiləlik;
- Pasiyent hemodinamik cəhətdən stabildir
- Zərdabda beta-hCG səviyyəsi 1500-5000 BV /l arasındadır
- Metotreksatın tətbiqinə mütləq əks göstərişlərin olmaması.

Qeyd: Metotreksat pasiyentin ilk gəlişində təyin olunmamalıdır, yalnız uşaqlıqdan kənar hamiləlik diaqnozu tamamilə aydın olduğu və həyat qabiliyyəti olan uşaqlıq hamiləliyi halları istisnadır.

Metotreksat terapiyasına mütləq əks göstərişlər:

- Uşaqlıqdaxili hamiləlik
- Təsdiqlənmiş immun çatışmazlığı
- Orta dərəcəli və ya ağır anemiya, leykopeniya və ya trombositopeniya
- Metotreksata qarşı həssaslıq
- Aktiv ağciyər xəstəlikləri
- Aktiv peptik xora xəstəliyi
- Klinik əhəmiyyətli qaraciyər disfunksiyası
- Klinik əhəmiyyətli böyrək disfunksiyası
- Döşlə əmizdirən pasiyentlər
- Yırtılmış ektopik hamiləlik
- Qeyri-sabit hemodinamikası olan pasiyentlər
- Sonrakı nəzarət mümkün olmayan pasiyentlər

Metotreksatla Müalicə Protokolları

Bir dozalı müalicə protokolu:

- 1-ci gün – Metotreksat 50 mq / m2 (m2 - insan bədəninin səthinin sahəsi) dozada əzələdaxili yeridilir;
- Müalicədən sonrakı 4-cü və 7-ci gündə – β -HCG səviyyəsi təyin edilir
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən çox olarsa, β- HCG səviyyəsi hamiləlik olmayan səviyyəyə (15 BV/l-dən az) çatana qədər hər həftə ölçülməlidir.
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən azdırsa, yenidən metotreksat 50 mq/m2 dozada əzələdaxili təyin edilir və HCG səviyyəsi təkrar yoxlanır.
  - ✓ İki dozadan sonra HCG azalmırsa, cərrahi müalicə nəzərdən keçirilməlidir
- Əgər sonrakı nəzarət zamanı β - HCG plato (eyni) səviyyəsindədir və ya yüksəlirsə, inkişafda olan uşaqlıqdan kənar hamiləliyin* müalicəsi üçün metotreksatın tətbiqi müzakirə edilməlidir.

İki dozalı müalicə protokolu:

- 1-ci gün - Metotreksat 50 mq / m2 dozada əzələdaxili yeridilir
- 4-cü gün - Metotreksat 50 mq / m2 dozada əzələdaxili yeridilir
- Müalicədən sonrakı 4-cü və 7-ci gündə - HCG səviyyəsi təyin edilir
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən çox olarsa, β-HCG hamiləlik olmayan səviyyəyə çatana qədər hər həftə ölçülməlidir.
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən azdırsa, 7-ci gün metotreksat 50 mq/m^2 əzələdaxili təkrar yeridilir və 11-ci gündə HCG-nın səviyyəsi yoxlanılır.
  - ✓ Əgər 7 -11-ci günlər arası β -HCG səviyyəsi 15% azalarsa, onun, hamiləlik olmayan səviyyəyə çatana qədər hər həftə ölçülməsi davam etdirilməlidir.
  - ✓ Əgər 7- 11-ci günlər arası azalma 15%-dən az olarsa, 11-ci

* **inkişafda olan uşaqlıqdan kənar hamiləlik** - β-HCG səviyyəsinin azalmaması və ya onun konsentrasiyasının 3000 BV/l-dən yuxarı olması və boruda aktiv qan axınının olmasıdır.

gündə 50 mq/m^2 metotreksat əzələdaxili yenidən təyin edilir və 14-cü gündə HCG səviyyəsi yoxlanılır.

- ✓ Dörd dozadan sonra HCG azalmırsa, cərrahi müalicə barədə düşünmək lazımdır

► Əgər sonrakı nəzarət zamanı β - HCG plato səviyyəsindədirsə və ya yüksəlirsə, davamlı uşaqlıqdan kənar hamiləliyin müalicəsi üçün metotreksatın tətbiqi müzakirə edilməlidir.

Dəyişməyən çox dozalı müalicə protokolu:

► 1, 3, 5, 7-ci günlərdə metotreksat 1 mq/kq əzələdaxili yeridilir; 2, 4, 6, 8-ci günlərdə əzələdaxili 0,1 mq/kq fol turşusu ilə növbələnir.

► Metotreksat vurulan günlərdə β - HCG səviyyəsi ölçülməlidir və HCG əvvəlki ölçüdən 15% azalana qədər davam etdirilməlidir.

- ✓ Əgər azalma 15%-dən çox olarsa, metotreksatın qəbulunu dayandırın və hamiləlik olmayan səviyyəyə çatana qədər β - HCG səviyyəsi hər həftə ölçülməlidir (son nəticədə bir, iki, üç və ya dörd doza tələb oluna bilər).
- ✓ Dörd dozadan sonra HCG azalmasa, cərrahi müalicə nəzərdən keçirilməlidir.

► Əgər sonrakı nəzarət zamanı β - HCG plato səviyyəsindədirsə və ya yüksəlirsə, davamlı uşaqlıqdan kənar hamiləliyin müalicəsi üçün metotreksatın tətbiqi müzakirə edilməlidir.

Randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatların (RKT) sistematik icmalı göstərir ki, bir dozalı və çox dozalı müalicə sxemlərinin nəticəsi eyni dərəcədə effektivdir; çox dozalı protokolun istifadəsində əlavə təsir riskinin artması müşahidə olunur.

Metotreksatın bir və iki dozalı müalicə protokollarının nəticələrini müqayisə etdikdə tədqiqatlar göstərir ki, HCG-nin ilkin səviyyəsi 3,600-5,500 BV/L arasında olduğu pasiyentlərdə iki dozalı rejim statistik olaraq daha yüksək dərəcədə effektivdir (88,9% - 57,9%-ə qarşı).

Medikamentoz müalicədən sonra zərdabda β-HCG səviyyəsinin normallaşması 2-4 həftə ərzində tamamlanır, lakin 8 həftəyə qədər də davam edə bilər. İki dozalı metotreksat rejimi istifadə edildikdə pasiyentlərin sağalması tək dozalı rejimlə müqayisədə daha sürətli gedir (25,7+13,6 günə qarşı 31,9+14,1)

Əlavə 5

Əvvəlki qeysəriyyədən sonra təbii doğuşun (QSTD) müvəffəqiyyətli olmasına müsbət təsir edən və müvəffəqiyyətini azaldan amillər

QSTD-nın müvəffəqiyyətli olmasına müsbət təsir edən amillər:	QSTD-nın müvəffəqiyyətini azaldan amillər:
✓ Əvvəlki vaginal doğuş ✓ Əvvəlki qeysəriyyə əməliyyatının səbəbi dölün qeyri-düzgün vəziyyəti/ gəlişi olmuşdur ✓ Doğuşun spontan başlanğıcı ✓ Bişop şkalasına əsasən qiymətləndirmədə daha yüksək ballar ✓ Fəsadlaşmamış, aşağı riskli hamiləlik	✓ Əvvəl vaginal doğuşun olmaması ✓ Əvvəlki qeysəriyyənin səbəbi doğuş fəaliyyətinin anomaliyası idi ✓ Hazırki doğuşun induksiyası ✓ Hamiləliyi ağırlaşdıran hipertenziv vəziyyətlər ✓ BKİ >30 kq /m2 ✓ Ananın yaşı ≥40 ✓ İri döl (makrosomiya) ≥4000 q ✓ Diabet (həm hestasion, həm də əvvəllər mövcud olan) ✓ Anamnezdə dölün antenatal ölümü ✓ Coxdöllü hamiləlik ✓ Əvvəlki qeysəriyyə əməliyyatlarının birdən çox olması ✓ Uşaqlığın çapıq boyunca cırılması riskini artıran bilən amillər.

Ədəbiyyat

1) Zahılıq dövrünün qanaxmaları üzrə klinik protokol, 2011https://www.isim.az/upload/File/reports/46_Zahiliq_dovrunun_qanaxmalari_W.pdf
2) Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. World Health Organization 2017 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf
3) Spontaneous Abortion. Last Update: July 20, 2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/
4) Септический аборт. Последнее изменение содержания июнь 2019 http://surl.li/dwfjn
5) Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21), Published: 04/11/2016 https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg21/
6) ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy 2018 https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/02000/ACOG_Practice_Bulletin_No__191__Tubal_Ectopic.38.aspx
7) Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy, sept. 2021 https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy
8) Внематочная (эктопическая) беременность. [письмо Минздрава РФ от 6 февраля 2017 г. №15-4/10/2-729] http://surl.li/dwfjw
9) Vaginal Bleeding During Late Pregnancy. Last full review/revision Dec 2020 https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/ symptoms-during-pregnancy/vaginal-bleeding-during-late-pregnancy.
10) Management of Gestational Trophoblastic Disease, RCOG Green-top Guideline No. 38, September 2020 https://www.rcog.org.uk/en/ guidelines-research-services/guidelines/gtg38/
11) Uterine Rupture. Last full review/revision Jul 2021. https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-and-complications-of-labor-and-delivery/uterine-rupture

12) Трофобластические опухоли. Клинические рекомендации (утв. Минздравом России), 2018 https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-trofoblasticheskie-opukholi-utv-minzdravom-rossii/
13) Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных новообразований плаценты (Трофобластическая болезнь) http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2014/52.pdf
14) Хирургический метод в лечении трофобластических опухолей/https://rosoncoweb.ru/library/journals/practical_oncology/arh035/08.pdf
15) Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management Green-top Guideline No. 27a, September 2018/ https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27a/
16) Патология плаценты. Предлежание плаценты, 2017/ https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B/15699
17) Предлежание плаценты. Последнее изменение содержания окт. 2020 http://surl.li/dwfjz
18) Management of fetal death complicated by placenta previa during the midtrimester, 2017/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494400/#:~:text=We%20recommend%20an%20expectant%20management,during%20the%204%E2%80%90week%20expectant
19) Placenta previa: Management, 2021. https://www.uptodate.com/contents/ placenta-previa-management
20) Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a, 2015 https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf
21) Преждевременная отслойка плаценты. Клинические протоколы МЗ РК – 2017 http://surl.li/dwfkh
22) Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Last Update: August 2,

2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/
23) Vaginal Birth After Cesarean Delivery. ACOG Practice Bulletin, 2019 http://medi-guide.meditool.cn/ymtpdf/952D113A-E18B-95C6-4450-BCBD6EF9154C.pdf
24) Vaginal birth after caesarean (VBAC). Publication date: September 2020 https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file /0022/140836/ g-vbac.pdf
25) Роды через влагалище после предыдущего кесарева сечения. Клинические протоколы МЗ РК – 2018 http://surl.li/dwfkl
26) Послеродовые кровотечения (2019) http://surl.li/dwfkn
27) Интенсивная терапия синдрома диссеминированного внутрисо-судистого свертывания крови (ДВС-синдром, коагулопатия) в акушерстве. https://www.mediasphera.ru/issues/anesteziologiya-i-reanimatologiya/2019/2/1020175632019021005
28) Vasa Previa https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-of-pregnancy/vasa-previa
29) Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27b, 2018 https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/vasa-praevia-diagnosis-and-management-green-top-guideline-27b/