Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

ZAHILIQ DÖVRÜNÜN QANAXMALARI ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)



Bakı
2022

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 14 noyabr 2022-ci il tarixli
17 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

ZAHILIQ DÖVRÜNÜN QANAXMALARI ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)

Bakı – 2022

618.56
Z 15

Z 15 Zahılıq dövrünün qanaxmaları 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 Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 10 may 2011-ci il tarixli 20 saylı qərarı ilə təsdiq edilmiş "Zahılıq dövrünün qanaxmaları üzrə klinik protokol"un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Günel Əfəndiyeva	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq və ginekologiya Kafedrası, həkim-mütəxəssis
Şəhla İsmayılova –	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi, Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdir

Rəyçi:

Cəmilə Qurbanova	Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, tibb elmləri doktoru, professor

İxtisarların siyahısı:

APTV – aktivləşmiş porsial (hissəvi) tromboplastin vaxtı

AT – arterial təzyiq

BÇİ – bədən çəkisinin indeksi

DDL-s – damar daxili laxtalanma sindromu

DQH – dövr edən qanın həcmi

DSQ – doğuşdan sonrakı qanaxma

XBT-10 – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu baxış)

Hb – hemoqlobin

Ps – nəbz

Rh faktor – rezus-faktor

T – vaxt

TDP – təzə dondurulmuş plazma

ZDQ – zahılıq dövrünün qanaxmaları

ÜDS – ürək döyünmələrinin sayı

ÜST – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Protokol doğum evlərinin həkim mama-ginekoloqları, mamaları, anesteziologreanimatologları üçün nəzərdə tutulub.

Pasiyent qrupu: zahılıq dövründə olan qadınlar

Protokolun məqsədləri:

- Zahılıq dövrünün qanaxmalarının və onların fəsadlarının azaldılması.
- Doğuş və zahılıq dövründə qanaxma nəticəsində baş verən ana ölümünün azaldılması.
- Doğuş və zahılıq dövrlərində qanaxmanın profilaktika, diaqnostika və müalicəsinə sübutlu təbabət prinsiplərinə əsaslanan vahid yanaşmanın tərtibi.

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Doğuşdan sonrakı (zahılıq dövrü) qanaxma (DSQ) və ya postpartum qanama (PQ) – qadının həyatı üçün təhlükə törədən və kliniki əhəmiyyətli patoloji dəyişikliklərə gətirən istənilən miqdarda qan itkisidir. DSQ – normal doğuş sonrası 500 ml, cərrahi doğuş zamanı isə 800-1000 ml və daha çox qan itkisidir. Anemiya, hipertenziv vəziyyətlər və ekstragenital xəstəliklər zamanı daha az miqdarda qan itkisi şokun yaranmasına səbəb ola bilər. Bu zaman ağır hemodinamik dəyişikliklərə və ya hipovolemiyaya səbəb olan hər bir doğuş sonrası qan itkisini zahılıq qanaxması kimi qiymətləndirmək olar.

Zahılıq qanaxması səbəbi ilə ana ölümü 2% təşkil edir. İnkişafda olan ölkələrdə bu nisbət 1:1000-ə bərabərdir.

Doğuşdan sonra ilk 24 saat ərzində olan qan itkisi erkən, 24 saatdan 6 həftəyə qədər olan qan itkisi gecikmiş DSQ hesab olunur.

Hamiləlik zamanı dövr edən qanın 15%-i uşaqlığın perfuziyasına sərf olunur.

ACOG- a əsasən postpartum qanaxma yalnız 1000 ml üstü qanaxma hesab edilir. Lakin, konservativ doğuş üçün tətbiq olunması tövsiyə edilmir.

Epidemiologiya

Qanaxmalar – dünyada ana ölümünün əsas səbəbidir. Hər 4 dəqiqədə bir qadın doğuş qanaxmasından ölür. Əksər hallarda ana ölümü doğuşdan sonra ilk 24 saat ərzində olan qanaxma

nəticəsində baş verir.

Etiologiya

Doğuşdan sonrakı qanaxmalar 4 əsas etioloji proseslərin pozulması nəticəsində ola bilər və bunlar **“4T” faktorları** kimi göstərilir (cədvəl 1).

Cədvəl 1. **Risk (“4T”) faktorları.**

Dörd *T*	**Risk faktorları**	
	Doğuşdan əvvəl	**Doğuş və doğuşdan sonra**
***T*onus (70%)**	▶ doğuşların sayı ▶ anamnezində DSQ ▶ çoxdöllü hamiləlik ▶ çoxsulluluq ▶ cift gəlişi ▶ ciftin vaxtından əvvəl qopması ▶ Asiya etnik mənsubluğu ▶ piylənmə (BÇİ>35) ▶ Qızdırma dövrü ▶ Plasenta praevia ▶ Uterun anomaliyaları ▶ Magnesium, nifedipin, terbutalin, halogen istifadəsi	▶ yaş (40-dan yuxarı) ▶ iri döl ▶ doğuşun induksiyası ▶ doğuşun davamiyyətinin uzanması (12 saatdan çox)
***T*ravma (20%)**	▶ uşaqlıq üzərində aparılan cərrahi müdaxilə	▶ iri döl ▶ qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ▶ uşaqlığın cırılması ▶ yumşaq doğuş yollarının cırılması ▶ epiziotomiya
***T* oxumalar (10%)**	▶ ultrasəs müayinəsinə əsasən ciftin anormal plasentasiyası	▶ cift qalıqları

***T*rombin (1%)**	▶ preeklampsiya (hipertenziv vəziyyətlər) ▶ ciftin vaxtından əvvəl qopması ▶ ölü uşağın ana bətnində uzun müddət ləngiməsi ▶ VIII faktorun çatışmazlığı – hemofiliya "A" ▶ IX faktorun çatışmazlığı - hemofiliya "B" ▶ Villebrand xəstəliyi ▶ trombositopenik purpura	▶ doğuşda hərarətin yüksəlməsi ▶ dölyanı maye ilə emboliya ▶ sepsis

Çox hallarda doğuşdan sonrakı qanaxmaların risk faktorları təyin olunmur.

!! Risk qrupuna daxil olan hamilə qadınlar yüksək ixtisaslı mamalıq-ginekoloji və reanimotoloji xidmətə və cərrahi bloka malik olan II və III səviyyəli doğuşa yardım müəssisələrində azad olmalıdırlar (cədvəl 1(a)).

Cədvəl 1 (a). Risk faktorlarının stratifikasiyası

Yüngül risk	Orta risk	Yüksək risk
Tək döllü hamiləlik	Çox döllü hamiləlik	Cift gəlişi, sıx birləşməsi və ya bitişməsi
Anamnezdə doğuş sayının 4 –dən az olması	Anamnezdə doğuş sayının 4-dən çox olması	Hematokrit 30-dan aşağı
İntakt uşaqlıq	Uşaqlıq üzərində keçirilmiş əməliyyat	Hospitalizasiya zamanı qanaxma
Zahılıq qanaxmasının anamnezdə olmaması	İri ölçülü uşaqlıq mioması	Laxtalanma sistemi defekti
	Xorioamnionit	Anamnezdə zahılıq qanaxması halı
	MgSO4 istifadəsi	Hemodinamikanın pozulması
	Oksitosin stimulyasiyası	

Doğuşdan sonrakı qanaxmalar nəticəsində ana ölümünün səbəbləri və ya nəzərdən qaçan məqamlar:

- Qan itkisinin miqdarının, qadının kliniki vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməməsi
- Qanəvəzedicilərinin gecikdirilməsi- İtirilmiş qanın lazımı həcmdə bərpa olunmaması.
- Az-az davamlı gələn uşaqlıq yolu qanamsını nəzərə almamaq
- Postpartumda uşaqlıq involyusiyasını izdəməmək
- Uterotoniki gecikdirmək.

Çox hallarda bu səbəbləri yaradır:

- Qan köçürülmə, cərrahiyyə və s. xidmətlərin əlaqəli işində çatışmazlıq.
- Daha yüksək səviyyəli müalicə müəssisəsinə köçürülmə işinin düzgün təşkil olunmaması.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

72 Doğuşdan sonrakı qanaxma
Doğuşun III dövründə qanaxma
Doğuşdan sonra erkən dövrdə baş verən digər qanaxmalar
Gec və ya ikincili doğuş sonrası qanaxma
Doğuş sonrası

KLİNİK ƏLAMƏTLƏR

Döl doğulduqdan sonra doğuş yollarından qan duru və ya laxtalar şəklində xaric olur.

Qanaxma fasilə ilə və ya fasiləsiz ola bilər. Bütün hallarda qanaxmanın mənbəyi təyin edilməlidir (uşaqlıq yolu, uşaqlıq boynu, uşaqlıq).

Qanaxmanın klinik əlamətlərinin qiymətləndirilməsi:

- Sistolik AT < 90 mm.c.st.
- Nəbz > 90 vurğu/dəqiqədə
- Tənəffüsün tezliyi > 20 hərəkət/dəqiqədə
- Sidik ifrazı < 30 ml/saat

- Mərkəzi sinir sistemi - gərgin, tormozlaşmış, huşun qaralması.

Qanaxmaların və şokun erkən mərhələsində laborator müayinələr (Hb, Ht) məlumatlı deyil (cədvəl 2), sonrakı mərhələdə isə nəzərə çarpan hemodilyusiya səbəbindən real vəziyyətə uyğun gəlməyə bilər.

!! Doğuş zamanı qanaxmalarda tezliklə dekompensasiya inkişaf etdiyi üçün hemodinamik stabillik qan itkisinin kliniki göstəricisi hesab oluna bilməz.

!! Laborator göstəricilər qanaxma və ya şoku yalnız təsdiq edə bilər, lakin onu inkar edə bilməz.

Cədvəl 2. Qanaxma zamanı əsas laborator parametrlərin qiymətləndirilməsi

Parametr	Kəskin qanaxma	Kritik vəziyyət
Hb	70-90 q\l	70 q\l –dən az
Trombosit	150-350 min	50mindən az
Fibrinogen	2-4 q\l	2 q\l –dən az
BNN	1,0-1,3	1,5-dən çox
QATZ	28-32 san	1,5 dəfə artma
D-dimer	Artma	Artma

Cədvəl 3. Qanaxmanın ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi

Göstərici	I dərəcə	II dərəcə	III dərəcə	IV dərəcə
Qanın miqdarı (ml)	750-ə qədər	750-1500	1500-2000	2000-dən çox
Nəbz	100-ə qədər	100-120	120-140	140-dan çox
Sistolik təzyiq	normal	Normal	düşük	düşük

Diastolik təzyiq	Normal və ya artmış	azalıb	azalıb	azalıb
Tənəffüs hərəkət sayı	14-20	20-30	30-40	40 və daha çox
Diurez ml\s	30dan çox	20-30	5-15	anuriya

Cədvəl 4. Hamilənin bədən çəkisinə uyğun ehtimal olunan qan itkisinin miqdarı

Çəki	Ümumi qanın ml ilə miqdarı	15% qan itkisi	25% qan itkisi	40% qan itkisi
50	5000	750	1500	2000
55	5500	825	1650	2200
60	6000	900	1850	2400
65	6500	975	1900	2600
70	7000	1050	2100	2800

Qeyd: hamilələrdə 100ml/kq ilə hesablanmış qan miqdarı. Piylənmədən əziyyət çəkən hamilələrdə daha çox olur. Preeklampsiyalı hamilələrdə ümumi qanın miqdarı 30-40 % daha düşük olur və 70 ml/kq təşkil edir.

!! Həkim hər bir qadında hemorragik şokun yaranması riskini qiymətləndirməli (cədvəl 3, 4) və müalicə tədbirlərinin aparılmasına hazır olmalıdır. Şokun əlamətləri qan itkisinin 30%-dan artıq olmasını göstərir.

DİAQNOSTİKA

Doğuşdan sonra qadınların rutin monitorinqi

Uşaqlıq tonusuna nəzarət (uşaqlıq kürəvarı formada və bərk olmalıdır):

- Doğuşdan sonra ilk bir saat ərzində hər 15 dəqiqədən bir
- 2-ci saat ərzində hər 30 dəqiqədən bir
- İlk sutka ərzində hər 4 saatdan bir

Cədvəl 5. Doğuşdan sonrakı qanaxmaların diferensial diaqnostikası

Simptom və əlamətlər	Diaqnostika	Təxmini diaqnoz
Doğuşdan sonrakı erkən qanaxmalar Uşaqlıq yumşaqdır və yığılmır	Şok	Uşaqlığın atoniyası
Doğuşdan sonrakı erkən Qanaxmalar	Cift tamdır Uşaqlıq yığılıb	Uşaqlıq boynunun, uşaqlıq yolunun və aralığın cırılması
Doğuşdan sonra 30 dəqiqə müddətində cift ayrılmır	Erkən DSQ Uşaqlıq yığılmışdır	Ciftin ayrılmasının ləngiməsi
Ciftin ana səthinin Defekti	Erkən DSQ Uşaqlıq yığılmışdır	Ciftin defekti - ciftin hissələrinin ayrılmasının ləngiməsi
Uşaqlıq dibi palpasiya zamanı əllənmir Yüngül və ya intensiv ağrılar	Çevrilmiş uşaqlığın uşaqlıq yolundan görünməsi Erkən DSQ	Uşaqlığın çevrilməsi

Doğuşdan 24 saatdan çox keçdikdən sonra başlanan qanaxma Zahılıq dövrünün gününə uyğun olmayan uşaqlıq (daha böyük və yumşaq olması)	Müxtəlif intensivli qanaxma (yüngül və ya güclü, fasiləli və ya fasiləsiz), xoşagəlməz qoxu ilə	Gecikmiş DSQ
Erkən DSQ	Şok Gərgin qarın Anada nəbzin tezləşməsi	Uşaqlığın cırılması

İtirilmiş qanın həcminin hesablanması

Bütün doğumlarda qanaxmanın miqdarı təxmini deyil düzgün qiymətləndirilməyə çalışılmalıdır. Qanaxma olan yox hər bir doğum sonrası qadın üçün hesablanmalıdır. Bunun üçün bir neçə hesablama metodu vardır.

Visual metod: Qeyri-dəqiq metod olub adətən itirilmiş qanın həqiqi miqdarından 30 % daha az bir nəticə verir. Buna görə də bu metoddan istifadə zamanı itirilmiş qan miqdarının daha çox olduğu unudulmamalı və 30 % üzərinə əlavə edilməlidir.

Qraviometrik metod: dərəcələnmiş boşluqlara (kollektor kisələrə-silindirlərə, cell saver) qanın yığılması və qana bulaşmış tənzif və örtüklərin çəkisini təyin etməyə əsaslanır. Daha dəqiq metod olsa da individual yanaşma zamanı xətalar yaranır. Dəqiqlik 90 % təşkil edir.

Volumetrik metod (V –Drape-lər mövcuddur – qanı hopdurmayaraq toplayan "bez"lərdir)

Müasir alqoritmlər qanaxma miqdarının təyini üçün hipovolemiyanın yaratdığı klinik əlamətlərə əsasən hesablanmasına yönəlmişdir.

Qeyd: Fizioloji hamiləlik zamanı III trimestr hamiləlik müddətində ümumi dövr edən qanın miqdarı 45 % artaraq 85-100 ml \kq təşkil edir. Bunun üçün də aparılan müalicə tədbirləri pasiyentin bədən kütləsini nəzərə alaraq aparılmalıdır.

Şok indeksi = ürək vurğusu/sistolik təzyiq: hipovolemiyanın ən erkən markeridir, həm hemorragiyanı həm də daha pis proqnozu təyin etməyə kömək edərək vaxtında cərrahi müalicə metodunun seçilməsinə imkan yaradır. Normal halda doğuşdan sonra şok indeksi 0,7-0,9 olur. 1,0-

dən çox olması artıq hemtransfuziyanın lazım olduğunu göstərir. 1,7 çatması isə artıq proqnozun geri dönməz, pis olduğuna dəlalət edir.

Doğuşdan sonrakı qanaxmanın profilaktikası

- Doğuşa qədər anemiya və digər risk faktorlarının müəyyən edilib, aradan qaldırılması.
- Risk qrupuna daxil olan qadınlarda doğuşun II dövründə dirsək venası kateterizasiya olunmalıdır.
- Doğuşun 3-cü dövrünün aktiv aparılması. Əks halda uşaqlıq miometriyasının effektsiz yığılması baş verə bilər ki , bu da atoniyaya səbəb olacaq.

- ✓ Uşaq doğulduqdan sonra (ön çiyin doğulduqdan sonra) birinci dəqiqə ərzində 10vahid ə/d və ya5vahidv/doksitosininyeridilməsi(qarnıpalpasiyaedibdigər uşağınolmamasınaəminolduqdansonra).
- ✓ Ciftin göbək ciyəsindən kontrol olunan traksiya vasitəsi ilə doğulması
- ✓ Uşaqlıq yığılana qədər onun xarici masajı
- ✓ Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı cift spontan ayrılarsa qanaxma 30 %, endometrit kimi ağırlaşma halları 7 dəfə azalır.

Ciftin göbək ciyəsinin kontrol olunan traksiyaların texnikasına əlavə 1-də göstərilən bəndlərə uyğun diqqətlə və ardıcıllıqla riayət olunmalıdır!

Təbii yolla olan doğuşlarda 3-cü dövr aktiv aparılmalıdır, bu halda doğuşdan sonra qanaxma riski 60%-ə qədər azalır.

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı 5 vahid oksitosin vena daxilinə tədricən yeridilir**.**

---

* Əlavə 1-ə bax.

Oksitosinin digər uterotonik dərman vasitələrindən üstünlüyü:

- yeridildikdən 2-3 dəqiqə sonra təsir göstərir
- minimal əks təsirə malikdir

Lakin hər bir dərman preparatında olduğu kimi oksitosin istifadəsi zamanı nəzərə alınmalıdır ki, **intravenoz və ya intramuskulyar yeridilmədə fərq tapılmamışdır.**

- **Yüksək dozlalı boluslar ilə sürətli yeridilmə kardiovaskular çökmə və ya hətta ölüm verə bilər.**
- **Təkrar istifadə reseptorlarda həssaslığı azaldar**
- **Hipotenziya və taxikardiyaya səbəb olur (əks- göstərişi yoxdur lakin ÜDS patologiyalarında ehtiyatlı olmaq lazımdır). Soyuq mühitdə saxlanılmalıdır (2-8 °C), işığa həssasdır.**
- **Yüksək və aşağı doz uyğulanmasında fərq yoxdur əsas zamanında istıfadə olunmasıdır.**
- **Oksitosin – uşaqlığın dibindən başlayaraq kontraksion yığılmalara səbəb olur. 5 dəq ərzində yarı miqdar eliminasiya olunur (1 dəq təsir edir). Təsirinin davamlı olması üçün intravenoz infuziya davam etməlidir. Əzələ daxili və hətta intramiometrial da uyğulana bilər.**

Oksitosin olmadıqda digər uterotonik dərman vasitələrindən istifadə etmək olar:

- Metilerqometrin – alfa adrenergik reseptolara təsir edir və davamlı uşaqlığın alt, üst seqmentinin yığılmasına səbəb olur. Rutin olaraq intravenoz istifadə edilməməlidir. 0,2 mq (1.0 ml) ə/d (arterial hipertenziya, miqren , tac damar patologiyaları və Reyno sindromu olmadıqda) **Ergometrin 1 saat ərzində eliminasiya (5 dəq təsir) olunur.**

İlk dozada effektli təsir etmədisə növbəti seçim preparat uyğulanmalıdır. Oksitosinə nisbətən daha düşük təsirə malikdir və bununnla əlaqədar RCOG kombinə istifadəsini tövsiyə edir (syntometrin).

- **Misoprostol 30 dəq ərzində eliminasiya (10 dəq təsir) olunur. İnyeksiyaya əks-göstəriş olduqda və ya həyata keçiməkdə problem olarsa tək başına istifadə edilə bilər.**

Döl doğulduqdan bir dəqiqə sonra mizoprostol (saytotek) 600 mkq peroral (və ya dil altına) və ya rektal**.** Mizoprostolun qəbulundan sonra əlavə təsirlər yarana bilər (qısa müddətli titrəmə və hipertermiya). Lakin, adətən oksitosinlə kombinə olunur. **Yanaşı qida və maye qəbulu dərmanın təsirini azaltması barəsində bir sübut yoxdur.**

Subligual istifadəsi zamanı daha tez təsirə başlar (30 dəq pikə çatar, 3 saat təsir edər). Rektal istifadə zamanı pik konsentrasiyasına 1 saat ərzində çatmasına baxmayaraq, təsir müddəti daha uzun olur. Oral istifadə zamanı isə qaraciyərdən keçməsi ilə əlaqəli sublinqual metoddan daha geri qalır, təsir müddəti də daha az olur (2 saat).

- **Karbetocin uzun təsirli okstiosinin sintetik anoloqudur. 90 dəqiqə ərzində eliminasiya (1 dəqiqəyə təsir) olunur. Bir saat effektli təsiri var. Buna görə də infuziya ehtiyacı yoxdur. Toksik təsirləri oksitosinlə eynidir. Qeysəsriyyə kəsiyi əməliyyatı sonrası profilaktik istifadəsi daha çox tövsiyə olunur.**

RCOG-2016 əsasən, zahılıq qanaxmasına yüksək risk faktorlu qadınlarda kombinə olunmuş uterotonik istifadəsi tək oksitosin istifadəsinə nisbətən daha yararlıdır.

ACOG əsasən, ikili uteotonik istifadəsi tövsiyə olunmur.
WHO-2018 əsasən, uterotonik seçimi çox olmasına baxmayaraq bütün doğumlarda ilk təcih edilən preparat oksitosindir.

***Qeyd*: MgSO4 və Nifedipin ilə tokoliz aparılıbsa Caglukonatis istifadə edilə bilər.**

Aşağı riskli hamiləliklərdə kombinasiyalı və tək dərman müalicəsində fərq olmamışdır.

MÜALİCƏ

Mərhələli müalicə

İtirilən qanın həcminin, qadının vəziyyətinin və müalicə tədbirlərinin qeydiyyatının aparılması mütləqdir.

I mərhələ. Erkən zahılıq qanaxması zamanı ilkin yardım alqoritmi:

- Qanaxma halı təyin edilən andan multidissiplinar briqadanın tərəfindən ilkin yardıma başlanılmalıdır.

- Qanaxmanın səbəbi, itirilən qanın miqdarı təyin edilməli və müalicə tədbirləri eyni zamanda başlanılmalıdır.
- Bütün bu tədbirlər əməliyyatxananın hazır olduğu şərtlə aparılmalıdır.

Qanaxmanın başlandığı andan etibarən pasiyentlə verbal əlaqə pozulmamalı və zahı baş verənlər haqqında düzgün məlumatlandırılmalıdır.

Öncə ikinci və daha təcrübəli mama-ginekoloq ilə mama çağırılmalı, sonra reanimasiya briqadası (anesteziolog və tibb bacısı) xəbərdar edilib çağırılmalı və xəstəxanada varsa, həkim transfuziolog və həkim laborant xəbərdar edilərək köməyə çağırılmalı.

Qeyd : Həkim laborant olmadığı təqdirdə briqada növbətçisi alınan qan nümunələri dərhal laboratoriyaya çatdırmalıdır. Həkim transfuzioloqun olmadığı halda isə yenə növbətçi briqadanın nümayəndəsi qan bankına eritrositar kütlə və təzə dondurulmuş plazma üçün müraciət etməlidir.

Mütləq bir nəfər bütün dərman, transfuziya və vacib orqanların göstəricilərini qeyd etmək üçün seçilməlidir.

- İnfuziyaya başlamaq üçün hər iki periferik venanın kateterizasiyası (diametri №16G-dan kiçik olmamaqla): bir venaya – 500 ml kristalloid məhluluna 20 v. oksitosin əlavə edib 60 dam/dəq sürəti ilə, digər venadan – analiz (qan qrupu, Rh-faktor, Hb, Ht, trombositlər, qanın laxtalanma vaxtı Li-Uayt üsulu ilə, APTV, protrombin vaxtı, fibrinoqen) üçün qan götürdükdən sonra itirilən qanın həcminə 3:1 nisbətində kristalloid məhlulu yeritmək (cədvəl 7, 9).
- Orqanizmin həyati vacib funksiyalarına nəzarət etmək (A/T, nəbz, tənəffüsün tezliyi, diurez, huşa nəzarət).
- Sidik kisəsinin kateterizasiyası
- Qadını isitmək (üstünü örtmək, nəm mələfəni quru ilə əvəz etmək).

2-ci mərhələ. ETİOTROP MÜALİCƏ

4T faktorlarının tezliyini nəzərə almaq və taktikanın seçimində mərhələləri gözləmək vacibdir:

TONUS (70%) → TRAVMA (20%) → TOXUMA (10%) → TROMBİN (1%)

Cədvəl 6. **Etiotrop müalicə**

«***T*onus»**	«***T*ravma»**	«***T*oxuma»**	«***T*rombin»**
Uşaqlığın xarici-daxili masajı Uterotoniklər Uşaqlığın bimanual kompressiyası	Güzgülərlə baxış Yumşaq doğum yollarının cırıqlarının tikilməsi 3 sm-dən böyük olan hematomaların drenajı Çevrilmiş uşaqlığın yerinə salınması Uşaqlığın cırılması zamanı laporatomiya	Uşaqlıq boşluğunun əllə yoxlanılması Ləngimiş ciftin və ya onun qalıqlarının əllə çıxarılması Küretaj (istisna hallarda)	Qanın laxtalanma faktorlarının köçürülməsi: Təzə dondurulmuş plazma Trombositlərin transfuziyası VIIa rekombinant faktoru eptacog alfa (novoseven) protrombin kompleksin konsentratı (laxtalanma faktorları II, VII, IX, X, protein C və S) (oktapleks)

Atoniyanın müalicəsində aşağıdakı uterotoniklər istifadə oluna bilər.

Cədvəl 7. **Uterotoniklər**

Preparat	Doza	Sonrakı doza	Maksimal doza	Əks göstəriş
Oksitosin	20 v. 500 ml kristalloidlərdə v/d 60 dam/dəq sürəti ilə	20 v. 500 ml məhlulda v/d damcı ilə 40 dam/dəq sürəti ilə	Oksitosin 80 v.-dən çox olmamaqla – 3 litr məhlulda	
Oksitosin effektiv olmadıqda				
Metilerqometrin	v/d və ya ə/d 0.2 mq – 1 ml (tədricən)	Təkrar – 15 dəq sonra 0.2 mq ə/d, lazım gəldikdə – hər 4 saatdan bir 0.2 mq ə/d və ya v/d (tədricən)	5 doza (1 mq – 5 ml)	Hipertenziya Preeklampsiya Ürək xəstəlikləri
Metilerqometrin effektiv olmadıqda				
Mizoprostol	Peroral və ya rektal 600 mkq		1000 mkq	
Metilprostaqlandin* (Carboprost)*	0.25 mq ə/d və ya uşaqlıq əzələsinə	Hər 15 - 90 dəqiqədən bir 0.25 mq ə/d	8 doza Cəmi 2 mq	Ürəyin, ağciyərlərin, böyrəklərin, qaraciyərin kəskin xəstəlikləri

*Carbetocin** 100 mkq – planlı qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı oksitosinin fasiləsiz infuziyası əvəzinə 1 dəqiqə ərzində bolyus (şırınqa) formada yeridildikdə uterotoniklərə ehtiyacı azaldır**.**

Transanemik asit:

- Plazminogenin inhibitoru olub laxtanın parçalanmasının qarşısını alar
- Transanemik asit travmatik qanamalarda daha təsirlidir.
- Hematuriya yoxdursa verilə bilər
- Uterotonik yanında verilir

- 3 saat sonra hec bir fayda vermədiyindən RCOG 2016 PPQ üçün yüksək risk olan qadınlarda qeysəriyyə kəsiyi zamanı uterotoniklə paralel istifadə edilməsi tövsiyə olunur. Rutin istifadəsinin müsbət effekti təyin edilməmişdir.
- 10 ml doza (100 mq/ml) dəqiqədə 1 ml olmaqla 10 dəqiqədən çox verilməli, ümumi doza 1 q.
- Bolus şəklində verilərsə hipotenziya yarada bilər
- Həlledici müxtəlif ola bilər. Hətta oksitosin olan kanyula ilə uyğulana bilər.
- Qan , penisilin, mannitol ilə qarışdırıla bilməz.
- Hamiləlik dönəmində trombemboliyası və aktiv DDLS olan pasiyentdə istifadə olunmamalıdır.

3-cü mərhələ. İNTENSİV MÜALİCƏ Qanaxma davam etdikdə

Eyni zamanda aparılır:

- Yardıma əlavə çağırılmalıdır: şöbə müdiri, əgər qabaqcadan çağırılmayıbsa anesteziolоq-reanimatoloq, laborant, təkrar, stasionarda qan köçürməyə cavabdeh olan mütəxəssis.
- İtirilən qanın həcmini qiymətləndirmək (cədvəl 8)
- Qadının vəziyyətini qiymətləndirmək və orqanizmin həyati vacib funksiyalarına nəzarət etmək (AT, nəbz, tənəffüs tezliyi, diurez, huşun daimi monitorinqi) və reanimatoloq tərəfindən intensiv nəzarət kartında qeydiyyat aparmaq
- İzotonik məhlullarnan başlayırıq. İlk 2 l veriılir qan yoxdursa 3,5 l – dək çatdırıla bilər. Ringer laktat, isolyte S, Plasma Lyte və s.
- Daha çox məhlul istifadəsi artıq keçmişdə qalıb. 3 l üstündə infuziya koaqulapatiyaya, elektrolit miqdar pozuntularına və hipotermiyaya səbəb ola bilər. Jelofusin istifadə edilə bilər. HES hüceyrəarası sahəyə çıxır. Qaçınmaq lazımdır. Pasiyent qan itkisi ilə üz-üzə qaldığından mütləq eritrositar kütlə olduqda dərhal köçürülməlidir.
- Stabil olduqdan sonra sidik ifrazı 30 cc,s və Hb 7 dq.l olduqda əməliyyatxananı düşünürük.
- Kristalloidlərin mümkün qədər sürətli infuziyasını itirilən qanın həcminə 3:1 nisbətində davam etdirmək (infuzion terapiya

proqramı anesteziologq-reanimatoloq ilə birgə tərtib olunur)

- Əməliyyat otağını hazırlamaq
- Təkrar laborator müayinələr aparmaq
- Üzlük vasitəsilə 8 l/dəq sürətlə oksigen vermək
- Qan və qan əvəzedicilərinin təminatı
- Transfuziya zamanı laborator müayinə hedefimiz olmalıdır:
  - HgB ≥ 8qd/l
  - Trombosit ≥ 50 min/dl
  - PT ≥ norma x 1,5
  - APTT (QATZ) ≥ normal x1,5
  - Fibrinogen ≥ 200 mq/dl

Qeyd: Fibrinogen koaqulyasionprofilin əsas göstəricisidir və APTT/PT normal olduğu halda fibrinogen enməsi koaqulopatiya düşünməyə sövq edir. Koaqulopatik dəyişiklik təyin edildikdə kriopresipitata və ya fibrinogen konsentrantı verilə bilər.

Cədvəl 8. **Qan itkisinin həcminin qiymətləndirilməsi**

Dövr edən qanın həcminin (DQH) normal səviyyəsi aşağıdakı düsturla təyin olunur:

DQH (ml) = bədən çəkisi (kq)×70 (dövr edən qanın həcmi / 1 kq çəkiyə)

Məsələn: qadının bədən çəkisi 80 кq.

DQH = 80 kq × 70 = 5600 ml, əgər qadın hamilə deyilsə.

Doğan qadında DQH - 30% çox olur.

Ona görə doğan qadın üçün: $DQH = 5600 + \frac{5600 \times 30}{100} = 7280$ ml

Məsələn:

Əgər qan itkisi 3000 olarsa, o zaman qalan DQH:

7280 – 3000 = 4280 ml

Nəticədə: 7280 ml-dən 3000 ml qan itirilərsə – bu dövr edən qanın həcminin 41%-ni təşkil edir. Deməli qan itkisi 41% olmuşdur.

Cədvəl 9. **Böyük həcmli qanaxmalarda infuzion və transfuzion müalicə taktikası (müalicə taktikasının həcmi qan itkisinin faizindən asılı olaraq müəyyən olunur)**

Qanaxmanın dərəcəsi	**Norma**	**I dərəcə hipo-volemiya**	**II dərəcə yüngül şok**	**III dərəcə orta şok**	**IV dərəcə ağır şok**
Qan itkisinin həcmi (ml)	< 750	750-1500	1500-2000	2000-3000	> 3000
Qan itkisinin həcmi (%)	< 15	15 – 30	30 - 40	40 – 50	> 50
İnfuzion məhlullarla və qan komponentləri ilə müalicə	Kristal-loid məhlul-ları	Kristalloid və kolloid məhlulları	Kristal-loid və kolloid məhlul-ları + Eritrosi-tar kütlə	Kristal-loid və kolloid məhlul-ları + eritrositar kütlə + TDP	III dərəcə + trombosi-tar kütlə + kriopresi-pitat + konserv-ləşdirilmiş laxtalanma faktorları

Qeyd: Orta və ağır dərəcəli anemiyalar, hipertenziv vəziyyətlər, ekstragenital xəstəliklər zamanı daha az miqdarda qan itkisi şokun yaranmasına səbəb olduğu üçün qan komponentlərinin təyininə individual yanaşmalı.

İnfuzion məhlullar:

- ✓ Kristalloid məhlulları
- ✓ Kolloid məhlulları
- ✓ Qan və onun komponentləri

Kristalloid məhlulları: ringer-laktat, ringer-asetat*, ringer- bikarbonat*.

Ringer-Laktat – hipovolemiya zamanı seçim məhluludur.

Ringer-Asetat* – ağır şok və preeklampsiyalarda daha üstündür, çünki tərkibində Mg vardır.

Kolloid məhlulları:

- ✓ Hidroksietilnişasta məhlulu (HEK): stabizol* 10%, refortan* 6%, 10%, volüven* 6%.
- ✓ Jelatin məhlulları: qelafuzin*, qelafundin*.
- ✓ Təbii kolloidlər: Təzə dondurulmuş plazma ancaq koaqulopatiyalarda istifadə olunur (cədvəl 10).

Cədvəl 10. **Qan və onun komponentlərinin köçürülməsinə göstərişlər**

Eritro-sitar kütlə	Təzə donduru lmuş plazma	Trombo-sitar kütlə	Protrombin kompleksin konsentratı Oktapleks	Kriopresipi-tat, Villebrand və VIII faktorlarının konsentratı Vilat	Rekom-binant faktor VII a
Hb 60-100 q/l olduqda vəziyyə tdən asılı olaraq; Hb< 60 q/l	Li-Uayt üsulu ilə qanın laxtalan-ma vaxtı > 7 dəq. APTV və PV > 1,5 dəfə çoxdur DDL-s	Trombositlə r < 50.000 Anadangəl-mə və ya qazanılmış trombosito-peniya nəticəsində yaranan spontan qanaxma (trombosit-lər < 20.000)	Anadangəl-mə və qazanılmış laxtalanma sistemində dəyişikliklər Tək və ya kombinə olunmuş laxtalanma faktorlarının çatışmama-zlığı (II,VII,IX,X)	Laxtalanmanın VIII faktorun çatışmamazlığı (< 25%), Hemofiliya A və ya Villebrand xəstəliyində.	Laxtalan-manın VII faktorunun çatışma-mazlığında

Qeyd: Qanın laxtalanma faktorlarının köçürülməsi III səviyyəli doğuşayardım tibb müəssisələrində aparılmalıdır.

4-cü mərhələ. ƏMƏLİYYAT ÖNÜ TƏDBİRLƏR

Qanaxma davam etdikdə cərrahi əməliyyata hazırlıq mərhələsində qanaxmanı müvəqqəti dayandırmaq üçün tədbirlər görmək məqsədəuyğundur:

- Uşaqlığın bimanual kompressiyası
- Qarın aortasının sıxılması.
- Uşaqlıqdaxili tamponada – lazımi dərəcədə effektiv deyildir

Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üsulları qeyri-effektiv olub vaxt itkisinə səbəb ola bilər.

5-ci mərhələ. CƏRRAHİ HEMOSTAZ

Mamalıq qanaxmalarında qeyri qənaətbəxş nəticələrin əsas səbəblərindən biri cərrahi hemostazın gec aparılmasıdır.

ƏMƏLİYYAT GECİKDİRİLMƏMƏLİDİR!

Cərrahi hemostazın üsulları (bax əlavə 7):

- ✓ Uşaqlıq arteriyalarının bilateral bağlanması (damarların ardıcıl bağlanması – hər iki tərəfdən uşaqlıq arteriyasının qalxan şaxələrinin və yumurtalıq arteriyalarının).
- ✓ Uşaqlığın damar sisteminin uzunmüddətli vertikal sıxılması məqsədi ilə Bi-Linç üsulu ilə uşaqlığa cərrahi kompression tikişlərin qoyulması.
- ✓ Daxili qalça arteriyalarının bilateral bağlanması.
- ✓ Total və ya subtotal histeroktomiya.

Cərrahi müdaxilə üsulları bir neçə faktorlardan asılıdır:

- Əsas faktor – cərrahın təcrübəsi (mütəxəssisin kvalifikasiyası).
- Anamnezində doğuşların olması (diri uşaq) və yenidən uşaq doğmaq istəyi.
- Qan itkisinin həcmi (qan və dərman vasitələrini əldə etmək imkanı).
- Xəstənin ümumi vəziyyəti (intensiv terapiya şöbəsinin olması).
- Doğuşun aparıldığı müəssisənin səviyyəsi.

!! Histerektomiyanın əsaslandırılmadan aparılması çox hallarda doğuş yollarının müayinəsi və cırıqların aşkarlanması zamanı edilən diqqətsizliklə əlaqədardır.

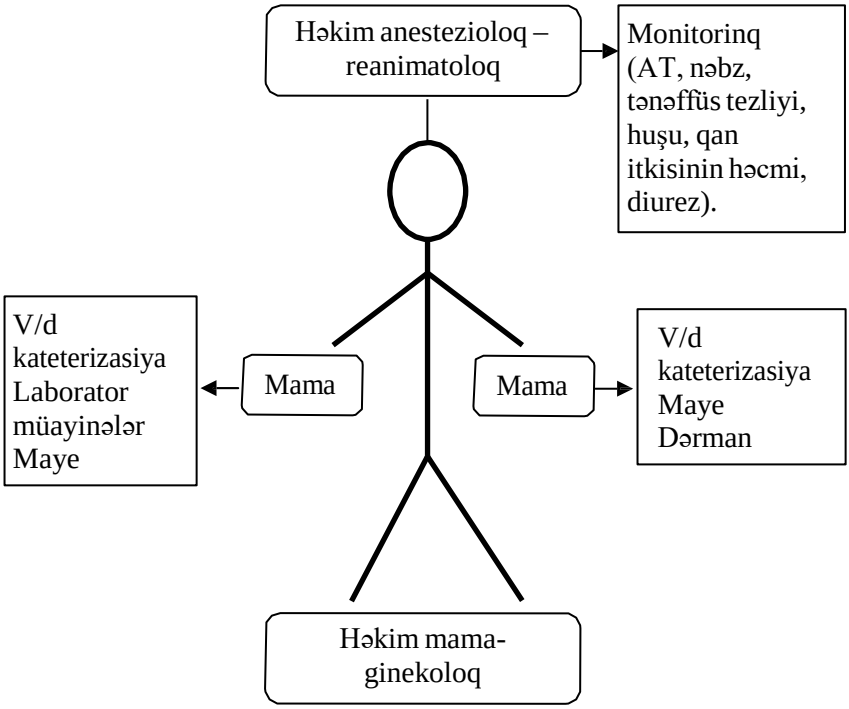
Qanaxma ciftin həqiqi bitişməsi və ya uşaqlığın cırılması ilə əlaqədardırsa və tibbi personal histeroktomiya əməliyyatını aparmaq təcrübəsinə malikdirsə vaxt itirmədən bu əməliyyata başlamaq lazımdır.

Total və ya subtotal histeroktomiya?

- Doğuşdan sonrakı qanaxmalarda histerektomiya tələb olunduğu hallarda subtotal histerektomiya çox vaxt seçim əməliyyatı olur, çünki əməliyyatın vaxtını qısaltmağa və qanaxmanı azaltmağa imkan verir.
- Əgər qanaxma uşaqlığın aşağı seqmenti və ya uşaqlıq boynundan (cırıq, cift gəlişi və ya ciftin bitişməsi) olarsa total histerektomiya əməliyyatı aparılmalıdır.

Müalicə birlikdə (komanda şəklində) aparılmalıdır.

Həkim və ya orta tibbi personal monitorinq və müalicə üzrə qeydiyyat aparır.



Doğuşdan sonrakı qanaxmaların aparılması alqoritmi

PROFİLAKTİKA **III-cü dövrün aktiv aparılması**

- Uşaq doğulduqdan sonra birinci dəqiqə ərzində 10 vahid ə/d və ya 5 vahid v/d oksitosinin yeridilməsi (qarnı palpasiya edib digər uşağın olmamasına əmin olduqdan sonra).
- Ciftin göbək ciyəsindən kontrol olunan traksiya vasitəsi ilə doğulması
- Uşaqlıq yığılana qədər onun xarici masajı

MÜALİCƏ
1-ci mərhələ
İLKİN YARDIM

Qan itkisi > 500 ml ⇩ **Qan itkisinin həcminin, qadının vəziyyətinin və aparılmış müalicə tədbirlərinin mütləq qeydiyyatı**

Eyni zamanda:

- Yardıma operativ texnikaya malik təcrübəli mama-ginekoloq, anesteziloq - reanimatoloq, laborantı çağırmaq.
- İnfuziyaya başlamaq məqsədi ilə iki periferik venanın kateterizasiyası (diametri №16G-dən kiçik olmamaqla): bir venaya – 500 ml kristalloid məhlulu + 20 v. oksitosin 60 dam/dəq sürəti ilə, digər venadan – analiz (qan qrupu, Rh-faktor, Hb, Ht, trombositlər, qanın laxtalanma vaxtı (Li-Uayt üsulu ilə), APTV, protrombin vaxtı, fibrinogen) üçün qan götürdükdən sonra itirilən qanın həcminə 3:1 nisbətində kristalloid məhlulu yeritmək
- Qadının AT, nəbz, tənəffüsün tezliyinə, diurez, huşuna nəzarət etmək.
- Sidik kisəsinin kateterizasiyası
- Qadını isitmək (üstünü örtmək, nəm mələfəni quru ilə əvəz etmək).

2-ci mərhələ
ETİOTROP MÜALİCƏ ⇩ **4T** tezliyini nəzərə almaq və taktikanın seçilməsində etaplılıq prinsipinə riayət etmək vacibdir

Tonus (70%) Uşaqlıq yumşaqdır	**Travma (20%)** Zədələnmə	**Toxuma (10%)** Ləngimə	**Trombin (1%)** Laxtalanmanın olmaması
▶ uşaqlığın xarici-daxili masajı ▶ uterotoniklər (etaplı təyinat): ✓ 20 vahid oksitosin 500 ml kristalloidlə v/d 10 dəq. ərzində; ✓ 1,0 ml metilerqometrin ə/d və ya v/d; ✓ Mizoprostol 600-1000 mkq *per os* və ya *per rectum*; ✓ 0,25 mq karboprost ə/d. ▶ Uşaqlığın bimanual kompressiyası	▶ yumşaq doğum yollarının cırıqlarının tikilməsi ▶ 3 sm-dən böyük olan hematomaların drenajı ▶ çevrilmiş uşaqlığın yerinə salınması ▶ uşaqlığın cırılması zamanı laparotomiya	▶ uşaqlıq boşluğunun əllə müayinəsi ▶ ləngimiş ciftin və ya onun qalıqlarının əllə çıxarılması ▶ küretaj (istisna hallarda)	Qanın laxtalanma faktorlarının köçürülməsi: ▶ Təzə dondurulmuş plazma ▶ Trombositlərin transfuziyası ▶ VIIa rekombinant faktoru ▶ protrombin kompleksin konsentratı (laxtalanma faktorları II, VII, IX, X, protein C və S) (oktapleks)

⇩

Qan itkisi > 1000 ml

Qan itkisinin həcminin, qadının vəziyyətinin və aparılmış müalicə tədbirlərinin mütləq qeydiyyatı

3-cü mərhələ
İNTENSİV MÜALİCƏ

Qanaxma davam etdikdə

Eyni zamanda:

- Yardıma əlavə çağırılmalıdır: şöbə müdiri, əgər əvvəldən çağırılmayıbsa anesteziolog-reanimatoloq, laborant təkrar, stasionarda qan köçürməyə cavabdeh olan mütəxəssis.
- İtirilən qanın həcmini qiymətləndirmək
- Qadının AT, nəbz, tənəffüs tezliyi, diurez, huşuna daimi nəzarət etmək
- Kristalloidlərin mümkün qədər sürətli infuziyasını itirilən qanın həcminə 3:1 nisbətində davam etdirmək)
- Əməliyyat otağını hazırlamaq
- Təkrar laborator müayinələr aparmaq.
- Üzlük vasitəsilə 8 l/dəq sürətlə oksigen vermək.
- Qan və qan əvəzedicilərinin təminatı.

4-cü mərhələ
ƏMƏLİYYAT ÖNÜ TƏDBİRLƏR

- Uşaqlığın bimanual kompressiyası
- Qarın aortasının sıxılması.

Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması üsulları qeyri-effektiv olub vaxt itkisinə səbəb ola bilər.

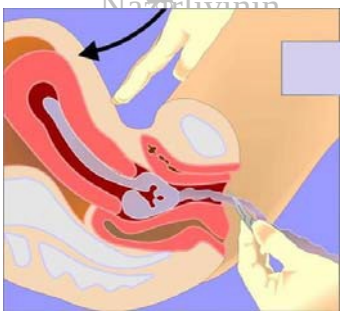
5-ci mərhəllə
CƏRRAHİ HEMOSTAZ

- Uşaqlıq arteriyalarının bilateral bağlanması (damarların ardıcıl bağlanması - hər iki tərəfdən uşaqlıq arteriyalarının qalxan şaxələrini və yumurtalıq arteriyalarını).
- Uşaqlığa B-Linç üsulu ilə cərrahi kompression tikişlərin qoyulması.
- Daxili qalça arteriyalarının bilateral bağlanması.
- Histerektomiya - total və ya subtotal.

Doğuşun 3-cü dövrünün aktiv aparılması

1. Uşaq doğulduqdan sonra birinci dəqiqə ərzində 10 vahid ə/d və ya 5 vahid v/d oksitosinin yeridilməsi (qarnı palpasiya edib digər uşağın olmamasına əmin olduqdan sonra).
2. Ciftin göbək ciyəsindən kontrol olunan traksiya vasitəsi ilə doğulması.

Şəkil 1.*



- Göbək ciyəsinin pulsasiyası dayandıqdan sonra, uşaq doğulduqdan 1 dəqiqə sonra göbək ciyəsinə aralığa yaxın sıxac qoyun.
- Bir əllə sıxılmış göbək ciyəsini bir qədər dartılmış vəziyyətdə saxlayın.
- Digər əli bilavasitə qadının qasığı üzərinə qoyun və göbək ciyəsindən kontrol olunan traksiya zamanı uşaqlığı qasıqdan geriyə çəkin. Bu, uşaqlığın çevrilməsinin qarşısını ala bilər.
- Uşaqlığın güclü yığılmasını gözləyin (2-3 dəqiqə). Uşaqlığın yığılmasını (yumrulandı, bərk oldu) və göbək ciyəsinin uzanmasını hiss edən kimi, ciftin doğulması üçün çox ehtiyatla göbək ciyəsini özünüzə tərəf aşağıya doğru (traksiya) çəkin. Göbək ciyəsini özünüzə doğru çəkərkən ciftin ayrılması əlamətlərini gözləməyin. Eyni zamanda digər əllə uşaqlığı göbək ciyəsininin traksiyasına əks istiqamətdə saxlamağı (kontrtraksiya) davam edin.
- Əgər kontrol olunan traksiya zamanı 30-40 saniyə ərzində cift aşağı enmirsə göbək ciyəsindən traksiyanı dayandırın.

*Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) is a program developed by The American Academy of Family Physicians (AAFP). “Неотложная помощь в акушерстве”, Баку, 2010/06/25-26.

- Ehtiyatla göbək ciyəsini yüngül dartılmış vəziyyətdə saxlayın və uşaqlığın növbəti yığılmasını gözləyin.
- Göbək ciyəsi uzandıqca sıxacı qadının aralığına daha yaxın olan hissəsinə qoyun.
- Uşaqlığın növbəti yığılması zamanı göbək ciyəsindən kontrol olunan traksiyanı eyni zamanda əks istiqamətdə aparılan kontrtraksiya ilə birgə təkrar edin.
- **Heç bir zaman göbək ciyəsinin traksiyasını (dartma) yaxşı yığılmış uşaqlığın kontrtraksiyasını (geriyə doğru çəkilməsi) aparmadan etməyin**.
- Cift doğularkən nazik dölyanı qişalar cırıla bilər. Cift doğulana qədər cifti hər iki əlinizlə tutaraq dölyanı qişaları ehtiyatla fırladın.
- Doğuşun başa çatması üçün ehtiyatla cifti özünüzə doğru çəkin. Ciftin tamlığına əmin olmaq üçün onu diqqətlə müayinə edin. Əgər cift səthinin bir hissəsi yoxdursa və ya qişalar arası damarlar təyin edilirsə, cift qalıqlarının uşaqlıq boşluğunda qalmasından şübhələnməyə əsas var. Bu halda gərəkli tədbirləri aparmaq lazımdır.

3. Qarnın ön divarından uşaqlığın yığılana qədər xarici masajı.

- Cift doğulduqdan dərhal sonra qarnın ön divarından uşaqlığın yığılana qədər xarici masajını edin.
- Doğuşdan sonra ilk bir saat ərzində hər 15 dəqiqədən bir
- Doğuşdan sonra 2-ci saat ərzində hər 30 dəqiqədən bir
- İlk sutka ərzində hər 4 saatdan bir

Şəkil 2.[*]



[*]Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) is a program developed by The American Academy of Family Physicians (AAFP). “Неотложная помощь в акушерстве”, Баку, 2010/06/25-26.

Ciftin və onun hissələrinin xaric edilməsi

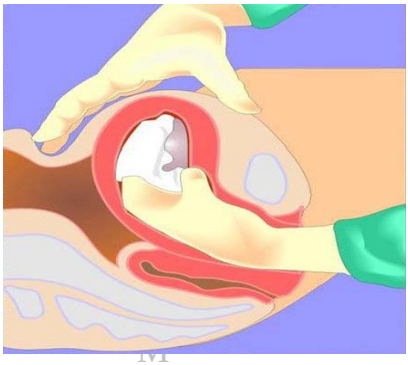
Ciftin əllə xaric edilməsi.

İcra texnikası:

- Uşaqlığın massajını dayandırmaq
- Ayrılma sahələrini müəyyən etmək/tapmaq
- Cifti ovucla tutmaq və xaric etmək
- Uşaqlıq boşluğunu müayinə etmək
- Oksitosin yeritmək

Cift qalıqlarının əllə xaric edilməsi

Şəkil 3.[*]



İcra texnikası:

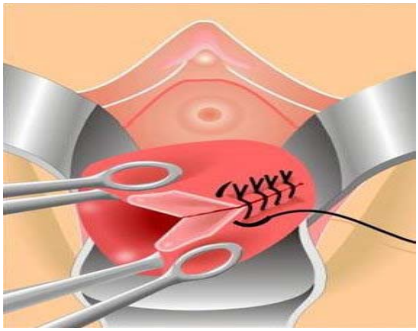
- Uşaqlıq boşluğunun əllə müayinəsi
- Cift qalıqlarının və ləngimiş qişaların xaric edilməsi

[*]Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) is a program developed by The American Academy of Family Physicians (AAFP). “Неотложная помощь в акушерстве”, Баку, 2010/06/25-26.

Əlavə № 3

Uşaqlıq boynunun cırıqlarının tikilməsi

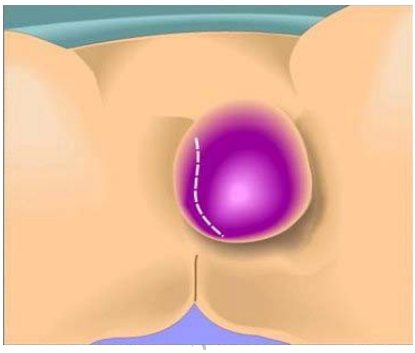
Şəkil 4.[*]



Əlavə № 4

Vulvanın hematomasının açılması

Şəkil 5.[*]



[*]Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) is a program developed by The American Academy of Family Physicians (AAFP). “Неотложная помощь в акушерстве”, Баку, 2010/06/25-26.

Çevrilmiş uşaqlığın yerinə salınması

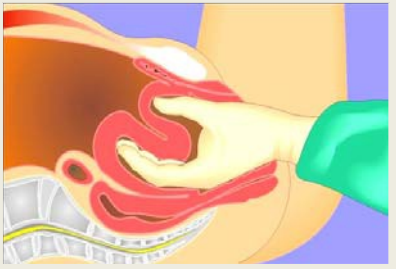
a) Uşaqlıq çevrilməsini aşkar etmək

Şəkil 6.*



b) Uşaqlıq boynundan uşaqlığın yerinə salınması

Şəkil 7.*



c) Çevrilmiş uşaqlığın bərpası.

Şəkil 8.*

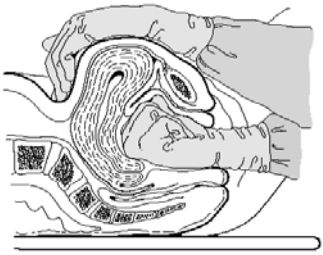


*Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) is a program developed by The American Academy of Family Physicians (AAFP). “Неотложная помощь в акушерстве”, Баку, 2010/06/25-26.

Qanaxmanın müvəqqəti dayandırılma üsulları

1. Uşaqlığın bimanual kompressiyası

Şəkil 9.[*]



İcra texnikası:

- Steril əlcəkdə əli uşaqlıq yoluna daxil edin və yumruqda sıxın
- Yumruğu ön tağda yerləşdirin və onunla uşaqlığın ön divarını sıxın
- Digər əllə qarnın ön divarından uşaqlığın arxa divarını, uşaqlıq yoluna daxil edilmiş əl istiqamətində sıxın
- Qanaxma dayanana və uşaqlıq yığılmağa başlayana qədər sıxmağa davam edin
- Bəzən bu qanaxmanın dayanması üçün yekun üsul ola bilər.

Bimanual kompressiya ilə uşaqlığın xarici-daxili masajının müqayisəsi

Bimanual kompressiya	Xarici-daxili masaj
Üstünlüklər Uşaqlıq boşdur Qanaxma yeri sıxılmışdır İnfeksiyalaşma riski yoxdur Tromboplastinlər qan dövranına keçmir Ağrısızlaşma tələb olunmur	**Çatışmazlıqlar** Uşaqlıq boş deyil Uşaqlıq daxilində yad cisim olmaqla yığılmaq məcburiyyətində olur İnfeksiyalaşma riski vardır Tromboplastinlər qan dövranına keçir Ağrısızlaşma vacibdir
Çatışmazlıqlar Qalmış qişanın olmasını və ya uşaqlığın cırılmasını yoxlamaq mümkün deyil.	**Üstünlüklər** Qalmış qişanın olmasını və ya uşaqlığın cırılmasını yoxlamaq mümkündür

[*]Клинические протоколы, часть «Кровотечения». Российский Институт Здоровья Семьи с Агентством США по международному развитию, проект «Мать и дитя». 2008 г., 3-е издание

2. Qarın aortasının sıxılması

Şəkil 10.*



İcra texnikası:

- Birbaşa qarnın ön divarından yumruq vasitəsilə qarın aortasını aşağıya doğru sıxın.
- Sıxılma nöqtəsi bilavasitə göbəyin üstündə və bir qədər sola doğru yerləşmişdir.
- Doğuşdan sonrakı erkən dövrdə aortanın pulsasiyası qarnın ön divarından asanlıqla müəyyən edilə bilər.
- Sıxılmanın düzgün aparıldığını müəyyən etmək üçün digər əl ilə bud arteriyasında nəbzi palpasiya edin.
- Əgər nəbz müəyyən edilirsə, yumruqla edilən təzyiq yetərli deyil (və ya əksinə).
- Qanaxma dayanana qədər aortanı sıxmaq lazımdır.

3. Uşaqlıqdaxili tamponada

Şəkil 11.*



İcra texnikası:

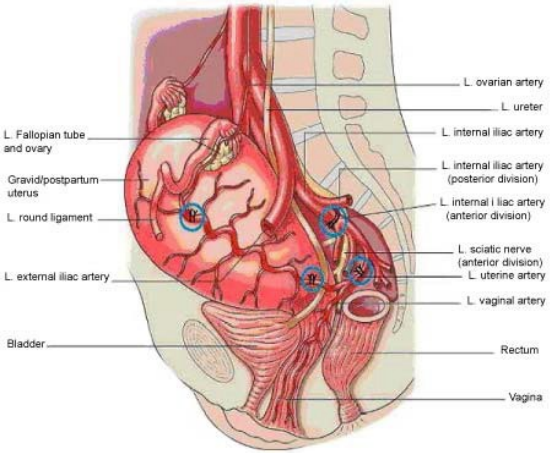
Uşaqlıq boşluğuna içərisi 180-360 ml fizioloji məhlulla doldurula bilən ballon kateter daxil edin. Qanaxma dayandıqda kateter 12-24 saat uşaqlıq boşluğunda saxlanıla bilər.

*Клинические протоколы, часть «Кровотечения». Российский Институт Здоровья Семьи с Агентством США по международному развитию, проект «Мать и дитя». 2008 г., 3-е издание

Cərrahi hemostaz üsulları

1. Uşaqlıq arteriyalarının qalxan şaxələrinin və yumurtalıq arteriyalarının hər iki tərəfdən ardıcıl bağlanması.

Şəkil 12.*



Uşaqlıq və yumurtalıq arteriyalarının bağlanması texnikası:

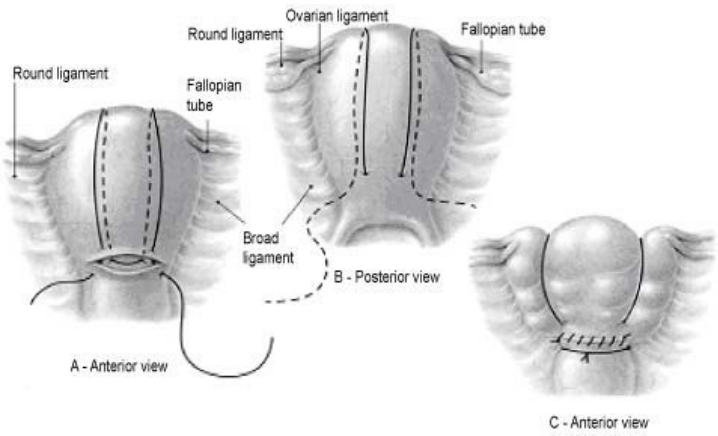
- Enli bağın aşağı hissəsinə keçmək üçün uşaqlığı arxaya çəkmək.
- Uşaqlıq boynunun uşaqlığa keçən hissəsində uşaqlıq arteriyasının pulsasiyasını təyin etmək.
- № 0 xromlaşdırılmış ketqut (və ya poliqlikol sap) və böyük iynə vasitəsilə uşaqlığın aşağı seqmentində köndələn kəsik ehtimal edilən səviyyədə 2-3 sm uşaqlıq əzələsini götürməklə arteriya ətrafına sap salmaq və liqaturanı möhkəm sıxmaq.
- Sidik axarı uşaqlıq arteriyasından 1 sm lateral yerləşdiyindən tikişi uşaqlıq cisminə mümkün qədər yaxın qoymaq lazımdır. Əməliyyatı digər tərəfdən təkrar etmək.
- **Arteriya cırıldıqdan** qanaxmanı dayandırmaq məqsədi ilə sıxac qoymaq.
  - ✓ Uşaqlıq arteriyasının yumurtalıq şaxəsini yumurtalığın saxlayıcı bağının uşaqlığa birləşən yerindən bir qədər aşağıda bağlamaq
  - ✓ Digər tərəfdən təkrar etmək

*Клинические протоколы, часть «Кровотечения». Российский Институт Здоровья Семьи с Агентством США по международному развитию, проект «Мать и дитя». 2008 г., 3-е издание

- Hemostaza nazərət.
- Qarın boşluğunu tikmək.

2. B-Linç üsulu ilə cərrahi kompression tikişlərin qoyulması

Şəkil 13.*



İcra texnikası:

- Aşağı köndələn histerektomiya (vaginal doğuşdan sonrakı qanaxmalar zamanı)
- Sidik kisəsini önə doğru çəkib ilk tikişi kəsiyin aşağı kənarından 3 sm aşağıda aparmaq (qeysəriyyə kəsiyi zamanı ilk tikiş kəsik kənarından solda aparılır)
- Uşaqlığın yan divarından 4 sm aralı olmaqla sapı uşaqlıq boşluğundan keçirtmək
- Növbəti tikişi uşaqlığın arxa divarından uşaqlıq-oma bağlarının üzərindən köndələn istiqamətdə uşaqlığın bütün qatlarından keçməklə aparmaq
- Tikişi çəkməklə uşaqlığı möhkəm sıxmaq
- Uşaqlıqdakı kəsiyi tikmək

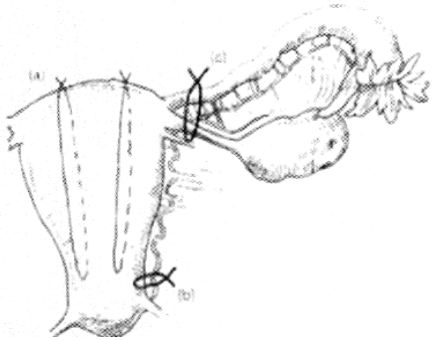
Kompression tikişlərin modifikasiyaları mümkündür.

Cift gəlişi zamanı uşaqlığın aşağı seqmentinə köndələn kompression tikişin qoyulması effektivdir.

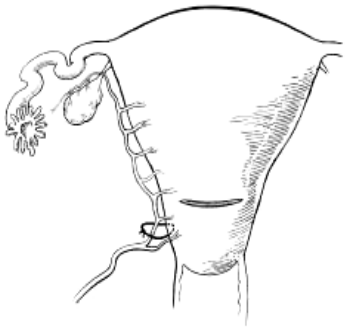
*Клинические протоколы, часть «Кровотечения». Российский Институт Здоровья Семьи с Агентством США по международному развитию, проект «Мать и дитя». 2008 г., 3-е издание

3. Kompression tikişlər və uşaqlıq arteriyalarının bağlanması (Haymenə görə)

Şəkil 14.*



Şəkil 15. **



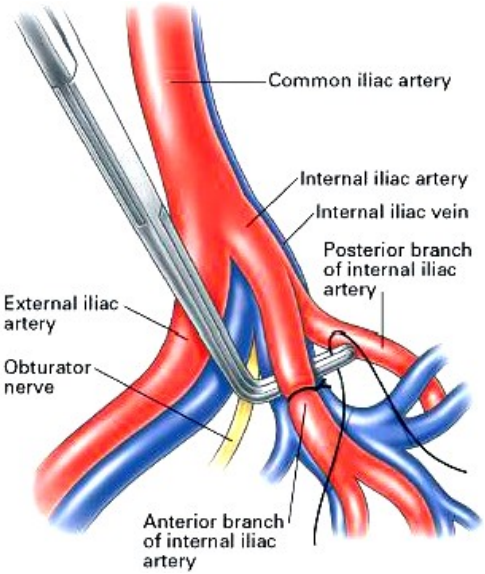
Haymenə görə kompression tikişlərin qoyulması zamanı uşaqlığın aşağı seqmenti və ya uşaqlıq boşluğu açılmır.

*R.Hayman et al, Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. Obstet. Gynecol., 2002, 99,502-506.

**N.Schuurmans, C. MacKinnon et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage. SOGC Clinical Practice Guidelines, № 88, April 2000.

4. Daxili qalça arteriyalarının bağlanması

Şəkil 16.[*]



[*] Клинические протоколы, часть «Кровотечения». Российский Институт Здоровья Семьи и Агентство США по международному развитию, проект «Мать и дитя». 2008 г., 3-е издание.

Cərrahi müalicənin aparılması barədə məlumatlandırılmanın razılıq forması

Cərrahi müalicə

Formanın tərtibi zamanı 3 məqamı qeyd etmək lazımdır.

1. Qadının razılığı.
2. Əgər qadın huşsuz vəziyyətdədirsə, onun qohumlarının razılığı.
3. Əgər cərrahi müdaxilə həyati vacib göstərişlərlə icra olunursa, 3 həkimdən ibarət konsiliumun imzası tələb olunur.

CƏRRAHİ ƏMƏLİYYATA RAZILIQ (nümunə)

Hazırkı sənədi imzalayaraq mən (və ya qohumu),
S.A.A. _____
_____ yaşda, _____
_____
_____ ünvanda yaşayan əməliyyata könüllü sürətdə razılıq verirəm və stasionarın personalından bunu etməyi xahiş edirəm. Təsdiq edirəm ki, mən qarşıdakı əməliyyatın xarakteri haqqında məlumatlandırılmışam.

- Mənə başa salınıb və mən anlayıram ki, əməliyyat zamanı gözlənilməyən hallar və ağırlaşmalar baş verə bilər. Buna görə, mən lazım olarsa əməliyyatın istiqamətini həkimlər tərəfindən dəyişdirilməsini onların ixtiyarına buraxıram. Mən risk faktorları haqda məlumatlandırılmışam və başa düşürəm ki, əməliyyat zamanı qan itkisi, infeksion ağırlaşmalar, orqanizmin ürək-damar və digər orqanların fəaliyyətinin pozulması və hətta uğursuz nəticə ola bilər.
- Bir çox hallarda təkrar əməliyyat olacağı və o cümlədən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların ola biləcəyi haqqında mənə xəbərdarlıq edilib və mən buna icazə verirəm.
- Mən bilirəm ki, sağlamlığımla bağlı bütün problemləri həkimdən gizlətməməli və onu məlumatlandırmalıyam. Eyni zamanda dərman vasitələrinə olan allergik reaksiya, keçirilmiş bütün xəstəliklər, qəbul olunan dərman vasitələri, irsi xəstəliklərim və həmçinin alkoqoldan, narkotik dərman vasitələrindən və ya

toksiki vasitələrdən sui-istifadə haqqında doğru məlumat verməliyəm.

- Mən bilirəm ki, əməliyyat zamanı qan itkisi ola bilər və qan (və ya komponentlərinin) köçürülməsinə öz razılığımı verirəm.
- Mən hazırkı sənədin bütün maddələri ilə tanış olmuşam, müddəalar mənə başa salınıb və mənə aydındır.

Pasiyentin (və ya qohumun) imzası:

_____

Mənim iştirakımla imzalanmışdır:

Həkim_____imza _____

«____» _____

_____ il

Ədəbiyyat:

1. Zahılıq dövrünün qanaxmaları üzrə klinik protokol – 36 səh, Bakı – 2011 https://www.isim.az/upload/File/reports/46_Zahiliq_dovrunun_qanaxmalari_W.pdf
2. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Green-top Guideline No. 52 December 2016 https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14178
3. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации. Москва 2018 https://intensive-care.ru/wp-content/uploads/2019/11/1.pdf
4. Послеродовые кровотечения. Клинические рекомендации «Российское общество акушеров-гинекологов» https://www.arfpoint.ru/wp-content/uploads/2021/05/poslerodovoe-krovotechenie.pdf