

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM  
VAZIRLIGI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**TIBBIYOTNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI**

**ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**ASRANQULOVA DILORAM BAXTIYAROVNA**

**AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA  
fanidan**

**AKUSHERLIKDA QON KETISH**

**O‘QUV QO‘LLANMA  
(magistrlar, klinik ordinatorlar, akusher-ginekologlar uchun)**

**Andijon 2022**

Andijon davlat tibbiyot instituti  
Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1

**Muallif:**

Asrankulova D.B. - Tibbiyot fanlari doktori, dotsent - Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri №1 ASMI

**Taqrizchilar:**

YAkubova O.A.- t.f.n.,dotsent, ADTI VMO va QT fakulteti Akusherlik - ginekologiya, onkologiya, plastik xirurgiya va tibbiy kosmetologiya kafedrası mudiri

Najmutdinova D.K.-t.f.d.,dotsent, TTA VMOF 2- Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri

## ANNOTATSIYA

Homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi erta davrning eng tez-tez uchraydigan va jiddiy asoratlaridan biri qon ketishdir. Onalar o'limi sabablari tarkibida qon ketishi birinchi o'rinlardan biridir. Homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning katta va perinatal yo'qolishi. Ko'pincha qon ketish (ko'pincha massiv) platsenta oldingi davrda, normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi, tug'ruqning uchinchi bosqichida platsenta ajralish patologiyasi, tug'ruqdan keyingi erta davrda bachadonning gipo- va atonik holati bilan bog'liq. Qon ketishi gemorragik shokga olib kelishi va qon koagulyatsiyasi tizimidagi buzilishlar bilan birga bo'lishi mumkin.

Davolash usullarini ishlab chiqish va joriy etishda, akusherlik qon ketishining oldini olishda sezilarli yutuqlarga erishilganiga qaramay, bemorning hayotini saqlab qolish va tiklanish asosi o'z vaqtida va sifatli tibbiy yordam ko'rsatishga qodir ko'p tarmoqli jamoaning samarali va yaxshi tashkil etilgan ishida yotadi. g'amxo'rlik. Bu ma'noda malakali yordam ko'rsatishning yagona ishlab chiqilgan yondashuvlari va standartlari muhim rol o'ynaydi.

Qo'llanma akusherlik qon ketishi muammosi bo'yicha zamonaviy qarashlarni aks ettiradi, butun dunyo bo'ylab ushbu yo'nalishda olib borilgan eng yirik tadqiqotlar natijalaridan kelib chiqqan holda parvarish qilish va oldini olishning asosiy usullarini tavsiflaydi. Bo'limlar shifokorga tug'ruqdan keyingi qon ketishini oldindan ko'rish, oldini olish va bemorga samarali yordam ko'rsatishga yordam beradigan tarzda tuzilgan. Klinik qism ushbu patologiyaning rivojlanishining oldini olish va prognoz qilish usullarini tavsiflaydi. Qon ketishni to'xtatish bo'yicha chora-tadbirlarni bosqichma-bosqich amalga oshirishga katta e'tibor qaratiladi, bu ham individual tavsiyalarda, ham ishlab chiqilgan harakatlar algoritmidan aks etadi.

Rivojlangan DVS, gemorragik shok bo'lgan ayollarga yordam ko'rsatish variantlari batafsil keltirilgan.

## **QISQARTMALAR RO'YXATI**

<b>MVB</b>	-	markaziy venoz bosim
<b>AB</b>	-	arterial bosim
<b>PFQT</b>	-	plazmaning faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
<b>RIT</b>	-	reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi
<b>AQH</b>	-	aylanma qon hajmi
<b>QQS</b>	-	qon quyish stantsiyasi
<b>YMP</b>	-	yangi muzlatilgan plazma
<b>AK</b>	-	aminokaproik kislota

## MUNDARIJA

ANNOTATSIYA .....	3
Kirish.....	8
<b>1-BOB. AKUSHERLIKDA QON KETISH.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Platsenta praevia taqdimoti.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.1. Tasniflash. ....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.2. Etiologiyasi va patogenezi.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.3. Klinik rasm. ....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.4.Diagnostika.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1.5. Differentsial diagnostika .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.6. Davolash .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2. Normal joylashgan platsentani barvaqt ko'chishi .....</b>	<b>23</b>
<b>1.2.1. Etiologiyasi va patogenezi.....</b>	<b>24</b>
<b>1.2.2. Klinik rasm. ....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.3. Diagnostika.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2.4. Differentsial diagnostika .....</b>	<b>30</b>
<b>1.2.5. Homiladorlik va tug'ruqni boshqarish.....</b>	<b>29</b>
<b>1.3. Platsenta anomaliyasi.....</b>	<b>33</b>
<b>1.3.1. Etiologiyasi va patogenezi.....</b>	<b>34</b>
<b>1.3.2. Klinik rasm .....</b>	<b>35</b>
<b>1.3.3. Diagnostika.....</b>	<b>35</b>
<b>1.4. Tug'ruqdan so'ng gipo- va atonik qon keshishlar .....</b>	<b>36</b>
<b>1.5. SHokdan so'ng qon ketishlar .....</b>	<b>37</b>
<b>1.6. Tug'ruqdan keyingi kechki qon ketish .....</b>	<b>40</b>
<b>1.7. Idopatik trombositopeniya .....</b>	<b>40</b>
<b>1.8. Villebrend kasalligi.....</b>	<b>40</b>
<b>2-BOB. GEMORRAGIK SHOK .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1. Gemorragik shokning klinik ko'rinishi va asoratlari.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2. Gemorragik shokning patofiziologiyasi. ....</b>	<b>43</b>
<b>2.3. Gemorragik shokning tasnifi.....</b>	<b>43</b>
<b>2.4. Xavf omillari .....</b>	<b>45</b>
<b>2.5. Kirish .....</b>	<b>46</b>
<b>3-BOB. GEMOSTAZ TIZIMINING FIZIOLOGIYASI .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1.Fiziologik homiladorlik davrida gemokoagulyatsiya tizimining</b>	

holatining xususiyatlari.....	54
<b>3.2. DVS etiopatogenezi.....</b>	<b>56</b>
<b>3.3. Tasniflash. ....</b>	<b>58</b>
<b>3.4. Klinika. ....</b>	<b>63</b>
<b>3.5. Gemostazning buzilishi diagnostikasi. ....</b>	<b>64</b>
<b>DVS-sindromini intensiv davolash. ....</b>	<b>69</b>
<b>4-BOB. QON KETISH PROFILAKTIKASI. ....</b>	<b>77</b>
<b>4.1. Tug'ruqdan keyingi qon ketishini profilaktikasi. ....</b>	<b>77</b>
<b>4.2. Tug'ruqdan keyingi qon ketishini bashorat qilish.....</b>	<b>79</b>
<b>4.2.1. Tug'ruq oldin aniqlangan xavf omillari.....</b>	<b>79</b>
<b>4.2.2. Tug'ruq vaqtidagi xavf omillari.....</b>	<b>81</b>
<b>4.3. Antikoagulyantlarni qabul qilish va tug'ruqdan keyingi qon ketishlar rivojlanishi .....</b>	<b>82</b>
<b>4.4. Chilla davri qon ketishlarining gematologik asos buzilishlari .....</b>	<b>83</b>
<b>5-BOB. TUG'RUQDAN KEYINGI QON KETGAN BEMORLARNI OLIB BORISH TAKSTIKASI .....</b>	<b>84</b>
<b>5.1. Parvarish komponentlari.....</b>	<b>84</b>
<b>5.2. Tegishli xizmatlar va mutaxassislarni xabardor qilish .....</b>	<b>85</b>
<b>5.3. Reanimatsiya tadbirlari.....</b>	<b>86</b>
<b>5.3.1. Kristalloid eritmalar .....</b>	<b>87</b>
<b>5.3.2. Kolloid eritmalar .....</b>	<b>88</b>
<b>5.4. Kuzatish va tekshirish.....</b>	<b>90</b>
<b>5.5. Qon ketishini to'xtatish.....</b>	<b>92</b>
<b>6-BOB. QON PREPARATLARINI QUYILISHINI RAD ETGAN BEMORGA REANIMATSION CHORALARINI O'TKAZILISHI.....</b>	<b>95</b>
<b>6.1. Antenatal tayyorgarlik.....</b>	<b>96</b>
<b>6.2. Tug'ruq.....</b>	<b>96</b>
<b>6.3. Qon ketish .....</b>	<b>96</b>
<b>6.4. Keyingi parvarish .....</b>	<b>97</b>
<b>6.5. Xavf omillari .....</b>	<b>979</b>
<b>6.6. Kirish .....</b>	<b>100</b>
<b>6.6.1. Kislorod bilan ta'minlash .....</b>	<b>99</b>
<b>6.6.2. AQHni tiklash.....</b>	<b>99</b>
<b>6.6.3. Kristalloid va kolloid eritmalar .....</b>	<b>101</b>
<b>6.6.4. Transfuzion terapiya.....</b>	<b>103</b>

<b>6.7. Dori vositalari.....</b>	<b>106</b>
<b>6.8. Terapiya samaradorligini baholash.....</b>	<b>105</b>
<b>6.9. Qon ketishni to'xtatish (gemorragik shok sababini yo'q qilish).....</b>	<b>106</b>
<b>7-BOB. TUG'RUQNI 3- DAVRIDAGI QON KETISHNI OLDINI OLISH .....</b>	<b>107</b>
<b>7.1. Uterotonik vositalardan foydalanish .....</b>	<b>107</b>
<b>7.2. Boshqariladigan traksiylarni amalga oshirish .....</b>	<b>108</b>
<b>XULOSA .....</b>	<b>110</b>
<b>TESTLAR:.....</b>	<b>116</b>
<b>TEST SAVOLLARI:.....</b>	<b>118</b>
<b>ADABIYOTLAR:.....</b>	<b>121</b>

## Kirish

Og'ir qon ketish butun dunyo bo'ylab onalar o'limining asosiy sababidir. Barcha tug'ilish o'limlarining to'rtidan bir qismi qon ketishi bilan bog'liq. Turli mamlakatlardagi foiz 10% dan 60% gacha. Omon qolgan ayollarning aksariyati uzoq muddatli oqibatlariga olib keladi: kamqonlik, transfüzyondan keyingi asoratlar, OIV va boshqalar tug'ruqdan keyingi qon ketishining oqibatlarini faqat diqqat bilan kuzatish, o'z vaqtida tashxis qo'yish va darhol davolash orqali kamaytirish mumkin.

Sog'liqni saqlash vazirligi, yetakchi ekspertlar va xalqaro tashkilotlarning ulkan sa'y-harakatlari O'zbekistonda yangi texnologiyalar, akusherlik patologiyasining asosiy turlarini oldini olish va davolash usullarini joriy etish orqali onalar o'limini kamaytirishga qaratilgan.

So'nggi o'n yillikda og'ir holatlarni aniqlash va tahlil qilishoma'lum onalik asoratlari muqobil yoki qo'shimcha sifatida ko'rib chiqiladi onalar o'limi muammosini o'rganishga [2-6]. Ayol o'lim yoqasida bo'lgan eng og'ir, tanqidiy deb ataladigan holatlar bugungi kunda onalar salomatligini muhofaza qilish xizmatlari faoliyatini baholash va takomillashtirishning muhim ko'rsatkichi hisoblanadi [2,5].

O'zbekistonda akusherlik yordami sifatini yanada oshirish maqsadida akusherlik amaliyotida tanqidiy holatlar auditi dasturi (AKS) joriy etildi. Sog'liqni saqlash vazirligixalqaro hamkorlar (JSST, UNFPA, UNICEF) ko'magida O'zbekiston Respublikasi tug'ruqxona muassasalarida akusherlik amaliyotida o'ta og'ir vaziyatlarni tekshirish va onalar o'limini maxfiy tekshirish bo'yicha Milliy standart ishlab chiqildi [1]. Akusherlik amaliyotida tanqidiy holat bo'lgan ayoldir o'limga yaqin, ammo homiladorlik, tug'ish paytida asoratlardan keyin omon qoldi yoki yetkazib berilgandan keyin 42 kun ichida.

ACSning asosiy maqsadi oldini olish mumkin bo'lgan onani kamaytirishdir va kasallanish va o'lim. ACN siklining asosiy maqsadi tibbiy xizmat sifatini yaxshilashga yordam beradigan sohalarni aniqlash, aniqlangan muammolarni hal



qilish yo'llarini topish va amalga oshirishdir. Jarayonning yakuniy maqsadi tibbiy yordam sifatini oshirish bo'yicha aniq harakatlarga turtki berishdir [5,6].

Akusherlik qon ketishi - reproduktiv funktsiyani bajarish bilan bog'liq bo'lgan bachadondan va reproduktiv tizimning boshqa organlaridan qon ketishi.

Qon ketish, onalar kasallanishi va o'limining sababi sifatida, uzoq vaqt davomida dunyoda etakchi sabablardan biri bo'lib kelgan. Aksariyat mutaxassislarning fikriga ko'ra, bu patologiya ona o'limining beshta asosiy sabablaridan biri bo'lib, har yili yuz mingdan ortiq odamning hayotiga zomin bo'ladi. Ushbu patologiyaning rivojlanishining makkorligi va tez tabiati har bir amaliyotchi akusher-ginekologga ma'lum bo'lib, bu qon ketishining eng kichik belgilarini jiddiylik bilan ko'rishga va to'liq klinik shakllangan taqdirda qat'iy choralar ko'rishga majbur qiladi. rasm.

Qo'llanma akusherlik qon ketishi muammosi bo'yicha zamonaviy qarashlarni aks ettiradi, butun dunyo bo'ylab ushbu yo'nalishda olib borilgan eng yirik tadqiqotlar natijalaridan kelib chiqadigan yordam va oldini olishning asosiy usullarini tavsiflaydi. Qo'llanmaning bo'limlari shifokorga tug'ruqdan keyingi qon ketishini oldindan bilish, oldini olish va bemorga samarali yordam ko'rsatishga yordam beradigan tarzda ishlab chiqilgan. Shuning uchun klinik qismning birinchi sahifalarida ushbu patologiyaning rivojlanishining oldini olish va prognoz qilish usullari tasvirlangan. Qon ketishni to'xtatish bo'yicha chora-tadbirlarni bosqichma-bosqich amalga oshirishga katta e'tibor qaratiladi, bu ham individual tavsiyalarda, ham ishlab chiqilgan harakatlar algoritmidan aks etadi.

Klinik amaliyotda shifokorlar qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan bemorlar bilan shug'ullanishlari kerakligi sababli, bu muammoga katta e'tibor beriladi. Rivojlangan gemorragik shok bo'lgan ayollarga yordam ko'rsatish variantlari batafsil keltirilgan.

Ta'kidlash joizki, qo'llanmaning tavsiyalari O'zbekiston sharoitiga moslashtirilgan va bu nafaqat yangi ma'lumotlar manbai, balki amaliy sog'liqni saqlash sohasidagi akusher-ginekologlar uchun amaliy qo'llanma sifatida ham qimmatlidir.

## **1-BOB. AKUSHERLIK QON KETISHI**

Homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi erta davrning eng tez-tez uchraydigan va jiddiy asoratlaridan biri qon ketishdir. Onalar o'limi sabablari tarkibida qon ketishi birinchi o'rinlardan biridir. Homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning katta va perinatal yo'qolishi.

Akusherlik qon ketishi- bu homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi va erta tug'ruqdan keyingi davrda tug'ish funksiyasini bajarish bilan bog'liq bo'lgan bachadon va reproduktiv tizimning boshqa organlaridan patologik qon ketishlar guruhi. Ular onalar va perinatal o'lim sabablari ro'yxatida birinchi o'rinlardan birini egallaydi.

### **Homiladorlik paytida qon ketishining xavf omillari:**

1. Plasentaning muddatidan oldin ajralishi.
2. Tashxislangan plasenta previa.
3. Ko'p homiladorlik.
4. Preeklampsi.
5. Antikoagulyantlardan foydalanish.
6. SARS, bronxopnevmoniya
7. Septik sharoitlar.
8. Gepatozlar, HELLP-sindromi.

### **Tug'ilishdagi xavf omillari.**

1. Kesariya bilan tug'ish.
2. Tug'ilgandan keyin kechikish.
3. Epiziotomiya
4. Vaginal tug'ish uchun operativ yordam vositalari.
5. Uzoq muddatli mehnat > 12 soat
6. Katta meva > 4 kg.
7. Tug'ruq paytida isitma.
8. Antikoagulyantlardan foydalanish.

9. Preeklampsiyada tug'ish.
10. Trombotsitopatiya va trombotsitopeniya.
11. Septik sharoitlar.
12. Gepatozlar, HELLP-sindromi.
13. SARS, bronxopnevmoniya

### **Homiladorlik paytida qon ketishi:**

PONRP

plasenta previa

Jinsiy organlarning varikoz tomirlarining yorilishi

Bachadon bo'yni saratoni

Bachadonning yorilishi

### **Tug'ruq paytida qon ketishi:**

PONRP

Bachadonning yorilishi

Plasantaning qattiq biriktirilishi va haqiqiy akkretasi

### **Postpartum qon ketish:**

platsenta to'qimalarining nuqsoni

Bachadonning gipo- va atoniyasi

Tug'ilish kanalining shikastlanishi va bachadon yorilishi

Koagulopatik qon ketish

Ko'pincha qon ketish (ko'pincha massiv) yo'ldoshning oldingi qismi, normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi bilan bog'liq bo'lib, shuningdek: 1) tug'ilish kanalining yumshoq to'qimalariga (bachadon bo'yni, perineum, qin, bachadon bo'yni to'qimalariga) shikast etkazishi mumkin. klitoris); 2) ajratilgan platsenta va uning qismlarini bachadonda ushlab turish (buzish); 3) platsentaning zich biriktirilishi yoki o'sishi; 4) bachadonning gipotenziviyasi (atoniyasi); 5) qon ivish tizimining buzilishi (qon kasalliklari). Qon ketishi gemorragik shokga olib kelishi mumkin.

## 1.1. Platsenta praevia taqdimoti

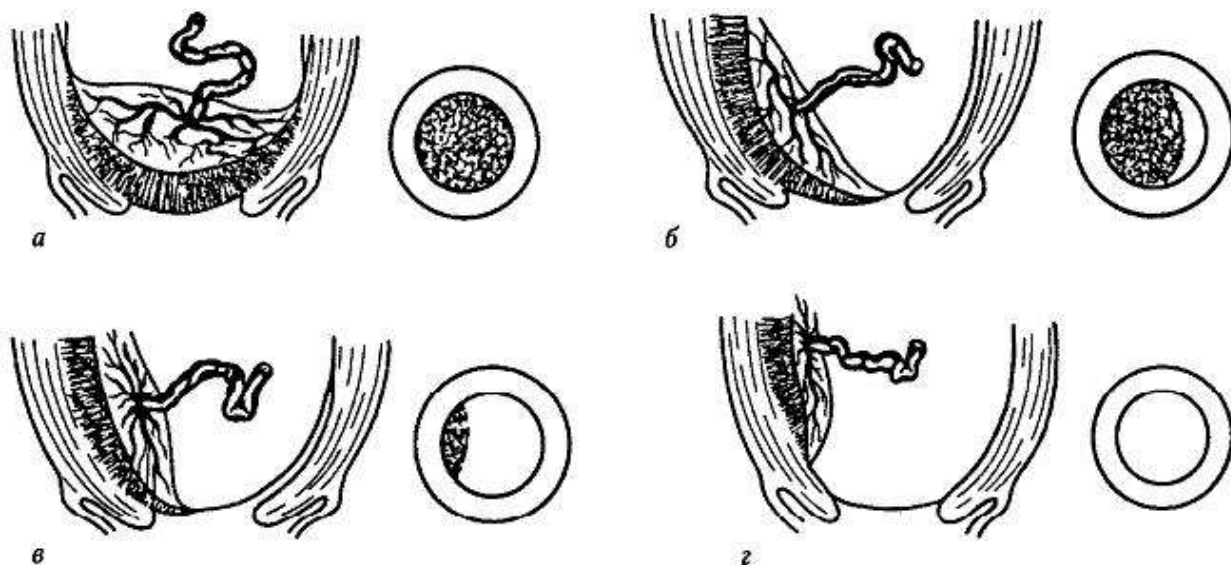
Plasenta previa (platsenta previa) - bu uning noto'g'ri joylashishi: bachadon tanasi o'rniga platsenta u yoki bu darajada pastki segmentni ushlaydi. Ushbu asoratning chastotasi tug'ilishning umumiy sonining 0,5-0,8% ni tashkil qiladi.

**1.1.1. Tasniflash.** Ko'pgina zamonaviy mualliflar "platsentaning past joylashuvi" tushunchasini, uning chekkasi yaqinroq bo'lganda ajratib turadilar 5 sm (normaning shartli chegarasi) ichki farenksdan, tug'ilishda pastki segmentning yakuniy joylashishi bilan u qisman uning yuqori qismini ushlaydi va qon ketishi bilan birga bo'lishi mumkin. Bunga asoslanib, platsentaning past joylashuvi oddiy joylashuv va taqdimot o'rtasidagi o'tish shakli sifatida qaralishi mumkinligi aniq.

Ko'pincha platsentaning quyidagi variantlari ajralib turadi: 1) markaziy, bunda platsenta pastki segmentda joylashgan va ichki bachadon ossini to'liq qoplaydi; 2) lateral, bunda yo'ldosh qisman pastki segmentda joylashgan va ichki osni to'liq qoplamaydi; 3) marginal, platsenta ham pastki segmentda joylashganda, ichki osning chetiga etib boradi (1-rasm). Biroq, ilmiy nuqtai nazardan to'g'ri bo'lgan bunday bo'linish amaliyotchini qoniqtira olmaydi, chunki u homiladorlik paytida yoki tug'ilishning eng boshida saqlanib qolgan serviks bilan munosabatlarni aks ettiradi. Klinik amaliyotda faqat bachadon ossining katta ochilishi (taxminan 5-6 sm) bilan taqdimot variantini tashxislash mumkin.

Plasenta previa tasnifiga kelsak, buni ta'kidlash kerak kamdan-kam variantlar, qachonki uning katta yoki kichik qismi nafaqat ushlaydi pastki segment, balki bachadon bo'yni kanali ham. Bachadon bo'yni va istmus-servikal homiladorlik davrida bachadon bo'ynidagi desidual reaksiyaning rivojlanishining pastligi tufayli xorion pastki to'qimalarga chuqur kirib boradi: platsenta akkretasi paydo bo'ladi (2-rasm).

**Rasm. 1. Plasenta previa turlari: a - markaziy, b - lateral, c - chekka, d - past platsenta**



**Rasm. 2. bachadon bo'ynidagi homiladorlik**



### 1.1.2. Etiologiyasi va patogenezi.

Plasenta oldingi holatga moyil bo'lgan omillar bachadondagi turli patologik o'zgarishlarni o'z ichiga oladi. Bularga endometriumdagi atrofik, distrofik o'zgarishlar bilan birga keladigan shikastlanishlar va kasalliklar kiradi. Bunday o'zgarishlar ko'pincha tug'ruqdan keyingi davrda ko'p tug'ilish, asoratlarning natijasidir. Shuning uchun platsenta previa odatda ko'p tug'ilgan ayollarda (taxminan 75%) va kamroq tez-tez primiparalarda (taxminan 25%) paydo bo'ladi, bu

ayolning yoshi o'sishi bilan o'sish tendentsiyasiga ega. Endometriumdagi distrofik va atrofik jarayonlar yallig'lanish jarayonlari va bachadonning spontan va induktsiyali abortlar bilan bog'liq kuretaji natijasida yuzaga kelishi mumkin. Plasenta previa ning shubhasiz sababi, shuningdek, bachadon bo'yni isthmus taqdimoti va bachadon bo'yni homiladorlik istmik-servikal etishmovchilik hisoblanadi. Plasenta oldingi holatga olib keladigan omillar orasida genital infantilizm, endokrinopatiyalar, bachadon chandiqlari va miomani ta'kidlash kerak.

Tos a'zolarida qon aylanishini buzadigan ba'zi ekstragenital kasalliklar past platsenta va platsenta previa shakllanishiga moyil bo'lishi mumkin. Bularga yurak-qon tomir tizimi, buyraklar va jigar kasalliklari kiradi.

Qadim zamonlardan beri klinisyenlar platsenta migratsiya ehtimoliga e'tibor berishgan. Buning asosiy sababi xomilalik tuxum uchun zarur bo'lgan oziqlanishni ta'minlash uchun villi tomonidan bachadonning pastki qismlariga (istmus - pastki segment) qaraganda qulayroq joylarni "qidirish" dir. Shuning uchun, taqdimot paytida yo'ldosh odatda odatdagi biriktirilganidan farq qiladi: u ingichka, kattalashgan, bazal va kal xorionning farqlanishi kechiktiriladi, homiladorlikning II va III trimestrlarida sodir bo'ladi va ba'zida umuman bo'lmaydi. Xuddi shu sabablarga ko'ra, platsenta previa pastki segmentning chuqur qatlamlarini ushlaydi. Ultratovush tekshiruvi homiladorlik paytida platsentaning migratsiyasini (dinamik platsenta deb ataladi) va uning joylashishini (bachadonning old, orqa va lateral devorlarida) kuzatish imkonini beradi. Ko'pincha birinchi trimestrda aniqlanadi, homiladorlikning oxirigacha villous (tarmoqli) chorion yoki platsentaning markaziy ko'rinishi past platsentaga o'tadi. Bachadonning old devorida lokalizatsiya qilinganida platsentaning migratsiyasi tez-tez kuzatiladi.

**1.1.3. Klinik rasm.** Plasenta previa ning asosiy belgisi qon ketishdir. Bu homiladorlik davrida pastki segmentning cho'zilishi tufayli platsentaning bachadon devorlaridan ajralib chiqishiga, keyin esa tug'ruq paytida uning tez

tarqalishiga asoslangan; plasenta previa villi, uning etarli darajada cho'zilishi tufayli, bachadon devorlari bilan aloqani yo'qotadi. Plasenta oldingi turiga qarab, homiladorlik yoki tug'ish paytida qon ketishi mumkin. Shunday qilib, markaziy (to'liq) taqdimot bilan qon ketish ko'pincha erta boshlanadi - II trimestrda; lateral va marginal (to'liq bo'lmagan) bilan - III trimestrda yoki tug'ruq paytida.

To'liq platsenta previa bilan qon ketish kuchi odatda qisman qon ketishdan ko'ra kattaroqdir. Birinchi qon ketish ko'pincha o'z-o'zidan boshlanadi, hech qanday shikastsiz, o'rtacha yoki ko'p bo'lishi mumkin. Ba'zida birinchi qon ketish shunchalik kuchli bo'lishi mumkinki, u o'limga olib keladi va takroriy qon ketish juda xavfli bo'lsa ham (bemorlarning surunkali anemiyasi), natijada qulayroq bo'lishi mumkin. Qon ketish boshlanganidan keyin ayollarning aksariyati erta tug'ilishga uchraydi. Plasenta previa bilan tug'ilishning birinchi davrining boshida bachadon bo'yni tekislanishi va xomilalik tuxumning pastki qutbining ajralishi platsenta oldingi qismining majburiy ravishda ajralishiga va qon ketishining kuchayishiga olib keladi.

Bir qator homilador ayollarda birinchi trimestrda ham vaginadan qonli oqindi borligi haqida belgilar mavjudligiga alohida e'tibor qaratish lozim. Bu juda xavotirli signal bo'lib, homila tushishi tahdidi va qon tomirlarini yo'q qilish bilan xorionning bachadonning pastki to'qimalariga chuqur kirib borishini ko'rsatadi. Bu alomat nafaqat platsentadan oldingi davrda, balki undan ham dahshatli patologiyada - bachadon bo'yni-istmus plasenta previa, shuningdek, bachadon bo'yni va ishemik-servikal homiladorlikda ham uchraydi.

Xomilaning gipoksiyasi ham platsenta previa asosiy belgilaridan biridir. Gipoksiya darajasi bir qator omillarga bog'liq bo'lib, ularning etakchisi platsenta ajralish sohasi va uning tezligi.

Yo'ldoshning oldingi holatida homiladorlik va tug'ish ko'pincha homilaning qiyshiq va ko'ndalang holati, chanoqning ko'rinishi, tushish, tug'ilishning kuchsizligi, platsentaning o'sishi, gipo- va atonik tufayli tug'ruqdan keyingi davrning buzilishi bilan murakkablashadi. erta tug'ruqdan keyingi davrda qon

ketishi, amniotik suyuqlik emboliyasi va tromboemboliya, ko'tarilgan infeksiya. To'g'ri joylashgan yo'ldoshdan farqli o'laroq, platsenta previa ichki farenks sohasida joylashgan bo'lib, u erda infeksiya muqarrar ravishda yuqoriga tarqaladi, buning uchun qon quyqalari juda qulay muhit hisoblanadi. Bundan tashqari, oldingi qon yo'qotish tufayli tananing himoyasi sezilarli darajada zaiflashadi. Infeksiyaning ko'tarilishi vagina orqali o'tkaziladigan diagnostika va terapevtik tadbirlar bilan osonlashadi. Shuning uchun platsenta previadagi septik asoratlar bir necha marta ortadi.

- ❖ Tashqi qon ketish, siz qon yo'qotish miqdorini vizual tarzda aniqlashingiz va homilador ayolning holatini baholashingiz mumkin;
- ❖ Og'riqsiz qon ketish epizodlari va bachadonning ohangini oshirishi mumkin;
- ❖ Xomilaning taqdim etilgan qismining yuqori joylashishi yoki uning noto'g'ri joylashishi;
- ❖ Xomilaning buzilishi belgilarining rivojlanishi tashqi qon yo'qotish hajmiga to'g'ri keladi.

Homiladorlik va tug'ish paytida platsenta oldingi tasniflari mavjud. Bachadon o'sishi yoki tug'ruq paytida bachadon bo'yni kengayishi bilan platsenta oldingi darajasi o'zgarishi mumkin.

Bachadon o'sishi yoki tug'ruq paytida bachadon bo'yni kengayishi bilan platsenta oldingi darajasi o'zgarishi mumkin. Homiladorlik davrida quyidagilar mavjud:

**to'liq taqdimot**- platsenta ichki osni to'liq qoplaydi;

**to'liq bo'lmagan (qisman) taqdimot**- ichki farenks qisman bloklangan yoki platsenta uning pastki qirrasidan unga etib boradi;

**past taqdimot**- platsenta ichki osdan 7 sm yoki undan kamroq masofada joylashgan. Homiladorlik davrida plasenta previa ultratovush yordamida aniqlanadi.

**1.1.4. Diagnostika.** Plasenta previa ning turli xil variantlari odatda juda qiyinchiliksiz tashxis qilinadi. Agar ayolda homiladorlikning II-III trimestrlarida



genital yo'ldan dog'lar bo'lsa, unda birinchi navbatda platsenta previa haqida o'ylash kerak. Yaxshi ahvolda va farovon bo'lsa ham, faqat ehtiyotkorlik bilan tashqi akusherlik tekshiruvini o'tkazgan holda, bemor darhol, doimo tibbiy xodimlar hamrohligida kasalxonaga yotqiziladi. Vaginal tekshiruvni ambulatoriya yoki uyda o'tkazish qo'pol xatodir: bu qon ketishining ko'payishiga, infeksiyaga olib kelishi mumkin.

Plasenta previa bilan homilador ayollarda tashqi akusherlik tekshiruvi ko'pincha homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq holatini, ko'ndalang ko'rinishini va taqdim etuvchi qismning yuqori joylashishini aniqlaydi. Qon ketish va infeksiyaning kuchayishi xavfi tufayli vaginal tekshiruvni suiiste'mol qilmaslik kerak: agar kerak bo'lsa, u darhol laparotomiyani amalga oshirish uchun joylashtirilgan operatsiya bo'limida amalga oshiriladi. Bachadon bo'yni kanalini tonozlar orqali to'sib qo'ygan taqdirda ham, platsentaning yumshoq massasini paypaslash mumkin, bu yuqori joylashgan boshni bir-biriga yopishtiradi. Zamonaviy sharoitda platsenta previa mavjudligi va variantini yuqori aniqlik bilan tasdiqlovchi etakchi diagnostika usuli ultratovush tekshiruvidir. Ultratovush tekshiruvi nafaqat platsenta oldingi variantini tashxislash, balki uning hajmini aniqlash imkonini beradi,

**1.1.5 Differentsial diagnostika** qon ketishi bilan kechadigan kasalliklar bilan olib borilgan: 1) bachadon bo'yni-istmus plasenta previa; 2) bachadon bo'yni va ishemik-servikal homiladorlik; 3) normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi; 4) bachadonning yorilishi; qinning varikoz tomirlari va bachadon bo'yni saratoni yorilishi bilan ular odatda akusherlik amaliyotida bachadon bo'yni va qinni ko'zgularda majburiy tekshirish bilan osongina tashxis qilinadi.

Eng katta qiyinchiliklar bachadon bo'yni, ishemik-bachadon bo'yni homiladorlik va bachadon bo'yni yo'ldoshining previa diagnostikasida uchraydi. Ushbu variantlar bilan chorion ko'pincha bo'yinning devorlariga o'sadi; agar bu bachadon bo'yni qin qismiga yoki qinning tonozlariga taalluqli bo'lsa, uni ko'zgularda ko'rganda aniqlash mumkin; agar yuqorida qayd etilgan urug'lanish

parametriyaga kirsa, unda bu variantni tashxislash qiyinroq, chunki uning klinikasi pastki bachadon segmentining yorilishiga o'xshaydi.

**1.1.6. Davolash.** Plasenta previa bilan kasallangan barcha homilador ayollar yuqori xavf ostida, ularni davolash faqat individualdir. Antenatal bo'limda dastlabki tekshiruvdan so'ng darhol bemorni boshqarish bo'yicha dastlabki reja tuzilib, tibbiy xodimlar va navbatchi shifokorlar guruhining maxsus nazorati ostida o'tkazilishi kerak. Kelajakda tashxis aniqlangandan so'ng, reja tasdiqlanadi yoki o'zgartiriladi.

#### **Plasenta previa uchun taktikalar:**

**Favqulodda yordam xonasi:** Mavjud hujjatlar bilan tanishib chiqing (almashinuv kartasi yoki qo'lingizda ultratovush kartasi bo'lsa).

Tekshiruvdan o'tmagan ayollarda:

- homiladorlikning ikkinchi yarmida genital traktdan har qanday qon ketish (ayniqsa yorqin qon);
- ko'rinadigan qismning tos bo'shlig'iga kirish joyidan yuqori joylashishi yoki homilaning noto'g'ri joylashishi platsentadan oldingi shubha uchun. Bunday hollarda vaginal tekshiruvdan saqlaning.
- yuqori malakali akusher-ginekologni chaqiring.

#### **□ Qon ketishi bilan og'riغان ayolni qabul qilishda:**

- ko'p tarmoqli jamoa a'zolarini xabardor qiling
- onaning holatini baholash (puls, qon bosimi, nafas olish tezligi, tana harorati);
- qon yo'qotish miqdorini taxmin qilish;
- katta kateterlar (G 14 yoki 16) bilan 1-2 kubik venalarni kateterlash;
- tahlil qilish uchun qon olish;
- 1000 ml gacha bo'lgan hajmda sho'r suv infuzionini boshlang;

Kichkina qon ketishi va gemorragik shok belgilari bo'lmasa, iloji bo'lsa, ultratovush xonasiga etkazib bering, agar tashxis tasdiqlansa, intensiv terapiya bo'limiga yoki tug'ilishga o'tkazing. / blok.

Qattiq va davom etayotgan qon ketish bo'lsa, operatsiya xonasiga olib boring;

□ Operatsiya xonasini kengaytiring;

**Operatsiya xonasida:**

**Jiddiy va davom etayotgan qon ketishi bilan - pastki mediana**

**laparotomiya, sezaryen;**

- Foley kateterini o'rnatish
- qon ketish hajmi va intensivligiga muvofiq jarrohlik choralariga parallel ravishda infuzion-transfüzyon dasturi amalga oshiriladi (gemorragik shok uchun standartga qarang).

Operatsiya davomida:

- bachadonni vizual baholash
- uning kontraktilligini baholash
- qon yo'qotish hajmini baholash

□ **Doimiy qon ketish va barqaror gemodinamikada qo'shimcha ravishda:**

- uterotonik
- prostaglandinlar
- bachadonning asta-sekin devaskulyarizatsiyasi
- 2-3 juft asosiy tomirlarni bog'lash;
- B-Lynch tikuvlari
- umumiy yoki subtotal histerektomiya;
- ichki yonbosh arteriyalarini bog'lash;

**Davom etayotgan qon ketishi va beqaror gemodinamikasi bilan** ichki yonbosh arteriyalarni bog'lash bilan darhol histerektomiyani ko'rsatadi.

**ARITDA:**

**Kichik yoki to'xtagan qon ketish uchun:**

**Agar homila tirik bo'lsa va homiladorlik muddati < 34 hafta bo'lsa:**

- to'liq klinik va laboratoriya tekshiruvi;
- kunlik monitoring: - gemoglobin darajasi, eritrotsitlar, trombositlar soni, fibrinogen darajasi, ultratovush, CTG va utero-homila-platsenta qon aylanishining dopplerometriyasi - har kuni;

- homiladorlikni uzaytirish va kuzatish, homila RDS profilaktikasini boshlash - kasalxonada qabul qilingan protokolga muvofiq glyukokortikoidlar bilan;

**Agar homila tirik bo'lsa va homiladorlik muddati 34-37 hafta bo'lsa:** homiladorlikni uzaytirish va kuzatish, homila RDS profilaktikasini boshlash;

□ **Operativ tug'ilishga tayyorgarlik:**

**rejalashtirilganidek:** homila tirik va to'liq muddatli bo'lsa;

**favqulodda vaziyatlarda:** homila o'lik yoki aniq rivojlanish anomaliyalari bo'lsa, homiladorlik davridan qat'i nazar, operativ tug'ilishga tayyorgarlik (to'liq taqdimot bilan).

□ **Qon ketishi to'xtadi** -darajali shifoxonaga dastlabki yotqizilgan va to'liq yordam ko'rsatish imkoniyati bo'lmagan taqdirda, yuqori darajadagi muassasaga o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqish kerak;

**Qon ketishining takroriy epizodi** Homilador davolanishni davom ettirishda ayol va homila uchun foyda va xavflarni tortish kerak.

□ **Ayol va homilaning qoniqarli holati bilan,** barqaror

homiladorlikni homilaning hayotiyiligigacha uzaytirish uchun gemodinamik va laboratoriya parametrlari. Operatsiya orqali etkazib berish - sezaryen;

**To'liq plasenta previa - bu sezaryen bilan tug'ilishning mutlaq ko'rsatkichidir.**

**Voyaga yetmagan bolaga ega bo'lish xavfini kamaytirish uchun rejalashtirilgan sezaryen uchun eng maqbul muddat 37 hafta yoki undan ko'p:**

Qon mahsulotlarini tayyorlash kerak;

Anesteziya - endotraxeal behushlik;

Operatsiya dunyodagi eng tajribali akusher-ginekolog tomonidan amalga oshirilishi kerak.

smenada bo'lganlar;

agar kerak bo'lsa, qo'shimcha ravishda yuqori malakali mutaxassislarni chaqiring (sezaryen keyin bachadondagi chandiq hududida yo'ldoshning joylashishi ayniqsa xavflidir).

Yetkazib berish 2-3 darajali shifoxonada amalga oshiriladi.

Favqulodda etkazib berish (sezaryen): tashqi tomondan qon ketish yoki noaniq homila holati.

**□ Homiladorlikning ikkinchi yarmida noma'lum tashxis bilan qon ketishi (platsentaning lokalizatsiyasi) operatsiya xonasisiz vaginal tekshiruv uchun kontrendikatsiyadir.**

Ba'zi ayollar uchun konservativ davolash usullari qo'llanilishi mumkin, boshqalari uchun tanlovli yoki shoshilinch jarrohlik aralashuvi.

Homilador ayolni davolashning u yoki bu usulini tanlashda platsentaning oldingi holatini, homiladorlik davrini, tug'ilish kanalining holatini, shuningdek homilani, ayolning yoshini, birga keladigan akusherlik va somatik patologiyani hisobga olish kerak. , o'tmishdagi homiladorlikning natijalari, ammo hal qiluvchi omil - qon ketishining tabiati.

Agar qon ketish bo'lmasa, homiladorlik erta bo'lsa, u holda platsenta previa har qanday varianti bilan bachadonning kontraktil faolligini kamaytirishga, homilador ayolda anemiyaning oldini olishga va homila holatini tuzatishga qaratilgan an'anaviy konservativ davolash usullari qo'llaniladi. .

Zamonaviy diagnostika usullari (ultratovushli skanerlash) erta va yuqori aniqlik bilan platsenta oldingi yoki shoxlangan xorionning past biriktirilishini tashxislash imkonini beradi, bunday bemorlarni davolash uchun yangi imkoniyatlar ochdi. Bachadon bo'yni ichki os darajasida tikilganidan keyin ijobiy natijalar ma'lum bo'lib, bu erta tug'ilish sonini deyarli yarmiga va perinatal o'limni 4 baravar kamaytirishga imkon berdi.

Rejalashtirilgan sezaryen homiladorlikning 38-haftasida to'liq plasenta previa bilan, mumkin bo'lgan qon ketishini kutmasdan amalga oshiriladi.

Rejalashtirilgan sezaryen uchun ko'rsatma boshqa akusherlik yoki somatik patologiya bilan birgalikda qisman platsenta bo'lishi mumkin.

Og'ir, shuningdek, takroriy (hatto o'rtacha) qon ketish homiladorlik yoshi, homila holati va yo'ldoshning oldingi holatidan qat'i nazar, favqulodda sezaryen uchun ko'rsatma hisoblanadi. Siz bilishingiz kerakki, qon yo'qotishning kritik hajmi 250 ml ni tashkil qiladi, shundan so'ng shifokorning taktikasi keskin o'zgaradi, chunki platsenta oldingi davrda qon ketishini oldindan aytib bo'lmaydi, qon yo'qotish tezligi tez o'zgarishi mumkin. O'rtacha qon ketish bir necha daqiqada gemorragik shok rivojlanishi bilan katta qon ketishiga aylanishi mumkin.

Plasenta previa bilan tug'ruqdagi ayollarni davolash individual yondashuvni talab qiladi.

Tug'ish paytida qorin bo'shlig'i tug'ilishiga ko'rsatma to'liq platsenta previa va qisman - og'ir qon ketishi bilan bachadon ossining kichik darajada ochilishi va birga keladigan akusherlik patologiyasining mavjudligi. Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda platsenta previa ajralishining rivojlanishining oldini olish uchun amniotomiya qilish kerak.

Qorin bo'shlig'i orqali etkazib berish keng tarqalgan, ammo o'limga olib kelmaydigan usuldir. Bachadon bo'yni kamida 3-4 sm bo'lsa, qisman yo'ldoshning oldingi qismi, ozgina qon ketishi, homilaning sefalik ko'rinishi va yaxshi mehnat faolligi bo'lsa, u holda o'q qisqichining jag'lari (hech qanday holatda ham barmog'iga olib keladi). qon ketishining keskin ortishi) ehtiyotkorlik bilan, ehtimol kengroq ochiq xomilalik qovuq. Bosh tezda pastga tushadi, platsentaning ajratilgan qismini platsenta joyiga bosadi, odatda qon ketish to'xtaydi va tug'ilish tabiiy tug'ilish kanali orqali xavfsiz tarzda tugaydi. Biroq, tug'ilishning konservativ usulini tanlagan holda, akusher har qanday vaqtda qon ketish boshlanganda tayyor bo'lishi, tug'ilish rejasini o'zgartirishi va sezaryenni amalga oshirishi kerak. Plasenta previa holatida bu operatsiya so'nggi yillarda ancha tez-tez bo'lib qoldi,

Odatda jarrohlik texnikasi qo'llaniladi: bachadon odatda pastki segmentdagi ko'ndalang kesma bilan ochiladi; platsenta previa ajratilmaydi, ammo eksfoliatsiyalanadi, chunki homila qon yo'qotishiga yaxshi toqat qilmaydi. Xomilani olib tashlaganingizdan so'ng, yo'ldoshni olib tashlashni boshlaganingizdan so'ng, siz og'ir patologiyaga duch kelishingiz mumkin - platsenta bachadon bo'yni yoki bachadonning pastki segmentiga kirib boradi. Qon ketishi keskin kuchayadi. Tug'ruq paytida ayolning hayotini saqlab qolish uchun bachadonni olib tashlash, bachadon devorlarini tekshirish - gipotenziya yoki pastki segmentning yorilishi tashxisini qo'yish kerak. Ushbu asoratlarni o'z vaqtida aniqlash massiv qon ketishining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi, chunki erta tashxis qo'yish shifokorga zaruriy davolashning butun majmuasini (bachadonni olib tashlashgacha) amalga oshirish va ayolni qutqarish imkonini beradi.

Homila uchun natijalar (yangi tug'ilgan). Platsentaning patologik joylashuvi nafaqat ona uchun, balki homila (yangi tug'ilgan chaqaloq) uchun ham katta xavf tug'diradi. Placenta previa bilan nafas olish yuzasining cheklanishi mavjud bo'lib, bu ko'pincha gipoksiya, noto'g'ri ovqatlanish va homilaning rivojlanishidagi anormalliklarga olib keladi. Surunkali intrauterin gipoksiya va homila rivojlanishining kechikishi sindromi 18-20% hollarda kuzatiladi. Xomilaning rivojlanishidagi anomaliyalar platsentaning normal joylashishiga qaraganda 3 marta tez-tez uchraydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar ko'pincha anemiya bilan tug'iladi.

## **1.2. Normal joylashgan platsentani barvaqt ko'chishi**

Odatda, platsenta faqat homila tug'ilgandan keyin ajralib chiqadi. Agar uning ajralishi ilgari sodir bo'lsa (homiladorlik davrida, tug'ilishning I yoki II bosqichida), unda bu patologiya normal joylashgan platsentaning erta ajralishi deb ataladi. Uning chastotasi nisbatan keng diapazonda o'zgarib turadi - 0,05 dan 0,5% gacha. Ushbu patologiya yuqori onalar va perinatal o'lim bilan kechadigan homiladorlik va tug'ish asoratlarning og'ir shakllarini anglatadi.

**1.2.1.Etiologiyasi va patogenezi.** Ilgari, normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishining asosiy sababi mexanik omillar - qorin bo'shlig'ining shikastlanishi, bachadon hajmining ko'payishi, keyin esa uning tez bo'shatilishi (polihidramnioz, ko'p homiladorlik, katta yoki gigant homila bilan) hisoblanadi. ), kindik ichakchasidagi qisqarish, membranalarning kechikib yorilishi, endometriumdagi distrofik o'zgarishlar. Hozirgi vaqtda homilador ayollarning kech toksikozi, gipertenziya yoki buyrak kasalligi tufayli qon tomir o'zgarishlar normal joylashgan platsentaning erta ajralishida katta ahamiyatga ega. Mexanik va stress omillari, ayniqsa, bu patologiya bilan birlashtirilgan bo'lsa, ma'lum bir ahamiyatga ega.

Ko'pgina zamonaviy mualliflar platsentaning erta ajralishining tetik mexanizmi onaning tanasi va fetoplasental kompleksning to'qimalari o'rtasidagi immunologik to'qnashuvdir, natijada rad etishadi.

Statistik ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, konservativ tug'ilish bilan tug'ruqdan keyingi va erta tug'ruqdan keyingi davrlar onaga oshkor qilish yoki surgun qilish davridan ko'ra kam emas, balki undan ham kattaroq xavf tug'diradi. Bachadonning pastki segmentining kontraktilligi va (yoki) platsentaning haqiqiy akkretasining keskin pasayishi onaning hayotiga tahdid soladigan katta qon ketishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun mehnatning III bosqichi faol ravishda o'tkazilishi kerak. Placentani majburiy qo'lda ajratish uning o'sishini o'z vaqtida aniqlashga yordam beradi va bachadon devorlarini to'liq tekshirish - gipotenziya yoki pastki segmentning yorilishi tashxisini qo'yish uchun. Ushbu asoratlarni o'z vaqtida aniqlash massiv qon ketishining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi, chunki erta tashxis qo'yish shifokorga zaruriy davolashning butun majmuasini (bachadonni olib tashlashgacha) amalga oshirish va ayolni qutqarish imkonini beradi.

Homila uchun natijalar (yangi tug'ilgan). Platsentaning patologik joylashuvi nafaqat ona uchun, balki homila (yangi tug'ilgan chaqaloq) uchun ham katta xavf tug'diradi. Placenta previa bilan nafas olish yuzasining cheklanishi mavjud bo'lib,



bu ko'pincha gipoksiya, noto'g'ri ovqatlanish va homilaning rivojlanishidagi anormalliklarga olib keladi. Surunkali intrauterin gipoksiya va homila rivojlanishining kechikishi sindromi 18-20% hollarda kuzatiladi. Xomilaning rivojlanishidagi anomaliyalar platsentaning normal joylashishiga qaraganda 3 marta tez-tez uchraydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar ko'pincha anemiya bilan tug'iladi.

Ajralish mexanizmi - desidua tomirlarida patologik o'zgarishlar natijasida bazal gematomalarning shakllanishi.

Belgilangan gematomalar sezilarli hajmga etib, bazal plastinkani yo'q qiladi va intervillöz qon oqimiga kiradi. Bachadon devoridan platsentaning ajralishi va hosil bo'lgan gematoma bilan platsenta to'qimalarining siqilishi sodir bo'ladi. Makroskopik jihatdan qisman ajralish bilan platsentaning ona yuzasida fasetlar ("eski" ajralish) yoki qon quyqalari ("o'tkir" ajralish) topiladi.

Mikroskopik tarzda, platsentaning ajralib chiqish muddati va maydoniga qarab, o'tkir va subakut gemorragik infarktlarning tuzilishiga mos keladigan platsentada turli xil o'zgarishlar aniqlanadi. Ushbu mikroskopik rasmning paydo bo'lishi uchun ayniqsa qulay fon - bu og'ir kechki preeklampsi bo'lib, unda platsenta tomirlarida fibrinning katta cho'kishi, kapillyarlarning lümeninin yopilishi, proliferativ endarterit va desidual arteriyalarning yorilishi kuzatiladi. .

**1.2.2. Klinik rasm.** Plasentaning erta ajralib chiqishining asosiy belgilari qon ketish va og'riqdir, qolgan alomatlar bu ikkisi bilan bog'liq: palpatsiya paytida bachadonning umumiy va mahalliy og'rig'i, uning gipertonikligi, gipoksiya yoki homila o'limi.

Odatda joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi engil yoki og'ir bo'lishi mumkin. Patologiyaning og'irligi qon yo'qotish darajasiga bog'liq bo'lib, bu platsentaning ajralib chiqish sohasi (qisman, to'liq) va uning tezligiga bog'liq.

**Yengil darajasi:**

Engil zo'ravonlik bilan homilador ayolning yoki tug'ruqdagi ayolning umumiy holati zarar ko'rmaydi. Gemodinamik ko'rsatkichlar normal diapazonda qoladi. Xomilaning yurak urishi buzilmaydi.

Tashqi qon ketish bo'lmasligi mumkin (yoki 250 ml dan kam). Xomilalik buzilishlarsiz bachadonning gipertonikligi. Noaniq pastki orqa og'riqlar bo'lishi mumkin. □Progressiv bo'lmagan retro-platsenta gematomasi. Xomilaning disfunktsiyasi belgilari yo'q. Xomilaning antenatal o'limi (ayolning barqaror holatini ob'ektiv baholash, gemorragik shok rasmining yo'qligi va bachadon va yo'ldoshning holatini diqqat bilan ultratovush monitoringi talab qilinadi). Arterial gipotenziyaning yo'qligi (SBP 90 mm Hg dan kam bo'lmagan yoki ishlayotganidan 40 mm Hg dan past bo'lmagan) arterial gipotenziya bilan og'rikan bemorlar. Koagulopatiyaning laboratoriya va klinik belgilarining yo'qligi (trombotsitlar soni 50 000 dan ortiq).mkl da, fibrinogen konsentratsiyasi 1,0 g/l dan ortiq, INR va PFQT dan kam.odatdagidan 1,5 baravar yuqori).

### **Og'ir daraja.**

Plasentaning 2/3 qismidan ko'prog'i ajratilgan. Doimiy gipertoniklik va og'riq sindromi. Tashqi qon ketish (1500 ml dan ortiq), ammo yo'q bo'lishi mumkin. Hayotiy faoliyatning qo'pol buzilishi yoki antenatal homila o'limi Gemorragik shok va DVS rivojlanishi. Qon yo'qotish 1500 ml dan oshadi.

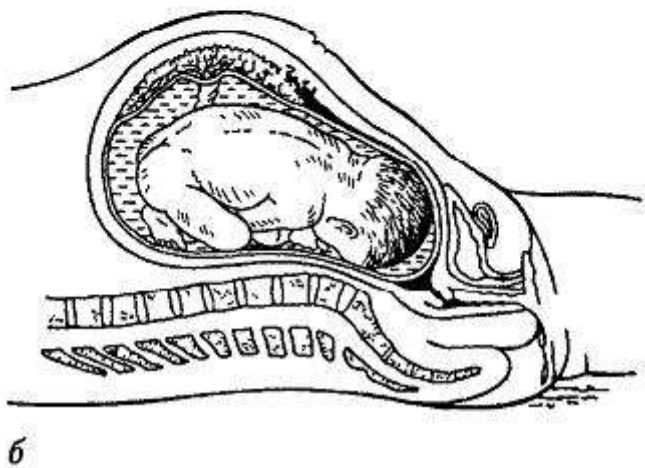
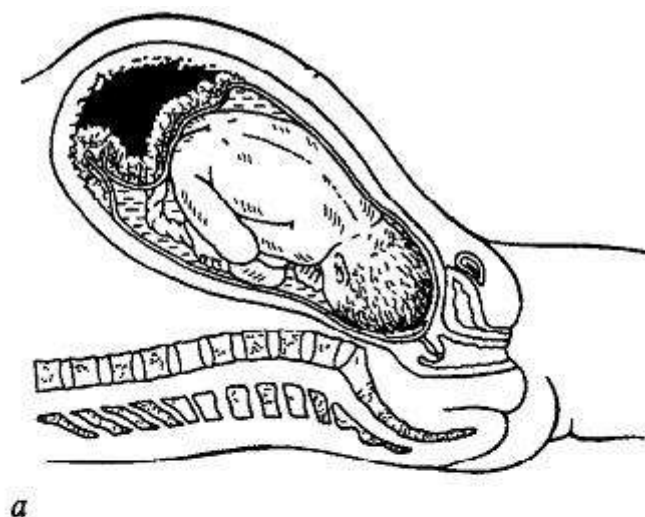
Plasentaning ajralishining og'ir darajasi shok belgilari paydo bo'lgunga qadar bemorning ahvoli yomonlashishi bilan birga keladi. Terining rangsizligi, taxikardiya, qon bosimining pasayishi tez sur'atlar bilan o'tadi. Xomilaning intrauterin gipoksiya belgilari paydo bo'ladi va tez o'sib boradi va uning o'limi tezda sodir bo'ladi.

Qon ketishiichki, tashqi va birlashtirilgan bo'lishi mumkin. Xuddi shu qon yo'qotish bilan ham, ichki qon ketish eng xavfli hisoblanadi va ko'pincha gemorragik shok bilan birga keladi. Qon ketish turi gematomaning joylashgan joyiga bog'liq (3-rasm) Agar gematoma plasentaning markazida paydo bo'lsa, u

holda tashqi qon ketish bo'lmasligi mumkin yoki u keyinroq paydo bo'ladi. Katta uteroplasental gematoma, qinga chiqish yo'lini topa olmay, platsenta joyini cho'zadi va A. Kuveler tomonidan tasvirlangan uteroplasental apopleksiya paydo bo'ladi. Bachadon devorlari qon bilan to'yingan, ba'zan parametriyaga kirib boradi, seroz qoplamni buzishi mumkin, qorin bo'shlig'iga qon quyilishi bilan bachadon yorilib ketadi.

Katta qon ketishi bilan bachadon "marmar" ko'rinishiga ega, uning kontraktilligi keskin kamayadi. Ushbu fonda DVSning namoyon bo'lishi ko'pincha tromboplastik moddalarning onaning qon oqimiga kirib borishi tufayli yuzaga keladi.

**3-rasm. Normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi: a - markaziy; b - chekka**



Agar platsentaning ajralishi periferiya bo'ylab sodir bo'lsa, qon, hatto kichik gematoma bo'lsa ham, homila membranalarini tezda qirib tashlashi mumkin va qon ketishi tashqi bo'ladi. O'tkir ajralishda qin orqali oqayotgan qonning rangi qizil rangga ega, sezilarli darajada ajratilgan taqdirda u jigarrang, quyuuq tromblar bilan seroz-qonli bo'ladi. Bemorning ahvoli, qoida tariqasida, ko'rinadigan qon yo'qotishiga mos keladi.

**Og'riq sindromi** -normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishining juda muhim belgisi.

Bachadonning seroz membranasining cho'zilishi tufayli yuzaga keladi. Og'riqning tabiati engildan kuchligacha o'zgaradi.

Ba'zida platsentaning ajralishi kichik hududda sodir bo'lsa, og'riq yo'q. Bunday hollarda tashxis retrospektiv tarzda belgilanadi - tug'ilgandan keyin yo'ldoshni tekshirishda.

Zaif yoki mo'tadil og'riq alomati platsentaning chetidan boshlab ajralish bilan birga keladi.

Og'ir holatlarda qorin bo'shlig'ida to'satdan kuchli, kamon og'rig'i paydo bo'ladi, umumiy holat keskin yomonlashadi, gemodinamika buziladi: yurak urishi va nafas olish tezlashadi, qon bosimi tez pasayadi, teri rangi oqarib ketadi. Qorin hajmi kattalashgan, bachadon gipertonik holatda, palpatsiyada juda og'riqli. Agar ajratilgan platsenta bachadonning old yoki anterolateral devorida joylashgan bo'lsa, unda yumshoq, og'riqli bo'rtiq aniqlanishi mumkin. Og'riq sindromi ko'pincha bemorning qorin bo'shlig'iga tegishiga yo'l qo'ymaydigan darajada ifodalanadi. Gemorragik shokning surati tezda rivojlanadi. Qon ketish ko'pincha ichki hisoblanadi. Bu retroplasental gematomaning rivojlanishi bilan birga keladi.

**Xomilaning holati** birinchi navbatda platsenta ajratish maydoni va tezligiga bog'liq. Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, platsentaning 1/3 qismidan kamroq o'tkir ajralish bilan homila gipoksiya holatida, 1/3 yoki undan ko'p ajralish bilan homila har doim o'ladi. Xomilaning o'limi, agar u morfologik yoki funktsional etishmovchilik belgilariga ega bo'lsa, platsentaning kichikroq maydonini ajratish bilan sodir bo'lishi mumkin.

**1.2.3. Diagnostika.** Plasantaning erta ajralishi klinik belgilar asosida aniqlanadi: qorin og'rig'i, bachadon tonusining oshishi, ichki va (yoki) tashqi qon ketish belgilari, homila yurak urishining buzilishi. To'g'ri tashxis qo'yish ehtimoli, agar bu belgilar homilador ayollarda kech gestoz, gipertenziya, buyrak kasalliklari, qon aylanishining buzilishi va yurak patologiyasi bilan namoyon bo'lsa, ortadi.

Zamonaviy diagnostika usullari, birinchi navbatda, ultratovush, platsenta dekolmani tashxisini osonlashtiradi, gematomaning ajralish maydonini va hajmini aniq aniqlash imkonini beradi.

**1.2.4. Differentsial diagnostika** platsenta previa va bachadon yorilishi bilan amalga oshiriladi. Shunga o'xshash alomatlar ba'zida pastki vena kavasini siqish sindromiga ega. Og'riq belgisining yo'qligi, bachadonning ohangini oshirish, shuningdek, bemor va homilaning ahvolini tez yaxshilash, tana holatining o'zgarishi bu patologiyani istisno qilishga yordam beradi.

**1.2.5. Homiladorlik va tug'ruqni boshqarish.** Oddiy joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishida gemorragik shok va DVS rivojlanishining oldini olish va agar ular paydo bo'lsa, intensiv terapiya samaradorligini oshiradigan sharoitlarni yaratish kerak. Shuning uchun davolanishning asosiy vazifasi ehtiyotkorlik va tezkor etkazib berishdir. Bachadonni bo'shatmasdan, platsentaning ajralishi va qon ketishining rivojlanishini to'xtatish mumkin emas. Bu talab qorin bo'shlig'i sezaryen bilan qondiriladi, bu homilani olib tashlaganidan so'ng, uteroplasental apopleksiyaning tashxislash va shuning uchun bachadonni o'z vaqtida amputatsiya qilish imkonini beradi. Bundan tashqari, DVSning o'tkir shakli rivojlangan taqdirda, serebrotomiya darhol histerektomiya qilish imkoniyatini beradi.

Tug'ilishning 1 yoki 2-bosqichi oxirida sodir bo'lgan normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi bilan, ayniqsa mexanik omillar (kindik ichakning qisqarishi, amniotik suyuqlikning chiqishi va boshqalar) tufayli tug'ilish tugallanishi mumkin. tabiiy tug'ilish kanali orqali. Bachadonni tez bo'shatish printsipli bu holatlarda o'zgarishsiz qoladi. Akusherlik holatiga qarab, tug'ish akusherlik forsepslari yoki vakuumli ekstraktor, oyoq bilan ekstraksiya yordamida amalga oshiriladi. Barcha ayollarda tug'ilish kanali orqali tug'ilish tugagandan so'ng, platsenta qo'l bilan ajratiladi; agar u allaqachon ajratilgan bo'lsa, bachadonning yaxlitligini buzishni istisno qilish (yoki tasdiqlash) va o'z

vaqtida tashxis qo'yish va shuning uchun bachadon mushaklarining gipotenziyasini davolash uchun bachadon tekshiruvi o'tkaziladi. .

### **PONRP-da taktikalar**

**Kutish zalida:**- mutaxassisni chaqiring: yuqori malakali akusher-ginekolog.

- ❖ Onaning holatini baholash (puls, qon bosimi, nafas olish tezligi, tana harorati);

**Qon ketishi bilan og'rigan ayolni qabul qilishda:**

- ❖  qo'shimcha tibbiy xodimlardan yordam so'rash;
- ❖  onaning holatini baholash (puls, qon bosimi, nafas olish tezligi, tana harorati);
- ❖ qon yo'qotish miqdorini baholash;
- ❖ katta kateterlar (G 14 yoki 16) bilan ikkita kubik venani kateterlash
- ❖ (ideal holda tashish bosqichida ishlab chiqarilishi kerak);
- ❖ tahlil qilish uchun qon oling;
- ❖ 1000 ml gacha bo'lgan hajmda sho'r suv infuzionini boshlang;
- ❖ iloji bo'lsa va engil bilan ultratovush xonasiga yetkazib berish uchun gurneyda

tashxisni tasdiqlashda qon ketish, intensiv terapiya bo'limiga yoki jinsga o'tkazish.

/

blok.

- ❖ ayolni gurneyda operatsiya xonasiga etkazib berish;
- ❖ **Yengil PONRP bilan - tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ish mumkin:**
- ❖ progressiv bo'lmagan retroplasental gematoma;
- ❖ homila hayotining buzilishi belgilari yo'q;
- ❖ ayolning barqaror holatida antenatal homila o'limi va yo'qligi
- ❖ bachadon va yo'ldoshning holatini diqqat bilan ultratovush monitoringi bilan gemorragik shokning rasmlari;
- ❖ Tabiiy tug'ilish kanali orqali etkazib berish uchun shartlar mavjud bo'lsa

erta amniotomiya, tug'ruq paytida homilaning va tug'ruqdagi ayolning holatini kuzatish ko'rsatiladi.

- ❖ Tug'ilishning ikkinchi bosqichida vaginal tug'ish operatsiyalari (akusherlik forsepslarini qo'yish, homilaning vakuum ekstrakti) akusherlik ko'rsatmalariga muvofiq amalga oshiriladi.
- ❖ Tug'ilgandan keyin chora-tadbirlar qon ketishining oldini olish bosqichiga o'xshash tarzda amalga oshiriladi.

**Diqqat: ushbu toifadagi bemorlarda koagulopatik qon ketish xavfi yuqori.**

**Shoshilinch sezaryen tayyorlanmagan holda amalga oshiriladitug'ilish kanali**

**Agar qon ketish davom etsa, operatsiya xonasiga o'tkazing;**

- ❖ operatsiya xonasini kengaytirish;
  - qon mahsulotlarini tayyorlash kerak;
  - behushlikni tanlash, tercihen endotraxeal behushlik;
- ❖ operatsiya smenada hozir bo'lganlardan tajribali akusher-ginekolog tomonidan amalga oshirilishi kerak;
- ❖ □ agar kerak bo'lsa, qo'shimcha yuqori malakali mutaxassislarni chaqiring;
- ❖ Qattiq qon ketishida, ayniqsa platsentaning aylanishi bilan, operatsiya ko'lamini histerektomiyagacha kengaytirish kerak bo'lishi mumkin.
- ❖ Homilador ayolni qabul qilishda engil PONRP va to'xtatildi qon ketishi:
- ❖ SARITga o'tkazish:
- ❖ to'liq klinik va laboratoriya tekshiruvi;
- ❖ gemodinamik parametrlarni kuzatish; gemoglobin darajasi, qizil qon hujayralari soni, trombositlar, fibrinogen; homilaning holati, har kuni bachadonning ultratovush tekshiruvi;
- ❖ Homiladorlik yoshi 34 haftadan kam bo'lsa, homila bezovtalanishining oldini oling

- ❖ □ 34 haftadan ortiq muddat bilan homiladorlikni uzaytiring;
- ❖ Qon ketishning takroriy epizodida - etkazib berish, qarab akusherlik holati.  
Operatsiya xonasida:
- ❖ Qon ketishining davom etishi bilan - laparotomiya, sezaryen
- ❖ Ayolning holatini, gemodinamik parametrlarni baholash;
- ❖ qon yo'qotish miqdorini baholash;
- ❖ Foley kateterini o'rnatish;
- ❖ qon testlarini kuzatish;
- ❖ Infuzion-transfüzyon dasturi qon ketishining hajmi va intensivligiga muvofiq jarrohlik choralariga parallel ravishda amalga oshiriladi (gemorragik shok bo'yicha protokolga qarang).
- ❖ hisoblangan (hisobga olingan) qon yo'qotish hajmiga 3: 1 hajmda sho'r suv quyishni davom ettirish;
- ❖ Operatsiya davomida:
- ❖ - bachadonni vizual baholash, uning kontraktilligini baholash;
- ❖ - qon yo'qotish va gemodinamikani baholash;
- ❖ Qon ketishi to'xtadiagar kerak bo'lsa, mumkin:
- ❖ - uterotoniklarni, prostaglandinlarni qo'shimcha yuborish, so'ngra ichki yonbosh arteriyalarni bog'lash;
- ❖ - ta'sir bo'lmasa, umumiy yoki subtotal histerektomiya ko'rsatiladi.  
□ **Qachon plasentaning og'ir ajralish shartlar bajarilishi kerak:**
- ❖ Ko'p tarmoqli jamoa va tajribali yuqori malakali mutaxassislarning yordami zarur;
- ❖ □ Operatsion tug'ish (sezaryen) umumiy ostida amalga oshiriladi behushlik;
- ❖ - bachadonni vizual baholash, uning kontraktilligini baholash;
- ❖ - qon yo'qotish hajmini va gemodinamik parametrlarni baholash.
- ❖ - 2-3 juft katta tomirlarni bog'lash (bachadon devaskulyarizatsiyasi);
- ❖ - ta'sir bo'lmasa, umumiy yoki subtotal histerektomiya ko'rsatiladi;



- ❖ - ichki yonbosh arteriyalarini bog'lash;
- ❖ bir vaqtning o'zida intraoperativ, so'ngra infuziya dasturi (gemorragik shok protokoliga qarang).
- ❖ - qon ketish hajmi va tezligiga muvofiq jarrohlik choralariga parallel ravishda infuzion-transfüzyon dasturi amalga oshiriladi (gemorragik shok protokoliga qarang).
- ❖ - qon yo'qotish darajasiga qarab infuzion terapiyani davom ettirish:
- ❖ - qon ketishini to'xtatish uchun traneksamik kislota;
- ❖ - proteaz inhibitörleri;
- ❖ - Plitalar ajralishi tashxisi qo'yilgach, antifibrinolitiklar qo'llanilishi kerak.
- ❖ tsent yetkazib berishdan oldin ham, qon ivish tizimini kuzatib boring.
- ❖ - 1500 ml gacha qon yo'qotish va laboratoriya tomonidan tasdiqlangan gipoko-
- ❖ agulyatsiya (fibrinogen 1,0 g / l dan kam, trombositlar < 50 000 vkl, INR 1,5 dan ortiq, butun qon ivish vaqti 10 daqiqadan ortiq) yangi muzlatilgan plazma (YMP) ishlatilmaydi.
- ❖ Gemotransfüzyon (eritrotsitlar massasi / suspenziyasi 3 kungacha saqlash) faqat 1500 ml dan ortiq qon yo'qotish, gemorragik shok klinikasi, shuningdek, gemoglobin darajasining 70 g / l dan kam pasayishi bilan amalga oshiriladi.

infuzion terapiya asosieritmalar: kristalloidlar va HES.

**Eslatma: Qon ketishi bilan homilador ayollarni davolashning tarkibiy qismlari, shu jumladan eshittirish, reanimatsiya, kuzatuv/tekshirish va qon ketishini to'xtatish bo'yicha chora-tadbirlar bir vaqtning o'zida amalga oshirilishi kerak.**

### 1.3. PLATSENTA anomaliyasi

Tug'ilgandan keyingi davrda qon ketishi platsentaning bachadon devoriga odatdagidan ko'ra zichroq biriktirilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Plasantaning patologik biriktirilishining ikkita shakli mavjud: zich biriktirish (platsenta adhaerens) va uning o'sishi (platsenta akreeta). Qattiq biriktirish bachadonning

mushak devori va yo'ldosh o'rtasida joylashgan membraning shimgichli qatlamining atrofiyasi tufayli yuzaga keladi va o'rtacha 0,69% hollarda uchraydi. Yo'ldoshning o'sishi bachadon devoriga shunday birikish bo'lib, mushak qavati va chorion villi o'rtasida desiduaning gubka qatlami bo'lmasa va villi bachadonning mushak qatlamiga etib boradi va hatto unga kirib boradi. Plasenta akkreta juda kam uchraydi: 24 000 tug'ilishdan 1 tasi. Plasental akkreta deyarli faqat ko'p pardada kuzatiladi.

Ba'zi akusherlar platsenta akkretasining yana 2 variantini ajratib ko'rsatishadi: platsentaning o'sishi (platsenta increta) va platsentaning o'sishi (platsenta percreta), ular faqat miyometrium qalinligida villi unib chiqish chuqurligida farqlanadi. Bu amaliy ahamiyatga ega emas. Plasenta perkreta bachadon devori orqali o'sib boradi va qorin bo'shlig'iga qon ketishining tegishli klinik ko'rinishi bilan uning yorilishiga olib kelishi mumkin. Yo'ldoshning o'sishi va unib chiqishi juda kam uchraydigan patologiya.

**1.3.1. Etiologiyasi va patogenezi.** Qattiq biriktirish va platsenta akkretasining sabablari bir xil omillarga bog'liq bo'lib, ularni quyidagi guruhlariga bo'lish mumkin: 1) jarrohlik yoki yallig'lanish jarayonlaridan keyin endometrium va miyometriumdagi strukturaviy va morfologik o'zgarishlarga bog'liq; 2) gialuron kislotasidagi fermentativ muvozanatning buzilishi bilan bog'liq - chorion villi va desidua o'rtasidagi gialuronidaza tizimi; 3) platsentaning joylashuvi patologiyasi tufayli.

Yo'ldoshning zich biriktirilishi yoki to'planishi, agar platsenta butun maydon bo'ylab o'z to'shagiga biriktirilgan bo'lsa, to'liq va qisman yo'ldoshning platsenta joyi bilan faqat ma'lum bir sohada yaqin aloqada bo'lishi mumkin. Birinchi holda, o'z-o'zidan qon ketish sodir bo'lmaydi. Ikkinchidan, qon ketish boshlanadi va agar ba'zi joylarda platsenta platsenta joyidan chiqib keta boshlasa, bu juda ko'p bo'lishi mumkin, bu esa onaning qoni bilan to'ldirilgan intervillous bo'shliqlarning ochilishiga olib keladi.

**1.3.2. Klinik rasm.** Platsentaning zich biriktirilishi yoki tug'ruqning III bosqichida qon ketishi (qisman zich biriktirish yoki o'sish) yoki qisqarishlar mavjud bo'lganda platsentaning mustaqil ajralish belgilarining yo'qligi (to'liq zich biriktirish yoki o'sish) bilan namoyon bo'ladi.

Birinchi holda, tug'ruqning uchinchi bosqichida tug'ilgan ayolni diqqat bilan kuzatib borish platsentaning ajralish belgilari bo'lmaganda qon ketishining boshlanishini aniqlash imkonini beradi. Qon ketishi mo'tadil bo'lishi mumkin yoki darhol mo'l-ko'l xarakterga ega bo'ladi. Uning darajasi asosan yo'ldoshning aloqasini yo'qotgan platsenta joyining maydoni, shuningdek, bachadonning nerv-mushak apparati holati va qonning koagulyatsion xususiyatlari bilan belgilanadi. Tananing reaksiyasi yo'qolgan qon miqdori va qon ketish boshlanishidan oldin tug'ruqdagi ayolning holatiga bog'liq (preeklampsi, somatik kasalliklar, tug'ilishning murakkabligi, anemiya).

**1.3.3. Diagnostika.** Platsentaning patologik biriktirilishi shakllarini tanib olish faqat platsentaning yumaloq bo'linishi operatsiyasi paytida mumkin.

Bachadon bo'shlig'iga qo'lda kirish vena ichiga behushlik ostida amalga oshiriladi. Operatsiya boshlanishi bilan bir vaqtning o'zida ular kristalloid eritmalar va bachadon kontraksion agentlarining infuzionini tomizishni boshlaydilar. Qattiq biriktirma bilan platsenta bachadon devoridan osongina ajratiladi. O'sish bo'lsa, yo'ldoshni (yoki uning qismini) bachadondan ajratib bo'lmaydi. Bunday holatda, qon ketishining ko'payishi va bachadonning mushak qatlamining shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun, yo'ldoshni ajratish uchun barcha urinishlarni to'xtatish kerak, chunki tashxis qo'yilgan: Plasenta akkreta. Infuzion-transfuzion terapiya bilan parallel ravishda qorin bo'shlig'i jarrohligi va bachadonni olib tashlashga o'tish kerak, uning hajmi qon yo'qotish darajasiga bog'liq.

Fiziologik qon yo'qotish hajmi villöz bo'shliqlardagi qon miqdoriga to'g'ri keladi va 250 ml ga teng. Chegaradagi qon yo'qotish tana vaznining 0,5% dan oshmaydi va taxminan 400 ml ga teng. Bunday qon yo'qotish ayollar tomonidan

osonlikcha toqat qilinadi. 500-1000 ml qon yo'qotish bilan bemorning tanasini qon yo'qotishiga moslashtiradigan kompensatsiya mexanizmlari faollashadi. 1000-1200 ml dan ortiq qon yo'qotish kompensatsiya qobiliyatlarini buzish va gemorragik shokning rivojlanishi bilan tahdid qiladi. Shokni oldini olish uchun o'z vaqtida infuzion terapiya qo'llaniladi.

#### 1.4. Tug'ruqdan so'ng gipo- va atonik qon keshishlar

Tug'ruqdan keyingi davrning dastlabki 2 soatida sodir bo'lgan qon ketish ko'pincha bachadonning qisqarish qobiliyatining buzilishi - uning gipo- yoki atonik holatiga bog'liq. Ularning chastotasi tug'ilishning umumiy sonining 3-4% ni tashkil qiladi.

"Atoniya" atamasi bachadonning holatini anglatadi, bunda miyometrium qisqarish qobiliyatini butunlay yo'qotadi. Gipotenziya ohangning pasayishi va bachadonning qisqarish qobiliyatining etarli emasligi bilan tavsiflanadi.

**Etiologiya.** Bachadonning gipo- va atonik holatining sabablari bir xil bo'lib, ularni ikkita asosiy guruhga bo'lish mumkin: 1) bachadonning gipotenziya yoki atoniyasini keltirib chiqaradigan onalik holatlari yoki kasalliklari (preeklampsi, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, jigar, buyraklar, nafas olish yo'llari, markaziy asab tizimi, neyroendokrin kasalliklar, o'tkir va surunkali infeksiyalar va boshqalar); to'qimalar va organlarning, shu jumladan bachadonning perfuziyasining buzilishi (travma, qon ketish, og'ir infeksiyalar) bilan kechadigan puerperalning barcha ekstremal sharoitlari; 2) bachadonning anatomik va funktsional zaiflashishiga olib keladigan sabablar: yo'ldoshning joylashishidagi anomaliyalar, tug'ruqdan keyingi qismlarning bachadon bo'shlig'ida saqlanishi, normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi, bachadon malformatsiyasi, to'planishi va qattiq biriktirilishi. platsenta, bachadonning yallig'lanish kasalliklari (endometriy), bachadon miomasi, ko'p homiladorlik, katta homila, platsentadagi halokatli o'zgarishlar. Bundan tashqari, mehnat faoliyatining anomaliyalari kabi qo'shimcha omillar, tug'ilishning uzoq yoki tez va tez kechishiga olib keladi, gipotenziya va bachadon atoniyasining

rivojlanishiga moyil bo'lishi mumkin; amniotik suyuqlikning o'z vaqtida chiqarilmasligi; akusherlik operatsiyalari paytida homilaning tez ekstraktsiyasi; bachadonni kamaytiradigan dori-darmonlarning katta dozalarini tayinlash; mehnatning uchinchi bosqichini haddan tashqari faol boshqarish. bachadonni kamaytirish; mehnatning uchinchi bosqichini haddan tashqari faol boshqarish. bachadonni qisqartirish; mehnatning uchinchi bosqichini haddan tashqari faol boshqarish.

**klinik rasm.** Erta tug'ruqdan keyingi davrda qon ketishining ikkita klinik variantini kuzatish mumkin.

**Birinchi variant:** platsenta tug'ilgandan so'ng darhol bachadon qisqarish qobiliyatini yo'qotadi; u atonik, mexanik, harorat va dori stimullariga javob bermaydi; birinchi daqiqalardan qon ketishi tabiatan juda ko'p bo'lib, tezda puerperalni shok holatiga olib keladi. Bachadonning birinchi navbatda paydo bo'lgan atoniyasi kam uchraydigan hodisadir.

**Ikkinchi variant:** bachadon vaqti-vaqti bilan bo'shashadi; mushaklarni rag'batlantiruvchi vositalar ta'siri ostida uning ohanglari va kontraktilligi vaqtincha tiklanadi; keyin bachadon yana xiralashadi; to'lqinli qon ketish; kuchaytirish davrlari deyarli to'liq to'xtash bilan almashtiriladi; qon 100-200 ml qismlarda yo'qoladi. Puerperalning tanasi bunday qon yo'qotilishini vaqtincha qoplaydi. Agar puerperalga yordam o'z vaqtida va etarli hajmda berilsa, bachadonning ohangi tiklanadi va qon ketish to'xtaydi. Agar akusherlik yordami kechiktirilsa yoki tasodifiy amalga oshirilsa, tananing kompensatsiya imkoniyatlari tugaydi. Bachadon tirnash xususiyati beruvchi moddalarga javob berishni to'xtatadi, gemostazning buzilishi qo'shiladi, qon ketishi massiv bo'ladi va gemorragik shok rivojlanadi.

## 1.5. SHokdan so'ng qon ketishlar

Qon ketishining maxsus guruhi qon ketishi bo'lib, bemor har qanday zarba yoki kollapsdan chiqarilgandan keyin bir necha daqiqa yoki bir necha soat o'tgach sodir bo'ladi. Ular odatda "shokdan keyingi qon ketish" deb ataladi.

**Patogenez.** Ushbu qon ketishlar DVS rivojlanishi bilan chambarchas bog'liq. Ular ko'pincha erta tug'ruqdan keyingi yoki operatsiyadan keyingi davrni murakkablashtiradi. Shu bilan birga, qon ketish tug'ruq tugagandan 3-4 soat o'tgach va undan keyin boshlanishi mumkin.

**Klinik rasm.** bunday qon ketish to'satdan paydo bo'lishi, katta qon yo'qotishi va qonning ivishi mumkin emasligi bilan tavsiflanadi. Shokdan keyingi qon ketish amniotik suyuqlik emboliyasidan keyin, Mendelson kislota aspiratsiyasi sindromidan keyin, har qanday kelib chiqishi anafilaktik shokdan keyin sodir bo'lishi mumkin. Bemorni infeksiyon-toksik va travmatik shokdan olib tashlangandan keyin shokdan keyingi qon ketishi mumkin. Shokdan keyingi qon ketishini qo'zg'atish, agar etarli og'riqni yo'qotish va qisqarishni nazorat qilish amalga oshirilmagan bo'lsa, muvofiqlashtirilmagan mehnat faoliyatida haddan tashqari og'riqli qisqarish bo'lishi mumkin. O'lik homila bilan tug'ilish, ayniqsa, bachadonda uzoq vaqt qolishdan keyin, bunday qon ketishi bilan murakkablashishi mumkin. Akusherlik operatsiyalarini etarli darajada og'riq qoldirmasdan bajarish ham qon ketishiga olib kelishi mumkin.

Shokdan keyingi qon ketish bilan nafaqat gemostaz tizimida aniq buzilishlar, balki qisqarish qobiliyatini yo'qotishda namoyon bo'ladigan bachadon mushaklarining jiddiy shikastlanishi ham mavjud. Ko'p organ etishmovchiligi bachadonni ham o'z ichiga oladi, shuning uchun "bachadon zarbasi" atamasi unga juda mos keladi.

Shokdan keyingi qon ketish ko'p a'zolarining og'ir etishmovchiligining mahalliy ko'rinishidir. Ushbu pozitsiyadan terapevtik choralar ko'rishga o'tish kerak. Intensiv, mohiyatan reanimatsiya, terapiyani o'tkazishda asosiy rol reanimatolog-anesteziologga tegishli. Akusherning vazifasi qon ketish manbasini olib tashlashdir, chunki qon ketishini to'xtatishning boshqa usullari yo'q.

Operatsiyaning hajmi - bachadonni ekstirpatsiya qilish va asosiy tomirlarni bog'lash: ichki yonbosh arteriyalarini bog'lash.

### 1.6. Tug'ruqdan keyingi kechki qon ketish

Tug'ruqdan keyingi kech qon ketish tug'ruq tugaganidan keyin 2 soat yoki undan ko'proq vaqt o'tgach sodir bo'lgan qon ketishini anglatadi. Ushbu guruhga turli xil kelib chiqadigan qon ketish kiradi: ular bachadonning gipotenziyasi, tug'ruqdan keyingi qismlarning kechikishi, qon ivish tizimidagi buzilishlar, yumshoq tug'ilish kanalining shikastlanishi va qon kasalliklari tufayli yuzaga kelishi mumkin.

**Gipotonik qon ketishlar** tug'ruqdan keyingi davrning birinchi kunida paydo bo'lishi mumkin. Patogenez, klinik ko'rinish, tashxis va ularga g'amxo'rlik erta tug'ruqdan keyingi davrda qon ketishiga o'xshaydi.

Tug'ilgandan keyingi dastlabki kunlarda va hatto haftalarda qon ketishi platsenta yoki membranalarning ulushining kechikishi natijasi bo'lishi mumkin, bu vaqtda tashxis qo'yilmagan. Plasentaning kechiktirilgan qismlari bachadonning normal involyutsiyasini oldini oladi, metroendometrit va tug'ruqdan keyingi yuqumli kasalliklarning boshqa shakllarini rivojlanishiga yordam beradi. Qon ketishining boshlanishi bilan tashxis vaginal tekshiruv paytida olingan ma'lumotlar asosida belgilanadi. 1-2 barmoq uchun o'tadigan bachadon bo'yni kanali, tug'ruqdan keyingi davr kuniga to'g'ri kelmaydigan katta yumshoq bachadon topiladi. Ba'zida ichki farenks orqasida zich tuberli to'qimalar paypaslanadi. Bunday vaziyatda qo'shimcha diagnostika usullaridan foydalanishga alohida ehtiyoj yo'q. Vaqtni yo'qotmasdan, bachadonni instrumental bo'shatish bilan davom etish kerak. Operatsiya tomir ichiga behushlik ostida amalga oshiriladi. Olib tashlangan to'qima gistologik tekshiruvga yuborilishi kerak. Operatsiyaga parallel ravishda bemorga qon yo'qotilishini hisobga olgan holda infuzion terapiya beriladi. Antibakterial terapiya majburiydir. Gemostatik vositalarni buyuring va bachadon dorilarini kamaytiring.

Kechki tug'ruqdan keyingi davrda qon ketish tikuv texnikasining buzilishi tufayli yumshoq tug'ilish kanalining shikastlanishiga bog'liq bo'lishi mumkin. Bunday vaziyatda odatda vagina yoki perineumning gematomalari hosil bo'ladi. Oldin qo'llanilgan barcha tikuvlarni olib tashlashimiz, qon ketish idishini izlashimiz, uni bog'lashimiz va yaraning chetlarini bog'lashimiz kerak. Barcha manipulyatsiyalar umumiy behushlik ostida amalga oshirilishi kerak, chunki bu operatsiya juda qiyin bo'lishi mumkin.

0,2-0,3% hollarda qon ketishi puerperal davrda trombotsitlar yoki qon tomir diatezi mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

**1.7. Idopatik trombositopeniya yoki** Verlhof kasalligi, periferik qonda trombotsitlar sonining keskin kamayishi fonida magistral va ekstremitalarda qon ketishlar va ko'karishlar mavjudligi bilan tavsiflanadi. Odatda, tug'ilishdan oldin, qon ketishining oldini olish uchun ayolga kortikosteroid terapiyasi buyuriladi. Tug'ilgandan keyin preparatning dozasi asta-sekin kamayadi va 5-6 kungacha bekor qilinadi. Qon ketishining boshlanishi bilan prednizolonning dozasi oshiriladi, rutin, dikinon, kaltsiy xlorid buyuriladi. Trombotsitlar suspenziyasi quyiladi.

**1.8. Villebrend kasalligi** irsiy kasalliklarni nazarda tutadi. Qon tomir devorining o'tkazuvchanligi va mo'rtligi oshishi bilan tavsiflanadi. Bemorlarda VIII omil etishmovchiligi mavjud, trombotsitlarning yopishish qobiliyati pasayadi. Qon ketishini to'xtatish uchun VIII omil kompleksini o'z ichiga olgan dorilarni yuborish kerak - antigemofil plazma. Qon ketishining oldini olish uchun plazma infuziyalari har 3 kunda takrorlanishi kerak.



## 2-BOB. GEMORRAGIK SHOK

Gemorragik shok akusherlik va ginekologiyada ko'p holatlarda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nisbatan kam uchraydigan, ammo jiddiy asoratdir.

### 2.1. Gemorragik shokning klinik ko'rinishi va asoratlari

Aksariyat hollarda qon yo'qotishning aniq miqdorini o'lchash qiyin va vizual ravishda hisoblangan qon yo'qotish miqdori ko'pincha kam baholanadi. Shokning klinik belgilari hayotiy organlarning hipoperfuziyasi mavjud bo'lganda paydo bo'ladi. Gipoperfuziya miyokardning samarasiz ishlashi (kardiogen shok), infektsiyaning natijasi bo'lishi mumkin, bu esa aylanma suyuqlik hajmining tomirdan tashqari bo'shliqqa o'tishi bilan qayta taqsimlanishiga olib keladi (septik shok). Gipoperfuziya o'tkir suvsizlanish yoki qon yo'qotish (gipovolemik shok)dagi gipovolemiya natijasida rivojlanishi mumkin. Gemorragik shokning klinik belgilari va belgilari qon yo'qotish hajmi va tezligiga qarab farq qilishi mumkin.

1-jadval.

#### Gemorragik shokning klinik belgilari

Organ tizimi	Shokning dastlabki bosqichi	shokning kech bosqichi
MNS	Ongning buzilishlari ba'zi	Xiralashgan og'riq hissi
Yurak-qon tomir tizimi	Taxikardiya ortostatik gipotenziya	Yurak etishmovchiligi Aritmiyalar gipotenziya
siydik tizimi	Oliguriya	Anuriya
Nafas olish tizimi	Taxipnea	Taxipnea Nafas olish etishmovchiligi
Jigar	O'zgarishlar yo'q	Jigar etishmovchiligi
Oshqozon-ichak trakti	O'zgarishlar yo'q	Shilliq pardalardan qon ketishi

Qon	Anemiya	koagulopatiya
Metabolizm	O'zgarishlar yo'q	Atsidoz gipokalsemiya Gipomagnezemiya

Gemorragik shokda patologik jarayonda ishtirok etadigan asosiy tizimlar markaziy asab, yurak-qon tomir va siydik tizimlaridir. Markaziy asab tizimining ishlash qobiliyati o'rtacha arterial bosim 60-dan pastga tushguncha saqlanadi. 70 mmhg. Gipovolemiyaning kuchayishi bilan engil tashvish hissi, qo'zg'alish apatiyaga va og'riq sezuvchanligining xiralashishiga aylanadi. Yurak qon yo'qotish va shokning erta namoyon bo'lishini qoplashda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Gipovolemiyaning erta namoyon bo'lishi refleksli taxikardiya paydo bo'lishi va yurak ishlab chiqarish hajmining oshishi bilan bog'liq.

Qon ketishining davom etishi bilan koronar arteriyalar va miyokardning hipoperfuziyasi yuzaga keladi, bu yurak disfunktsiyasiga, ishemiyaga va etishmovchilikka olib keladi, bu ko'krak qafasidagi og'riqlar, nafas qisilishi, o'pkada nam rallarning paydo bo'lishi, taxipnea, yurak ritmi va arr bilan namoyon bo'ladi.

Buyraklarda yuzaga keladigan kompensatsion mexanizmlar asosan renin-angiotensin-aldosteron tizimining faollashishiga kamayadi. Buyraklardagi erta qaytariladigan o'zgarishlar siydikda natriy konsentratsiyasining pasayishi va uning osmolyarligining oshishi bilan bog'liq. (>500 mOsm). Oliguriya kompensatsion mexanizmlarning buzilishining ishonchli belgisidir.

Shokning rivojlanishi bilan barcha organlar va tizimlar oxir-oqibat ta'sir qiladi. Nafas olish, gepatobiliar, oshqozon-ichak tizimlari jarayonning dastlabki bosqichlarida, qonning muhimroq organlar foydasiga qayta taqsimlanishi bilanoq ishtirok etishi mumkin: yurak, miya va buyraklar. O'pka shikastlanishining namoyon bo'lishi nafas qisilishi, taxipnea, o'pka infiltratlari va shish paydo bo'lishining rivojlanishini o'z ichiga oladi, bu esa to'qimalarning elastikligi va gipoksiyaning pasayishiga olib keladi. Kattalardagi nafas olish qiyinlishuvi sindromi rivojlanadi, bu o'pka ichidagi qonning manyovrlanishi, o'pka

to'qimalarining elastikligining pasayishi va arterial qondagi kislorodning qisman bosimining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarning bu holati o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasini talab qiladi. Jigarning ishemik shikastlanishi bilan qonda bilirubin va gidroksidi fosfataza darajasining o'rtacha ko'tarilishi kuzatilishi mumkin, oshqozon-ichak traktining ishemiyasi ochiq qon ketish, "kofe erlari" qusish, najasda o'zgargan qonning ko'rinishi, ichak ishemiyasi natijasida kechikkan qorin og'rig'i paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Ichak shilliq qavatida eroziya paydo bo'lishi bakteriemiya va sepsis rivojlanishiga yordam beradi. Ko'p tizimli ishtirok etish koagulopatiya va atsidoz kabi metabolik kasalliklarga olib kelishi mumkin.

## **2.2. Gemorragik shokning patofiziologiyasi.**

Gemorragik shokning rivojlanishi bilan aylanma qon hajmining keskin kamayishi vegetativ asab tizimining simpatik bo'linishini faollashtirishga olib keladi, bu periferik vazokonstriksiya, taxikardiya va miyokard qisqarishining kuchayishi bilan namoyon bo'ladi, bu esa o'z navbatida o'sishiga olib keladi. miyokard kislorod iste'molini mavjud sharoitda ta'minlab bo'lmaydigan darajaga etkazish. Bir vaqtning o'zida prekapillyarlarda spazm tufayli to'qimalarning hipoperfuziyasi hujayralarni keyinchalik atsidoz rivojlanishi bilan anaerob metabolizmga o'tishiga olib keladi. To'qimalarning gipoksiyasi, atsidoz va turli vositachilarning chiqarilishi tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishiga sabab bo'ladi. Reperfuziya shikastlanishi o'tkir bosqichda kislorod radikallari hosil bo'lganda rivojlanadi

Hujayra yallig'lanish mexanizmlari ham faollashadi, ular qon tomirlari va hujayralarga zarar etkazishda rol o'ynaydi. Tizimli yallig'lanishli javob sindromi (SIRS) rivojlanishida zaiflashgan shilliq qavat to'siqlari orqali mikroorganizmlar va endotoksinlarning o'tishi va ko'p a'zolar etishmovchiligi kabi omillar rol o'ynaydi.

## **2.3. Gemorragik shokning tasnifi.**

Gemorragik shokning tasnifi quyidagi 2-jadvalda keltirilgan.

Jadval 2. Gemorragik shokning tasnifi

<b>Ko'rsatkichlar</b>	<b>Kompensatsiya qilingan</b>	<b>Yengil daraja tortishish kuchi</b>	<b>O'rtacha og'irlik</b>	<b>Og'ir</b>
<b>Qon yo'qotish (ml)</b>	≤ 1000	1000-1500	1500-2000	> 2000
<b>Yurak urishi (bpm)</b>	< 100	>100	>120	>140
<b>Arterial bosim</b>	Oddiy	Ortostatik o'zgarishlar	Sezilarli darajada kamaydi	chuqur qulash
<b>Kapillyarlar to'ldirish</b>	Oddiy	Kechikishi mumkin	Odatda kech	Har doim kech
<b>Nafas olish</b>	Oddiy	Bir oz o'sish	o'rtacha taxipnea	Muhim taxipnea: nafas olishning qulashi
<b>Diurez (ml/soat)</b>	>30	20-30	5-20	Anuriya
<b>Ong holati</b>	Oddiy yoki hayajonli	Agitatsiya	chalkash	Uyquchanlik, og'riq sezuvchanligi xiralik

Ushbu tasnif AQHni dastlabki tiklash uchun zarur bo'lgan hajmni aniqlash uchun mo'ljallangan. Shokning bu belgilari yashirin qon yo'qotish darajasining ko'rsatkichlari bo'lib xizmat qilishi mumkin. Semptomlarning paydo bo'lishi va qon ketishining oqibatlari bevosita to'qimalarning perfuziyasiga bog'liq. AQH ning 15% dan kam yoki unga teng bo'lgan qon yo'qotish (kompensatsiyalangan zarba) qon miqdori, qon bosimi, puls, kapillyar to'ldirishga ta'sir qilmasligi mumkin. O'rtacha zarba odatda oson davolanadi va tezda tuzatilishi mumkin, ayniqsa reproduktiv yoshdagi yosh, sog'lom ayollarda. Qon yo'qotilishi davom etsa, taxikardiya rivojlanadi, simpatik asab tizimining ohangining oshishi bilan

tavsiflangan katekolaminlarning chiqarilishi. Dam olish paytida qon bosimi ko'rsatkichlari odatda o'zgarmaydi, ammo qon bosimi va yurak urish tezligida ortostatik o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Vaziyatning yanada og'irlashishi kompensatsiya mexanizmlarining buzilishiga olib kelishi mumkin. Bunday holat, sezilarli taxikardiya qon bosimining pasayishi bilan bog'liq bo'lsa, o'rtacha zarba deb tasniflanadi. Keyingi bosqich, davom etayotgan qon ketish holatida, to'qimalarning hipoperfuziyasining rivojlanishi, anaerob metabolizmga o'tishi va atsidozning kuchayishi. Vaziyat og'ir zarba sifatida tasniflanadi. Shu bilan birga, bemorda sezilarli taxikardiya, nafas olish etishmovchiligi rivojlanishi bilan taxipnea, oliguriya, keyin esa anuriya mavjud. Ro'yxatga olingan alomatlar bilan birga og'riq sezuvchanligi va ongni yo'qotish bo'lishi mumkin. Hujayra disfunktsiyasi va hujayra o'limi ko'p a'zolar etishmovchiligi va qaytarilmas shokning sababidir. Bunday hollarda o'lim 30% dan oshadi.

#### **2.4. Xavf omillari**

Klinikaga akusherlik yoki jarrohlik yordami uchun kelgan barcha bemorlarni dastlabki baholash va tekshirish batafsil tarixni o'z ichiga olishi kerak. Hujjatlar bemorda yoki uning qarindoshlarida koagulopatiyaning barcha faktlariga, ayolning antikoagulyantlardan foydalanishiga bog'liq. To'liq fizik tekshiruv ko'karishlar yoki peteksiyalarni aniqlashi mumkin. Bunday hollarda gemostaz tizimining holatini laboratoriya tadqiqotlari o'tkazish, tegishli mutaxassislarni jalb qilishni ko'rib chiqish kerak.

Barcha tavsiya etilgan protseduralar ayol bilan muhokama qilinishi kerak. Asoratlanish xavfi, shu jumladan qon ketishining rivojlanishi aniq belgilanishi va bemorning shaxsiy kartasida qayd etilishi kerak. Ba'zi klinik sharoitlar va ularni davolashning jarrohlik usullari qon ketish xavfining ortishi bilan bog'liq: ektopik homiladorlik, miyomektomiya, normal joylashgan yo'ldoshning erta ajralishi, platsenta previa, malign neoplazmalar.

Ba'zi hollarda ayol bilan qon mahsulotlarini quyish yoki gemodilyutsiya

texnikasi haqida gaplashish o'rinli bo'lishi mumkin. Bunday vaziyatlarda alohida o'rinni e'tiqodlari qon quyishdan bosh tortishni talab qiladigan bemorlar egallaydi.

Klinisyenlar har bir bemorda gemorragik shok xavfini baholashlari va ushbu baholashga muvofiq tegishli choralarni ko'rishlari kerak.

## **2.5. Kirish**

Erta reanimatsiya choralari qon ketishini to'xtatish va to'qimalarni etarli darajada kislorod bilan ta'minlash uchun aylanma qon hajmini tiklashni o'z ichiga oladi. Mumkin bo'lgan hollarda, barcha holatlarda qon yo'qotilishini minimallashtirishga harakat qilish kerak. Qon ketishni tezda to'xtatish uchun qon ketish manbasini aniqlash, tajribali xodimlarning mavjudligi, xodimlarning tos a'zolarining anatomiyasini aniq bilishi, vahima yo'qligi va yordam ko'rsatishga tizimli yondashish muhim ahamiyatga ega. Ko'p tarmoqli mutaxassislar guruhini, jumladan ginekologlarni, anesteziologni, hamshiralarni, iloji bo'lsa, umumiy jarrohni, qon tomir jarrohni, reanimatsiya bo'yicha mutaxassisni, gematologni jalb qilish ayolda katta qon yo'qotish belgilari paydo bo'lishi bilanoq zarur bo'ladi. zarba. Qon quyish xizmati va laboratoriyani xabardor qilish kerak. Shu sababdan, ishemik shikastlanish natijasida hujayra o'limi zarbaning yakuniy bosqichidir, barcha harakatlar to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishini tezda tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak. Ushbu maqsadga erishish uchun quyidagi fikrlarni ta'minlash kerak: kislorod bilan ta'minlash, aylanma qon hajmini tiklash, dori terapiyasini o'tkazish, uning samaradorligini kuzatish, qon ketishining sababini bartaraf etish. Bundan tashqari, shuni esda tutish kerakki, natija erta tashxis qo'yish va "qon yo'qotilishini tiklash va qon ketishni to'xtatish" tamoyiliga asoslangan samarali terapiyani tezda amalga oshirish kabi omillarga bog'liq. kislorod bilan ta'minlash, aylanma qon hajmini tiklash, dori terapiyasini o'tkazish, uning samaradorligini kuzatish, qon ketishining sababini bartaraf etish. Bundan tashqari, shuni esda tutish kerakki, natija erta tashxis qo'yish va "qon yo'qotilishini tiklash va qon ketishni to'xtatish" tamoyiliga asoslangan samarali terapiyani tezda amalga oshirish kabi omillarga bog'liq. kislorod bilan ta'minlash, aylanma qon hajmini

tiklash, dori terapiyasini o'tkazish, uning samaradorligini kuzatish, qon ketishining sababini bartaraf etish. Bundan tashqari, shuni esda tutish kerakki, natija erta tashxis qo'yish va "qon yo'qotilishini tiklash va qon ketishni to'xtatish" tamoyiliga asoslangan samarali terapiyani tezda amalga oshirish kabi omillarga bog'liq.

Homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrning yuqoridagi barcha asoratlari trombogemorragik asoratlarga olib kelishi mumkin va asosan homiladorlik va tug'ilishning borishi va natijalarini aniqlaydi.

Trombogemorragik asoratlarning sabablarini aniqlash, patogenezi tushunish, shoshilinch va klinik vaziyatda ratsional diagnostikani tanlash, intensiv terapiyaning optimal taktikasini tanlash, jarrohlik yoki konservativ davo shartlarini aniqlashtirish, anestetik davolash - bu masalalar akusher-ginekologlar va shifokorlar oldida paydo bo'ladi. akusherlikda kritik sharoitlarni rivojlantirishda reanimatologlar.

Shu bilan birga, akusherlik klinikasidagi og'ir sharoitlarning trombogemorragik ko'rinishlarining ahamiyati hali juda kam o'rganilmagan. Xususan, DVS-SINDROMA (gemokoagulyatsiya shoki, ARDS, MODS) uchun xarakterli klinik ko'rinishlar odatda klinisyenlar tomonidan asosiy kasallikning kechishi bilan bog'lanadi yoki alohida, mustaqil, umumiy patogenez bilan birlashtirilmagan deb hisoblanadi, bu esa uni shunday qiladi. ushbu patologiyani o'z vaqtida tashxislash va davolash qiyin.

Shuni alohida ta'kidlash kerakki, kundalik intensiv terapiya amaliyotida akusherlikdagi og'ir holatlarning trombogemorragik ko'rinishi nafaqat DVS, balki gemostazning boshqa patologiyalari (tug'ma va orttirilgan trombofiliya, fon Villebrand kasalligi, K-vitaminiga bog'liq) natijasidir. koagulopatiya, disfibrinemiya, gemodilyutsion koagulopatiya, trombositopatiyalar va boshqalar). Shuning uchun diagnostikaga situatsion yondashuv va davolashga empirik yondashuv hozirgi vaqtda maqbul deb hisoblanishi mumkin emas.

### 3-BOB. GEMOSTAZ TIZIMINING FIZIOLOGIYASI

Gemostatik tizim tananing hayotida muhim rol o'ynaydi va qonning to'planishining suyuq holatini ta'minlaydigan, qon ketishining oldini oladigan va to'xtatadigan murakkab biologik tizimdir. Bu gemostazning to'rtta bo'g'inining o'zaro ta'siri bilan ta'minlanadi:

1. tomir-trombotsitlar (birlamchi tromb hosil qiluvchi);
2. koagulyatsiya (ikkilamchi, qizil tromb hosil qilish);
3. antikoagulyant (fibrin trombinning shakllanishini oldini olish);
4. fibrinolitik (qon tomirlarida fibrin trombinning erishini ta'minlash).

Qon tomir-trombotsit gemostazi endoteliy va qon tomir silliq mushaklari, shuningdek trombotsitlar bilan ifodalanadi. Birlamchi trombotsitlar gemostazining mohiyati past bosimli tomirlarda qon pıhtılarının shakllanishi (mikrosirkulyatsiya), mahalliy vazokonstriksiya (serotonin, adrenalin, tromboksan A2 ning mahalliy ta'siri), trombotsitlarning shikastlangan (ochilgan) tomir endotelial kollageniga yopishishi (yopishishi). oq tromb hosil bo'lishi bilan trombotsitlarning agregatsiyasi va qisqarishi tufayli trombotsitlar agregatlarining shakllanishi. Trombotsitlar yopishishida kaltsiy ionlari va qon tomir endoteliasida sintez qilingan fon Vıllebrand omil oqsili ishtirok etadi.

Tomirlarning lümenini ichkaridan qoplagan holda, endoteliy qon elementlarini tomir to'shagida ushlab turadi va ularning interstitsial bo'shliqqa ko'chishining oldini oladi.

Fiziologik sharoitda trombotsitlar bir-biri bilan to'planmaydi va qon tomir devoriga yopishmaydi, chunki ikkinchisi doimiy ravishda araxidon kislotasidan hosil bo'lgan prostatsiklin ishlab chiqaradi. Bu eng kuchli fiziologik antiplatelet agenti. Ta'sir mexanizmi ATP ni cAMP ga aylantiruvchi ferment adenilat siklaza faollashishi bilan bog'liq. Endotelial hujayralarning sitoplazmatik membranasi trombinni bog'laydigan trombomodulinni sintez qiladi, buning natijasida ikkinchisi koagulyatsiya qobiliyatini yo'qotadi, lekin C va Z proteinining ikkita eng muhim



antikoagulyantlari tizimiga faollashtiruvchi ta'sirni saqlab qoladi. Endotelial hujayralar to'qima fibrinolizini ishlab chiqaradi. faollashtiruvchi, antikoagulyant kompleksi antitrombin III + geparinni ularning yuzasida fiksatsiya qiladi fon Villebrand omili, fibronektin,

1980 yilda endotelial bo'shashtiruvchi omil (ERF), 1982 yilda esa endotelial ogohlantiruvchi omil (ESF) kashf qilindi. ESF tomirni toraytiradi va ERF kengayadi va ikkala omil ham endoteliy tomonidan ishlab chiqariladi. ERF ning faol printsipti nitrat oksidi bo'lib, u ko'plab vositachilar (kininlar, atsetilxolin va boshqalar) ta'sirida qon tomir endoteliysida hosil bo'ladi va bu joydagi tomirlarning silliq mushaklarini guanilatsiklaza tizimi orqali bo'shashtiradi, c hosil bo'lishi bilan. -GMP. Ikkinchisi trombositlar sitoplazmasida kaltsiy ionlarining konsentratsiyasini kamaytiradi, prostatsiklinning sinergistidir, to'qimalarda qon oqimining fiziologik regulyatori sifatida ishlaydi.

Kritik sharoitlarda azot oksidi faollashtirilgan makrofaglar va immunoreaktiv tizimning boshqa hujayralari tomonidan sintezlanadi va bunday azot oksidi qon oqimining avtoregulyatsiyasidan tubdan farq qiladigan patologik vazodilatatsiyani keltirib chiqaradi.

Endoteliy shikastlanganda trombositlar kollagen, fon Villebrand omili, trombospondin, fibronektin va boshqalar kabi subendotelial oqsillar bilan aloqa qiladi. Trombindan tashqari trombositlar faollashishi trombositlar agregatsiyasi omili, ularning zararlanishi vaqtida hujayralardan ajralib chiqadigan ADP tufayli yuzaga keladi. Shuningdek, katexolaminlar, serotonin va boshqalar. Bu agentlarning barchasi trombositlar plazma membranasida o'ziga xos retseptorlarga ega.

Trombositlarning yopishqoq-agregativ funktsiyasi ko'p jihatdan kaltsiy ionlarini ushbu hujayralarga tashishga, shuningdek, membrana fosfolipidlaridan araxidon kislotasi va siklik prostaglandin hosilalarining shakllanishiga bog'liq. Shu bilan birga trombositlarning o'zida agregatsiya va angiopazmning kuchli stimulyatori tromboksan A<sub>2</sub>, endoteliy hujayralarida esa antiagregant va qon tomirlarini kengaytiruvchi prostatsiklin hosil bo'ladi. Endoteliy shikastlanganda

tromboksen hosil bo'la boshlaydi. ustunlik qiladi. Tromboksen va prostatsiklin o'rtasidagi bu nomutanosiblik agregatsiyani keskin oshiradi.

Plazma (koagulyatsion) gemostaz 13 ta qon ivish omillari tufayli amalga oshiriladi, ular bir-biri bilan ketma-ket o'zaro ta'sir qiladi va ularni faol bo'lmagan holatdan faol holatga keltiradi. Qon ivish omillarining ikki guruhi mavjud: fermentativ va ferment bo'lmagan. Koagulyatsiya kaskadida fermentativ omillar mustaqil bosqichni egallaydi. Enzimatik bo'lmagan omillar faqat qon ivish jarayoni uchun kuchli katalizatorlardir (V va VIII omillar). V omil X omil faolligini, VIII omil esa IX omil faolligini oshiradi. Jarayonning deyarli barcha bosqichlarida qon koagulyatsion omillarning faollashishi va o'zaro ta'siri erkin plazma fosfolipid membranalarida sodir bo'ladi. Kaltsiy ionlari yordamida koagulyatsion omillar fosfolipid membranalarida o'rnatiladi.

Qon ivishining ikki yo'li mavjud. Ichki koagulyatsion mexanizmning ishga tushirilishi Hageman omilining (XII) faollashishi bilan boshlanadi. Kallikrein XII omilning faollashuvini kuchaytirib, uni XPA omiliga aylantiradi. HPa omili f ni faollashtiradi. XI, va XI va kaltsiy ionlari ishtirokida f faollashadi. IX. IXa omil VIII omil, kaltsiy ionlari va trombositlar fosfolipidlari ishtirokida X omilni faollashtiradi. Bunga parallel ravishda qon koagulyatsiyasining tashqi mexanizmi ishlaydi - endotelial va silliq mushak hujayralarida joylashgan to'qima tromboplastinasi kaltsiy ionlari ishtirokida qonda aylanib yuruvchi VII omil bilan kompleks hosil qiladi va ikkinchisini Vila omiliga aylantiradi. Faktor Vila kompleksi, to'qima tromboplastin X omilni Xa ga aylantiradi. Xa omil fosfolipid yuzasida kaltsiy ionlari mavjud bo'lganda, V omil bilan bog'lanadi. Bu butun kompleks protrombinaza vazifasini bajaradi, protrombinni trombinga aylantirish. Trombin uchun substrat fibrinogendir. Trombin ta'sirida fibrinogendan fibrin monomerlari hosil bo'ladi, ularning har biri 4 ta erkin bog'ga ega. Bu bog'larni bir-biriga bog'lab, avval juft bo'lib (dimerlar), so'ngra uchi va yonma-yon (polimerlar) fibrin tolalari hosil bo'ladi. Olingan fibrin mo'rt bo'lib, uning barqarorlashuvi XIIIa omili ta'sirida sodir bo'ladi, ikkinchisi qo'shni fibrin molekulalari orasidagi o'zaro bog'liqlikni ta'minlaydi.

DVS bilan trombinga sezuvchanlik pasayadi va fibrin monomerlarining polimerizatsiya jarayoni u yoki bu darajada buziladi, buning natijasida trombin vaqti uzayadi va trombin endi barcha fibrinogenni koagulyatsiya qilmaydi. Aniqlanishicha, bu buzilish to'liq va to'liq bo'lmagan fibrin-monomerlarning bir qismi fibrinogen bilan murakkab birikmalar hosil qiladi va plazmin bilan erta fibrinogen/fibrin parchalanish mahsulotlarini hosil qiladi. Ushbu yirik va o'rta molekulyar og'irlikdagi eruvchan fibrin-monomer komplekslari (SFMK) "bloklangan fibrinogen" deb ataladi. Trombin ta'sirida ular yomon koagulyatsiyalanadi.

II, VII, IX, X omillari K vitamini ta'sirida jigarda sintezlanadi. K vitaminiga bog'liq bo'lgan omillarning etishmasligi yoki iste'mol qilinishi bilan bir vaqtning o'zida faollashuvning ichki va tashqi yo'llari buziladi.

Plazma koagulyatsion omillardan faqat VII omil faqat jarayonning tashqi mexanizmida ishtirok etadi va shuning uchun uning etishmovchiligi bilan faqat protrombin vaqti uzayadi.

XII, XI, IX, VIII va prekallikrein omillari faqat faollashuvning ichki mexanizmida ishtirok etadilar, shuning uchun ular etishmasa, PFQT va avtokoagulyatsiya testi buziladi va protrombin vaqti normal bo'lib qoladi.

Ikkala koagulyatsion mexanizm yopilgan X, V, II va I omillarining etishmasligi bilan patologiya yuqoridagi barcha testlarda namoyon bo'ladi.

Antikoagulyant tizim: ATS plazma antikoagulyant faolligining 75% dan ortig'ini tashkil qiladi. Trombin, X, IX, XI, XII omillar va kallikreinga inaktivlashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi. ATS geparinning asosiy kofaktoridir, shuning uchun uning pasayishi bilan geparin terapiyasi samarasizdir.

X omil va trombinning ahamiyatsiz konsentratsiyasi hosil bo'lishi bilan protein S faollashadi. Bu K-vitaminga bog'liq protein faollashtirilgan Va va Villa omillarini ferment komplekslaridan olib tashlashga qodir va shu bilan Xa omili va trombin hosil bo'lishini cheklaydi. A2-makroglobulin XII omilning faol shakliga o'tishini inhibe qiladi. 1978 yilda Z.S. Barkagan va K.M. Bishevskiy birlamchi va ikkilamchi bo'lingan fiziologik antikoagulyantlar tasnifini taklif qildi. Birlamchilari

organizmda aynan shu yagona funktsiyani amalga oshirish uchun sintezlanadi, ikkinchi darajalilari esa boshqa funktsional yo'nalishdagi tarkibiy qismlardan - koagulyatsion omillardan, qon ivish jarayonida proteolizi natijasida boshqa oqsillardan, fibrinoliz va boshqa ferment tizimlarini faollashtirish.

**Jadval 3. Qon ivish omillari**

<b>Raqamli Belgilanish</b>	<b>Faktor nomi</b>	<b>Plazma tarkibi, g/l</b>	<b>Gemostaz uchun zarur bo'lgan minimal daraja</b>
bitta	2	3	to'rtta
I	fibrinogen	2,0-4,0	0,8-1,0 g/l
II	protrombin	Taxminan 0,1	40%
III	to'qima tromboplastin	0	-
IV	Kaltsiy ionlari	0,9-1,2 mmol/l	-
V	Proakselerin	Taxminan 0,01	10-15%
VII	Prokonvertin	Taxminan 0,05%	5-10%
VIII	Antigemofil globulin	0,01-0,02	30-35%
IX	RTS omili, Rojdestvo omili	Taxminan 0,003	20-30%
X	Styuart-Prover omili	Taxminan 0,1	10-20%
XI	Plazma tromboplastinning kashshofi. PTA omili	Taxminan 0,005	
XII	Hageman omili, kontakt omili	Taxminan 0,03	1% dan kam
XIII	fibrin barqarorlashtiruvchi omil Fletcher omil (prekalekrein) Fitsjerald omili	0,001-0,02	2-5%

Fibrin / fibrinogenni mayda bo'laklarga ajratadigan tizimga fibrinolitik

deyiladi. Ushbu tizimning asosiy komponenti plazmin bo'lib, u plazmada faol bo'lmagan plazminogen fermenti sifatida mavjud. Plazminogen jigar tomonidan sintezlanadi va doimiy ravishda aylanma qonda mavjud. Plazminogenni plazminga aylantirish mexanizmi plazminogen aktivatorlari va ingibitorlari tomonidan tartibga solinadi. Uning faollashtiruvchilari quyidagilardir: to'qima plazminogen faollashtiruvchisi, urokinaz, Xageman omili va boshqalar. Har bir plazminogen faollashtiruvchining o'ziga xos inhibitori (antiplazminogen) mavjud. Faol plazmin antiplazmin tizimi tomonidan bloklanadi, ulardan eng kuchlisi 2 tasi antiplazmindir. Fibrinolitik tizimning faollashishi tashqi mexanizm (to'qimalarning plazminogen faollashtiruvchisi) va ichki mexanizm (Hageman omili) bilan sodir bo'ladi.

Faol plazmin fibrinogen/fibrinning ketma-ket, assimetrik bo'linishiga olib keladi. Birinchidan, past molekulyar og'irlikdagi bo'laklar ularning a va b zanjirlaridan ajralib chiqadi va trombin ta'sirida hali ham fibrin (koagulyatsiya) hosil qilish qobiliyatini saqlaydigan katta molekulyar X fragmenti qoladi. Bundan tashqari, plazmin ta'sirida X fragmenti U va B bo'laklariga, Y fragmenti B va E bo'laklariga bo'linadi.

Fibrinolizning katta molekulyar og'irlikdagi mahsulotlari (X va Y bo'laklari) adabiyotda "erta" deb nomlanadi (ular, RFBMS kabi, stafilokokk adezyon testlari bilan aniqlanadi) va B va E fragmentlari "kech" deb nomlanadi.

Qonda PDP ning ko'payishi unda fibrinoliz faollashtirilganligini ko'rsatadi. Ko'pgina klinik vaziyatlarda bunday faollashuv ikkilamchi bo'lib, yo tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsiya yoki massiv tromboemboliya, shuningdek organlarda intensiv mahalliy gemokoagulyatsiya bilan bog'liq. Ko'pincha DVSDa PDP darajasining oshishi globulin lizisining sekinlashishi va XII ga bog'liq fibrinolizning qondagi plazminogen va uning faollashtiruvchilari miqdorining pasayishi bilan birlashtiriladi. Bunda hech qanday qarama-qarshilik yo'q, chunki PDP hosil bo'lishi bilan fibrinoliz qon pıhtılarında va glazminogen va uning faollashtiruvchilari fiksatsiyalangan fibrin mikroklotlarida sodir bo'ladi. Buning oqibati bu moddalarni aylanma qondan intensiv yo'qotishdir, buning natijasida

ularning plazmadagi konsentratsiyasi pasayadi. PDF-fayllar qon tomir o'tkazuvchanligi va ohangiga ta'sir qiladi,

### 3.1. Fiziologik homiladorlik davrida gemokoagulyatsiya tizimining holatining xususiyatlari.

Adabiyotlarga ko'ra, fiziologik homiladorlik davrida III trimestrda qon koagulyatsiyasi omillarining umumiy faolligi oshadi. gemostaz faollashtirish ichki yo'li komponentlari - VIII, IX, X, XI, XII, va xronometrik testlar (PFQT. AVR) bu qisqarishi bir ko'rinishi sifatida (4-jadval).

Yuqoridagi trimestr oxirida fibrinogen darajasi 20-30% ga oshadi (o'rtacha ko'rsatkichlarga nisbatan) va qon ivishini faollashtirishning tashqi yo'lini tashkil etuvchi omillar sonining ko'payishi ahamiyatsiz, buni tasdiqlaydi. protrombin kompleksining ma'lumotlari (PTI o'rtacha 100-110%).

Koagulyatsiyaning yakuniy bosqichi, ya'ni fibrinogenni fibringa aylantirish, homiladorlikdan tashqari ayollarda me'yoriy ko'rsatkichlarga mos keladi. Tug'ilishdan oldin eruvchan fibrin-monomer komplekslari darajasi normaga nisbatan o'rtacha 1,5 baravar ko'payadi va tug'ruqdan keyingi davrning birinchi kunida ularning soni asl nusxadan o'rtacha 50% ga oshishi mumkin. RFMKning bu darajasi 3-4 kun davom etadi va faqat tug'ruqdan keyingi davrning 6-7-kunlarida pasayish tendentsiyasiga ega.

4-jadval

#### Fiziologik homiladorlik davrida gemostaz parametrlarining dinamikasi, (M±m)

Gemostaz testlari	Tadqiqot bosqichlari			
	Tug'ruqdan oldin	1 kun	3 kun	5 kun
HI	0,31±0,01	0,31±0,01	0,31±0,01	0,32±0,01
PTI, %	102,0±0,9	102,1±0,6	101,7±0,6	103,0±0,8
CHK sek	14,1±0,2	14,3±0,2	14,1±0,2	14,6±0,2
CHK, donor, sek	14,7±0,1	15,1±0,1	14,9±0,1	15,2±0,1

AVSK	1,99±0,5	1,89±0,5	2,11±1,3	2,38±1,4
PFQT, sek	35,5±0,8	33,7±0,8	34,5±0,4	35,9±0,6
PFQT boshqaruvi, sek	38,8±0,3	38,9±0,3	37,9±0,2	38,1±0,4
OFT, mg%	9,0±1,0	14,2±1,2	12,8±1,5	7,3±0,8
HZF, min	11,6±0,9	28,2±3,5	29,7±3,5	17,0±2,4
Fibrinogen, g/l	3,6±0,1	3,8±0,2	3,9±0,2	3,7±0,1
Trombotsitlar, ming	233±8,4	247±13,1	295±12,2	283±11,2
AT III, %	103,9±3,6	96,1±1,9	97,1±2,4	97,6±2,1
PDF, mkg/ml	6,3±1,2	8,8±1,1	0,7±4,0	3,2±0,5
Pdf, nazorat	3,3±0,3	2,8±0,3	3,0±0,3	2,8±0,1
LIS, sek	89,0±2,5	98,3±3,1	96,2±4,2	84,7±2,3
LIS boshqaruvi, sek	84,2±0,6	80,5±1,1	85,6±2,8	80,8±158
IRP, %	96,7±2,1	83,1±3,4	90,9±4,5	96,0±3,5
D-dimerlar, ng/l	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
ADP bilan yig'ish, sek	22,0±1,1	20,0±0,3	23,0±1,0	24,0±1,0
ADP (nazorat) bilan yig'ish, sek	28,3±0,4	27,9±0,3	28,4±0,5	28,4±0,4

Bu gemostaz va trombinemiyaning koagulyatsion aloqasi faolligi oshishi faktini tasdiqlaydi. Gemostazning qon tomir-trombotsitlar bog'lanishida trombotsitlarning agregatsiya qobiliyati 20-30% ga oshadi, ularning normal soni.

Homilador ayollarning tanasida fibrinogen metabolizmining yuqori tezligi tufayli. normal plazminogen konsentratsiyasi fonida D-dimerlar (kech fibrin degradatsiyasi mahsulotlari) bo'lmasa, siqish testiga ko'ra, erta PDF-larda biroz o'sish bo'lishi mumkin. Ushbu o'zgarishlar fibrinolizning o'rtacha faollashuvi sifatida qabul qilinadi.

Tug'ilgan va tug'ruqdan keyingi davrlarda AT 1P darajasi normal chegaralarda qolmoqda.

Fiziologik homiladorlik davrida asosiy prokoagulyantlar faolligi oshishiga qaramasdan, gemostazning patologik faollashuvi aniqlanmaydi - bu gemostaz tizimining barcha qismlarining muvozanatli va kompensatsiyalangan ishi natijasida

erishiladi, bu homiladorlik davrida o'ziga xos xususiyatdir.

Shunday qilib, gemostaz tizimidagi fiziologik o'zgarishlar homilador ayol tanasining homiladorlik jarayoniga umumiy qon aylanish moslashuvining namoyon bo'lishi bo'lib, bu samarali gemostaza yordam beradi, ammo bu fiziologik o'zgarishlar har qanday tanqidiy vaziyatda adaptiv mexanizmlarning buzilishi uchun fon yaratadi. homiladorlik va tug'ish paytidagi vaziyat.

### **3.2. DVS etiopatogenezi**

Endi ma'lumki, DVS sindromi nospesifik ko'p komponentli patologik jarayon bo'lib, qon ivish potentsialining real va potentsial kuchayishiga asoslanadi, buning natijasida qon birinchi navbatda mikrosirkulyatsiya zonalarida ivish jarayoniga uchraydi, kapillyar to'shakni fibrin bilan bloklaydi va hujayra agregatlari, so'ngra uning koagulyatsion va antikoagulyatsion salohiyatini yo'qotib, koagulyatsiya qobiliyatini yo'qotadi. Klinik jihatdan bu tromboz yoki ko'p qon ketish, mikrosirkulyatsiyani blokirovka qilish va natijada ko'p organ etishmovchiligi sindromining rivojlanishi bilan ifodalanadi.

#### **Akusherlik va ginekologiyada og'ir sharoitlarda DVS rivojlanishining asosiy sabablari:**

- ❖ gestozning og'ir shakllari (preeklampsi va eklampsi);
- ❖ normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi;
- ❖ amniotik suyuqlik bilan emboliya;
- ❖ muzlatilgan homiladorlik;
- ❖ turli xil kelib chiqishi qon ketishi, katta qon quyish;
- ❖ ekstragenital patologiya;
- ❖ turli xil zarbalar, allergik reaksiyalar;
- ❖ og'iz kontratseptivlaridan uzoq muddatli foydalanish;
- ❖ operatsiyalarning yuqori travmatizmi;
- ❖ sepsis, septik shok.

Ko'pgina sababchi omillarga qaramay, DVSni amalga oshirish qonning



koagulyatsion potentsialining tashqi va ichki koagulyatsion yo'llar bo'ylab intensiv yoki uzoq muddatli faollashuvi mavjud bo'lganda mumkin, bu esa antikoagulyant mexanizmlarning yo'qolishiga, faollashishiga va keyinchalik kamayishiga olib keladi. fibrinolitik va kallikreinkin tizimlarining tarkibiy qismlari.

1. Kechki preeklampsiyaning og'ir shakllarida umumiy arteriolospazm mavjud bo'lib, bu endoteliyga katta zarar etkazadigan periferik tomirlarning qarshiligini oshirishga yordam beradi. Natijada qon tomir devorining trombogen potentsiali va uning tromborezistentligining nisbati buziladi, prostatsiklin sintezi pasayadi va trombotsitlar agregatsiyasining kuchli induktori bo'lgan tromboksan ishlab chiqarilishi kuchayadi, giperagregatsiya yuzaga keladi, trombotsitlar trombotsitlar omillarini qonga chiqaradi. va keyin ajrating. Periferik qon aylanishining buzilishi to'qimalarning metabolizmini murakkablashtiradi, gipoksiyani kuchaytiradi, organlar va to'qimalarda distrofik va nekrobiyotik jarayonlarga yordam beradi. Ushbu o'zgarishlar kapillyar hovuzdagi qon oqimining sekinlashishi, qon yopishqoqligining oshishi, eritrotsitlar agregatlarining shakllanishi, ulardan tromboplastin moddalarini chiqarish va koagulyatsion potentsialni faollashtirish. Aniqlanishicha, preeklampsi qanchalik og'ir va uzoq davom etsa, hujayralar yig'ilishi shunchalik aniq bo'ladi va DVS tez-tez uchraydi. Preeklampsiyaning og'irligi va platsentaning erta ajralish darajasi o'rtasidagi aniq bog'liqlikni hisobga olsak, DVS ushbu asoratning kelib chiqishida muhim rol o'ynaydi, deb aytish mumkin. Preeklampsiyani ambulatoriya darajasida o'z vaqtida aniqlash, preeklampsiyaning og'ir shakllari bo'lgan ayollarni malakali davolash va o'z vaqtida va ehtiyotkorlik bilan etkazib berish jiddiy asoratlarni oldini olishga va koagulopatiyadan qon ketishining rivojlanishiga yo'l qo'ymaslikka yordam beradi. So'nggi o'n yillikda xorijiy va mahalliy adabiyotlarda sitokinlarning potentsial rolini muhokama qiladigan asarlar paydo bo'ldi (IL-1a, IL-1b, IL-8, TNF-2a) kech preeklampsiyada tromboz va DVS rivojlanishida. Kechki preeklampsi, hatto yallig'lanish belgilari bo'lmasa ham, sitokinlarni ishlab chiqarish bilan birga ekanligi isbotlangan. Sitokinlarning gemostaza ta'siri qon tomir devori orqali amalga oshiriladi, ular endotelial hujayralarning yopishqoq xususiyatlarini

oshiradi, prokoagulyantning ko'payishi va qon tomir endoteliyasining antikoagulyant xususiyatlarini bostirish bilan bog'liq giperkoagulyatsiyani keltirib chiqaradi.

2. Tromboplastin va uning analoglari amniotik emboliyada, platsenta va desiduaning avtolizida, homila maseratsiyasida bir qator koagulyatsion omillar faollashgan holatlar mavjud.

3. Sepsisdagi DVSning boshlang'ich bosqichi, asosiy sababdan qat'i nazar, gemostaz tizimini faollashtirishi mumkin bo'lgan vositachilar (sitokinlar) ning chiqarilishi hisoblanadi. Bunday holda, boshlang'ich mexanizm endoteliyning shikastlanishi va tomirlarning o'tkazuvchanligini oshiradi, bu endotoksinlarning chiqishi va mediatorlarning faollashishi natijasida yuzaga keladi. Septikemiya tufayli faollashtirilgan leykotsitlarning sitokin tizimi DVS rivojlanishida markaziy rol o'ynaydi, bu ko'p organ etishmovchiligiga olib keladi.

4. Har doim qandaydir tarzda tomir devorining shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan o'tkir massiv qon yo'qotishda gemostazning birlamchi trombositlar bog'lanishi tufayli ham, qon ivish omillari va o'zgarishlarining etishmasligi tufayli qon ivishining keskin faollashishi kuzatiladi. fibrinoliz tizimida.

### **3.3. Tasniflash.**

Turli mualliflar bosqichlarning turli tasniflarini taklif qildilar va DVS kursi, garchi klinik amaliyotda DVS har doim ham bunday aniq shaklda o'zini namoyon qilmaydi.

#### **Kechishiga ko'ra ular quyidagilarni ajratib ko'rsatishadi:**

- ❖ DVS ning chaqmoq tezligi;
- ❖ keskin shakl;
- ❖ subakut;
- ❖ surunkali.

**chaqmoq kechishi** amniotik suyuqlikning massiv emboliyasi bilan tez-tez uchraydi, O'tkir - sepsis, massiv transfüzyon sindromi, platsentaning erta ajralishi uchun xarakterlidir; subakut - bir xil patologik sharoitlarda yuzaga keladi, uning

zo'ravonligi kamroq aniqlanadi; surunkali - uzoq muddatli gestoz, APS, yurak etishmovchiligi, surunkali buyrak etishmovchiligi va boshqalar bilan.

Akusherlik amaliyotidagi og'ir sharoitlarda akusher-ginekologlar va reanimatologlar ko'pincha o'tkir DVSning quyidagi tasnifidan foydalanadilar (M.S. Machabeli tasnifi va Fedorova va Paryshev tasnifi):

**1. Giperkoagulyarbosqich** -fulminant, o'tkir va subakut shakllarda paydo bo'lishi mumkin. Akusherlik va ginekologik klinikada ushbu bosqichning fulminant shaklini tashxislash juda qiyin, chunki u juda tez (o'nlab daqiqalar ichida) gipokoagulyatsiya bosqichiga o'tadi. Subakut shakli uzoq muddatli gestoz bilan rivojlanadi, ammo agar dori-darmonlarni tuzatish bo'lmasa, u har qanday tanqidiy vaziyatda juda tez o'tkir shaklga aylanadi, bu esa bemorning o'ta og'ir ahvoli bilan tavsiflanadi. kasallik va uning asoratlari.

DVSning giperkoagulyar bosqichining klinik o'tkir shakli gemokoagulyatsiya shoki bilan namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda qon aylanishining markazlashuvi bilan namoyon bo'ladi;

- ❖ sistolik qon bosimi normal yoki biroz ko'tarilgan va diastolik kamayadi; gipovolemiyaning rivojlanishi bilan qon bosimi pasayadi;
- ❖ taxikardiya yosh normasining 150% gacha;
- ❖ MVB me'yoriy qiymatlar ichida qoladi;
- ❖ terining rangparligi, ebrusi;
- ❖ harorat gradientining oshishi (to'g'ri ichak va o'ng qo'lning bosh barmog'i (oyoq) o'rtasidagi harorat farqi) 4-6 darajagacha;
- ❖ oliguriya.

Qon olish yoki IV infuzionni ulashga urinayotganda, qon darhol igna yoki naychada ivib qoladi (ko'pincha antikoagulyant bilan aralashtirishdan oldin). Asosiy kasallikning klinikasi va og'irligiga qarab, o'tkir DVSning ushbu bosqichida o'tkir respirator distress sindromining engil bosqichlaridan eng og'irgacha bo'lgan klinik belgilari kuzatilishi mumkin, bunda hatto zamonaviy nafas olishni qo'llab-quvvatlash usullaridan foydalangan holda ham. o'pkada etarli gaz almashinuvini ta'minlash mumkin emas.

### **Giperkoagulyatsiyaning oqibatlari quyidagilardan iborat:**

- ❖ homila-platsenta etishmovchiligining paydo bo'lishi va homila rivojlanishining kechikishi;
- ❖ kech gestozning og'irligining kuchayishi;
- ❖ uteroplasental qon oqimining pasayishi, platsentada infarkt zonalarining shakllanishi va uning muddatidan oldin ajralib chiqish ehtimoli oshishi;
- ❖ eritrodierozning kuchayishi tufayli anemiyaning kuchayishi;
- ❖ ARDS rivojlanishi natijasida shunt-diffuziyali nafas olish etishmovchiligi;
- ❖ gemodinamik buzilishlar, ensefalopatiya va boshqalar.

**Qon ivish vaqti qisqaradi** (Li-White, AVSK, AF AVR) qonda faollashgan omillar va trombin mavjudligi sababli, davr mikrosirkulyatsiya to'shagida joylashadigan mayda tromblarning keng tarqalgan shakllanishi bo'lib, bu qon ivish kaskad omillarini iste'mol qilishga olib keladi. quyqalar. AT1P tizimi tugaydi va giperkoagulyatsiya holati kuchayadi. Aniq endoteloz (EF 150% dan ortiq). Mikrosirkulyatsiya to'shagini qo'riqlovchi fibrinolitik tizim hosil bo'lgan qon quyqalarini darhol eritib yuboradi, shu bilan birga fibrin degradatsiyasi mahsulotlari (FDP) tomir to'shagida to'plana boshlaydi - bu plazmin tizimining faollashishi natijasidir. Fibrinolitik tizimning faollashishi plazminogen va uning faollashtiruvchilari kontsentratsiyasining bosqichma-bosqich pasayishi bilan birga keladi, bu oxir-oqibat fibrinolizning inhibitsiyoniga olib keladi. Trombotsitlar giperaggregatsiya holatida, faol ravishda bir-biriga yopishadi; trombotsit omillarini qonga chiqarib, zich pıhtı hosil bo'ladi. Bundan tashqari, trombotsitlar soni iste'mol qilingan trombotsitopatiya tufayli yoki qon ketishi natijasida ularning etishmasligi tufayli kamayadi.

Ushbu bosqichda qon ketish qon ivishining buzilishi emas, balki jarrohlik gemostazning etarli emasligi bilan bog'liq.

### **P. Gipokoagulyatsiya bosqichi.**

**a) Strukturaviy gipokoagulyatsiya bilan xronometrik**

### **giperkoagulyatsiya.**

Agar DVSga sabab bo'lgan sharoitlar davom etsa, tomir ichidagi koagulyatsiyaning davom etishi koagulyatsiya omillarini yo'q qiladi, ya'ni iste'mol koagulopatiyasi paydo bo'ladi. Shu bilan birga, qon tomir devorining yaxlitligi buzilgan taqdirda gemokoagulyatsiya tizimining qon ketishini to'xtatish qobiliyati keskin kamayadi, chunki birlamchi tromb hosil bo'lishi uchun plastik va fermentativ material tugaydi.

Kasallikning asosiy nozologik shakliga qarab, ushbu bosqichning xarakterli klinik ko'rinishi boshqacha bo'lishi mumkin. Shunday qilib, yiringli-septik kasalliklarda (sepsis, og'ir sepsis, septik shok) o'tkir qon aylanish etishmovchiligining klinik sindromlarining rivojlanishi (adekvat infuzion terapiya fonida qon bosimining doimiy pasayishi, qon bosimining oshishi) bilan namoyon bo'lishi mumkin. ARDSning I-GU bosqichlarigacha og'irligi, akrosiyanoz bilan birgalikda ifodalangan rangparlik, aniq oliguriya, harorat gradientining 6-8-10 darajagacha ko'tarilishi) shokning terminal bosqichining rivojlanishiga qadar.

Aksincha, homilador ayollarda kech gestoz (preeklampsi, eklampsi) bilan arterial gipertenziya kuzatiladi (BP - 140-200 / 90-135 mm.rt.st.) tez-tez past MVB (1-4 smH<sub>2</sub>O), taxikardiya (yosh normasidan 30-50% yuqori), oliguriya fonida va 20-30% hollarda klinik va laboratoriya belgilari mavjud. o'tkir respirator distress sindromining P-1P bosqichlari.

Umuman olganda, ARASNEP shkalasi bo'yicha vaziyatning og'irligini baholash, qoida tariqasida, 25 balldan oshmaydi. Gipokoagulyatsiya bosqichining ushbu bosqichi quyidagilar bilan tavsiflanadi: qon ketishining petexial turi, in'ektsiya joyidan va operatsiyadan keyingi yaralardan ifodalanmagan kechiktirilgan qon ketish. Bachadondan qon ketishining tizimli gipokoagulyatsiyasi bilan xronometrik giperkoagulyatsiya bosqichida paydo bo'lishi gemokoagulyatsiya tizimidagi buzilishlar emas, balki uning gipotenziyasi yoki atoniyasi bilan bog'liq.

Ushbu bosqichda qon tezda ivadi, ammo uning tarkibidagi PDP ning ko'pligi tufayli pıhtı juda bo'sh bo'lib, ular aniq antikoagulyant xususiyatlarga ega.

Bu faza o'tkinchi bo'lib, undan keyin quyidagi bosqich keladi:

b) Potensial giperkoagulyatsiya bilan xronometrik va strukturaviy real gipokoagulyatsiya.

Yiringli-septik patologiyada potentsial giperkoagulyatsiya bilan xronometrik va tizimli haqiqiy gipokoagulyatsiya bosqichidagi umumiy klinik belgilar oldingi bosqichdan sezilarli darajada farq qilmaydi. Shu bilan birga, kech gestozli homilador ayollarda (qattiq qon ketishida) gemorragik shok klinikasi mavjud bo'lib, uning og'irligi qon yo'qotishiga to'g'ri keladi. ARASNEP shkalasi bo'yicha umumiy holatning og'irligi 30 ballga etadi va o'tkir o'pka shikastlanishi sindromini baholash ARDS P-1P bosqichlariga to'g'ri keladi.

Deyarli barcha bemorlarda qon ketishining petechial-dog'li turi mavjud: ekximoz, teri va shilliq pardalarda petexiyalar, in'ektsiya joylaridan qon ketish va ularning o'rnida gematomalarning shakllanishi, operatsiyadan keyingi yaradan qorin bo'shlig'iga va retroperitoneal bo'shliqqa uzoq davom etadigan qon ketish. Gastrointestinal gemorragik sindrom ishemiya va ichak devori va oshqozonning kapillyar o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida rivojlanadi. Ushbu bosqichda bachadondan qon ketishi gemostazning buzilishi bilan bog'liq, garchi oqayotgan qon hali ham uzoq vaqtdan keyin pıhtılar hosil qiladi, lekin ular kichik, bo'sh va tez eriydi.

Shunday qilib, ko'p a'zolar etishmovchiligi sindromi tananing organlari va tizimlarining bir vaqtning o'zida va ketma-ket shikastlanishi tufayli shakllanadi.

Laboratoriya parametrlarida xronometrik va tizimli gipokoagulyatsiya, trombotsitopatiya bilan trombotsitopeniya aniqlanadi. Koagulyatsiya eng oxirgi bosqichda (fibrinogenning fibringa o'tishi) katta miqdordagi PDF tomonidan bloklanadi.

Qoida tariqasida, qon tomir ichidagi gemoliz (deformatsiya qilish qobiliyatini yo'qotgan, kesilgan, fibrin iplari bilan parchalangan eritrotsitlar) va qon ketishi bilan bog'liq anemiya rivojlanadi.

Fibrinogen va plazma terlashining buklanishi tufayli alveolyar membrananing ishemiyasi va gialin membranalarining shakllanishi sodir bo'lib,

o'pka qon aylanishini bloklaydi, bu esa ARDS zo'ravonligining oshishiga yordam beradi.

Ushbu bosqichda, haqiqiy gipokoagulyatsiya fonida, qonda doimiy ravishda to'plangan tromboplastin tufayli qonning trombin potentsialining ortishi hali ham mavjud, ya'ni. potentsial giperkoagulyatsiya mavjud.

Agar ushbu bosqichdagi patologik jarayon tuzatilmasa, qonning agregat holatini tartibga solishning buzilishi maksimal darajaga etadi. past yopishqoqlik sindromi rivojlanadi, to'liq qon ivishi, mikrosirkulyatsiya to'shagining qaytarilmas bloki - o'tkir DVS sindromining gipokoagulyatsiyasi bosqichining terminal bosqichi.

O'tkir miya etishmovchiligi (koma), adekvat infuzion terapiya va inotropik yordam fonida arterial gipotenziya, gaz almashinuvining jiddiy buzilishlari (ARDS PNU bosqichlari) bilan namoyon bo'lgan ko'p a'zolar etishmovchiligi sindromi tufayli o'ta og'ir yoki terminal bemorlarning holati. , chidab bo'lmaydigan koagulopatiya fonida barcha periferik organlar va tizimlarning dekompensatsiyalangan disfunktsiyasi katta qon ketish. Vaziyatning og'irligini APACHE II shkalasi bo'yicha baholash 30 balldan yuqori.

### **3.4. Klinika.**

**Gemorragik sindromning klinik ko'rinishi** qon ketishning aralash turi bilan tavsiflanadi: to'qimalardan, oshqozon-ichak traktidan, traxeobronxial daraxtdan, yalpi gematuriyadan ko'p qon ketish.

Shunday qilib, DVS bilan akusherlik va ginekologik klinikada intensiv terapiya tarkibiy qismlarining ta'sirini hisobga olgan holda qon ketishining asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

1. Koagulyatsion kaskad omillarining kamayishi va bloklanishi tufayli iste'molning koagulopatiyasi;
2. naslchilikning koagulopatiyasi;
3. Patologik antikoagulyantlarning to'planishi - fibrin - fibrinogening parchalanish mahsulotlari;

4. Trombotsitopatiya bilan trombotsitopeniya;
5. Bachadonning kontraktil funksiyasining buzilishi;
6. Prostatsiklin ishlab chiqarishni blokirovka qilish bilan endoteliyning shikastlanishi;
7. Kapillyar qatlamning o'tkazuvchanligini oshirish;
8. SIRS vositachilarining to'planishi;
9. To'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiluvchi antikoagulyantlar (geparinlar) va antiplatelet agentlari ta'sirida trombotsitlar gemostazini blokirovka qilish.

### 3.5. Gemostazning buzilishi diagnostikasi

Reanimatsiya va intensiv terapiya amaliyotida yuzaga keladigan qon ivishining quyidagi asosiy buzilishlari aniqlangan:

- ❖ **tug'ma kasalliklar**-gemofiliya A (VII omil nuqsoni), B (IX omil nuqsoni), C (XI omil nuqsoni), fon Villebrand kasalligi (VIII omil va fon Villebrand omili (VWF) nuqsoni), gipo- va disfibrinogenemiya, fibrinni barqarorlashtiruvchi omil etishmovchiligi, trombofiliya antitrombin III etishmovchiligi (AT1P), trombotsitopeniya (chastotasida 50-65%), transimmun neonatal trombotsitopeniya (otoimmun trombotsitopeniyasi bo'lgan onalarda), izoimmun neonatal antigen konflikt trombotsitopeniyasi (ona va homila trombotsitlarining mos kelmasligi);
- ❖ **orttirilgan buzilishlar**-K vitaminiga bog'liq koagulopatiya (yangi tug'ilgan chaqaloqning gemorragik kasalligi, obstruktiv sariqlik, jigar etishmovchiligi bilan), suyultirilgan koagulopatiya (infuzion terapiya paytida har qanday kelib chiqadigan katta qon yo'qotish bilan), inhibitiv koagulopatiya (plazmani takroriy quyish bilan psevdogemofiliya), gepatogen koagulopatiya, septik koagu disfibrinogenemiya, immun antikoagulyant koagulopatiya (qizil qizil yuguruk, antitrombin V, gestozning og'ir shakllarida antifosfolipid sindromi), patologiyalar va kasalliklarda DVS sindromi, ekstrakorporal kelib chiqadigan DVS sindromi, iatrogenik koagulyantlarga qarshi antikoagulyantlar, bilvosita gepatitlarga qarshi antikoagulyantlar, va boshqalar. ), otoimmun va



geteroimmun trombositopenik sindromlar (Gasserning gemolitik-uremik sindromi, Moshkovich kasalligi), septik trombositopeniya (DVS yo'qligi bilan sepsisning og'ir shakllarida), patologiyalarda trombositopatiya (ARKI, gemoblastoz, siroz) va iatrogenik genesis (antiplatelet agentlari, past molekulyar og'irlikdagi dekstranlar, saluretiklar, penitsillin antibiotiklari (aff) trombositopeniya, trombositoz kasalligi), turli xil kelib chiqadigan tromboz bofiliyasi, tromboembolik sindromlar.

Yaxshiyamki, intensiv terapiya mutaxassislari uchun gemostazning bu butun gamuti ularning kundalik klinik amaliyotida keng tarqalgan emas, ammo patologik holatlarning ma'lum bir qismi (patologik sharoitlarda DVS, yatrogen va ekstrakorporeal genesis, gemodilyutsiya koagulopatiyasi, disfibrinogenemiya, K vitamini). -bog'liq koagulopatiya, inhibitiv koagulopatiya, septik trombositopatiyalar, yatrogenik trombositopatiya, yatrogen koagulopatiya, antifosfolipid sindromi, trombofili va tromboembolik sindrom) kritik holatlarning ajralmas qismi hisoblanadi.

Shuning uchun gemostaz siljishlarini tashxislashning umumiy tamoyillarini bilish anesteziologiya va intensiv terapiya sohasidagi har qanday mutaxassis uchun, ayniqsa akusherlik va ginekologik klinikada zarurdir.

**Akusherlik va ginekologiya klinikasida DVS diagnostikasi uchun gemostazning eng ma'lumotli va mavjud laboratoriya testlarini talqin qilish:**

1. Li-Uayt bo'yicha qon ivishini aniqlash. Buning uchun oddiy probirkaga 1 ml qon quyiladi, eng yaxshisi tortishish bilan, ivish vaqti 37 haroratda belgilanadi. Normokoagulyatsiya bilan u 6-9 minutni tashkil qiladi va giperkoagulyatsiya bilan u 4 dan kamroqgacha kamayadi. -5 daqiqa. Li-Uaytga ko'ra vaqt koagulyatsiyaning barcha 4 bosqichini qamrab oladi. Sinov sezgir emas va standartlashtirilmagan, uning cho'zilishi faqat gemostazning chuqur patologiyalari bilan qayd etiladi,

2. Shoshilinch diagnostikada sezgirroq va etarlicha standartlashtirilgan test: faollashtirilgan qon ivish vaqti (AAQH). U Li-Uayt bilan bir xil tarzda amalga oshiriladi, ammo sinov naychasiga 1 ml qon uchun 6-8 mg koalinni oldindan kiritish bilan amalga oshiriladi. Koalin suspenziyasining qo'shilishi qon ivishining

dastlabki bosqichini standartlashtiradi va qon ivishini sezilarli darajada tezlashtiradi. Odatda, AVSK 2 dan 2,5 minutgacha davom etadi. Sinov gemostazdagi giper- yoki gipokoagulyatsion siljishlarni aks ettiradi va geparin terapiyasini nazorat qilish uchun eng yaxshi testlardan biridir.

3. PFQT XII, XI, IX, VIII kabi ichki koagulyatsion mexanizm omillarining etishmovchiligini, shuningdek, ularning ingibitorlari, geparinning qon plazmasida mavjudligini aniqlaydi. Bunday hollarda PFQT vaqtining uzayishi kuzatiladi. Qisqartirilgan PFQT giperkoagulyatsiyani ko'rsatadi.

4. TV - qon koagulyatsiyasining yakuniy bosqichining kinetikasini, fibrinogenning fibringa aylanish tezligini tavsiflaydi. Sil kasalligining cho'zilishi gipofibrinogenemiya, disfibrinogenemiya, plazmadagi PDP darajasining oshishi va qonda to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiluvchi antikoagulyantlarning mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

5. ABP - ichki koagulyatsiya mexanizmining (XII, XI, IX va VIII) qon ivish omillarining, shuningdek, prekallikrein va yuqori molekulyar og'irlikdagi kininogenning etishmovchiligi yoki inhibitsiyonini yoki ularning ingibitorlari mavjudligini aks ettiradi. Qon ivishining qon ivish vaqtining qisqarishi ushbu omillarning faollashishiga xosdir, qon bosimining uzayishi bu omillarning etishmasligi yoki inhibitsiyonini tavsiflaydi. ABPni aniqlashda sefalin qo'shilmaganligi sababli, bu bizga prokoagulyant faollikka ega bo'lgan fosfolipoprotein membranalarining faoliyatini baholashga imkon beradi.

6. Protrombin vaqti yoki protrombin indeksi - tashqi koagulyatsiya mexanizmining protrombin kompleks omillarining (VII, X, V, II) faolligini yoki etishmovchiligini aniqlaydi. Oddiy trombin vaqtida protrombin vaqtining uzayishi qon koagulyatsiyasini faollashtirishning tashqi yo'lining inhibitsiyonunu, ya'ni XII, V va II omillarning etishmasligini ko'rsatadi. Hozirgi vaqtda protrombin nisbati aniqlanmoqda.

7. Plazmadagi fibrinogen miqdori - fibrinogen konsentratsiyasining pasayishi katastrofik va o'tkir DVSDa, fibrinolitik preparatlar bilan davolashda, shuningdek, tug'ma gipo- va disfibrinogenemiyada kuzatiladi.

8. Ortofenantrolin testi - qon plazmasidagi eruvchan fibrin monomer komplekslarini miqdoriy aniqlash uchun mo'ljallangan, ular qon tomir ichidagi koagulyatsiyaning markerlari bo'lib, plazmada erigan holatda bo'ladi va trombin ta'sirida koagulyatsiya qilinmaydi.

9. Birlamchi fiziologik antikoagulyantlarni aniqlashda antitrombin III va protein S ning faolligi hisobga olinadi. Qon yo'qotish yoki iste'mol qilish natijasida antikoagulyantlar etishmovchiligi bilan ularning darajasi pasayadi, bu tromboz uchun sharoit yaratadi.

10. Ekspress- **plazminogen zahirasi**ni aniqlash usuli-IRP ning pasayishi fibrinogen darajasiga nisbatan plazminogen darajasining pasayishini va ikkinchisining normal konsentratsiyasida plazminogen darajasining mutlaq pasayishini ko'rsatadi.

11. HPA omili -bog'liq fibrinoliz. DF ning CPA buzilishlari asosiy plazma proteolitik tizimlarining tarkibiy qismlarining (koagulyatsiya, fibrinoliz, kallekrein-kinin va boshqalar) faollashuv darajasi va darajasining o'zgarishi tufayli yuzaga keladi, chunki bu turdagi fibrinoliz vositachilik qiladi. XII omilning trigger funksiyasi. DVS sindromi bilan CPA-ZDning muntazam ravishda bostirilishi mavjud bo'lib, u allaqachon 1-bosqichda boshlanadi.

12. **Plazminogenni aniqlash** bilan xromogen substratlardan foydalanish.

13. D - dimerni aniqlash (fibrin degradatsiyasining kech mahsulotlari). D - dimerning darajasi (500 ng / ml dan ortiq) bilan ortadi massiv intravaskulyar koagulyatsiya.

14. Trombotsitlar soni va ularning agregatsiya funksiyasini aniqlash.

Bemorning ahvolini har tomonlama baholash uchun boshqa laboratoriya tekshiruvlari ham kerak: qondagi gaz ko'rsatkichlari, gemoglobin, gemoglobin darajasi, qonning oqsillari va elektrolitlari (kaliy, natriy, kaltsiy, magniy), jigar, buyraklarning funksional testlari, soatlik diurez. , va boshqalar.

Gemostaz tizimining parametrlaridagi o'zgarishlarning tabiati va zo'ravonligi. asosan patologik jarayonning bosqichi bilan belgilanadi.

Qon ketishining genezisini aniqlash uchun, birinchi navbatda, tomir ichidagi

koagulyatsiya jarayonida koagulyatsion omillarni iste'mol qilish darajasini va antitrombin va plazmin (fibrinolitik) tizimlarning faollashuv darajasini aniqlash kerak. Gipokoagulyatsion bosqichdagi gemostaz buzilishlarining zo'ravonligini (klinik jihatdan teridagi petexiyalardan to ko'p qon ketishigacha bo'lgan turli intensivlikdagi gemorragik sindrom mavjud) faqat transfer namunalari potentsial giperkoagulyatsiya darajasini aniqlash orqali farqlash mumkin (AVSK, PFQT, TV, PTI, AVR va boshqalar). Bu juda muhim, chunki gipokoagulyatsiya paytida trombin faolligi saqlanib qolishi mumkin va u bo'lmasligi mumkin, shuning uchun gemokoagulyatsiya terapiyasining har xil turlari qo'llaniladi. Qon ivish vaqtining tezlashishi (Li-Uayt,

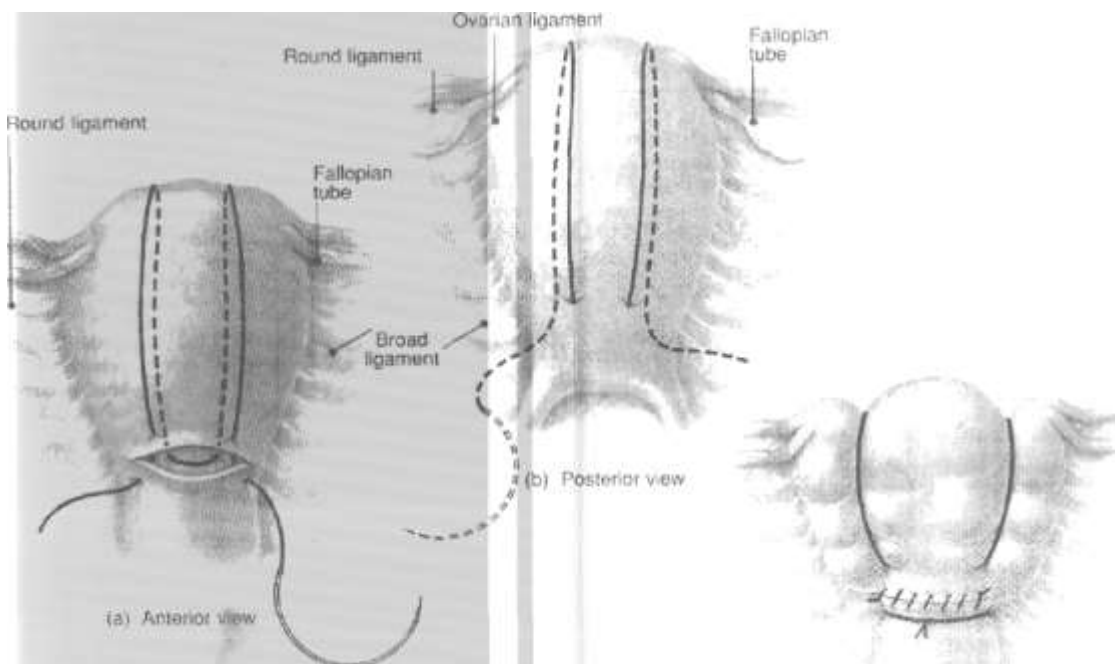
Ma'lum bo'lishicha, qon ketishi ko'paygan ayollarning qonida trombin tizimining yuqori faolligi saqlanib qolishiga qaramay (ko'p tromboplastin, prokoagulyantlar), ammo fibrinogenning iste'mol qilinishi va xususiyatlarining o'zgarishi tufayli bunday qon yomon koagulyatsiyalanadi. , tomir ichidagi koagulyatsiya va fibrinoliz jarayonida trombositlar. Shuning uchun potentsial giperkoagulyatsiyaning ustunligini (DVS 2-bosqich) faqat transfer testlari yordamida, ya'ni bemorning qoniga fibrinogen va trombositlar manbai bo'lgan donor izograppasi qoni (1: 1) qo'shilishi bilan farqlash mumkin. Agar aralash namunada Li-White yoki ABSC ivish vaqti donor qoniga qaraganda kamroq bo'lsa, bu haqiqiy gipokoagulyatsiya va potentsial giperkoagulyatsiya fazasi bilan 2-bosqich DVS rivojlanishini ko'rsatadi. Agar qon tomirdan olingan bo'lsa

Atonik bachadondan qon ketishi bo'lgan ayollarda gemorragik sindrom gemodilyatsion koagulopatiya rivojlanishi natijasida rivojlanishi mumkin, bu DVSDan farqli o'laroq, Li-Uayt, AVSK va boshqa koagulyatsion testlarning o'rtacha ko'payishi, salbiy parakoagulyatsion testlar, normal antikoagulyant faollik, trombositlarda pasayish bo'lishi mumkin. Shuning uchun koagulopatiyaning ushbu ikki varianti o'rtasidagi differentsial tashxisning asosi oldingi klinik vaziyatni hisobga olish kerak. Shunday qilib, tavsiya etilgan koagulyatsion testlar to'plami shoshilinch vaziyatda akusherlik va ginekologik patologiyasi bo'lgan ayollarda DVS bosqichlarini aniqlash va tuzatuvchi gemostatik terapiya miqdorini asoslash

imkonini beradi.

Eng keng tarqalgani Lynch B tikuvidir, birinchi marta 1997 yilda tasvirlangan. 1300 dan ortiq holatlar tasvirlangan, ularning aksariyatida histerektomiyadan qochib qutulgan. Hech qanday jiddiy asorat tasvirlanmagan (4-rasm)

Shakl 4. B Lynch tikuvi.



### **DVS-sindromini intensiv davolash**

DVS bilan og'riqan bemorlarni davolash klinik ko'rinishning og'irligiga, bosqichiga, og'irligiga bog'liq va quyidagi maqsadlarga erishish kerak (6-jadval):

1. DVSni keltirib chiqargan sababni bartaraf etish - etiopatogenezning tetik mexanizmlarini tuzatish.
2. Haqiqiy (potentsial) giperkoagulyatsiyani va mikrotomirlarning blokadasini yo'q qilish.
3. Iste'mol qilingan koagulyatsion omillar, tabiiy antikoagulyantlar va plazminogeni almashtirish.
4. Ortiqcha fibrinoliz, proteolizni bostirish.
5. Qonning kislorod tashish funksiyasini etarli darajada ushlab turish.
6. MODSning oldini olish va tuzatish.

DVSning giperkoagulyatsion bosqichlari uchun terapiyani boshlash an'anaviy geparinlarning dozalarini individual tanlash bilan boshlanishi kerak.

U platsentadan o'tmaydi va qon koagulyatsiyasining barcha bosqichlarini inhibe qiladi. Geparin qon ivish omillarining tarkibini kamaytirmaydi, faqat ularning faollashishini inhibe qiladi, fibrin pıhtılarının kuchini pasaytiradi va tromboliz uchun qulayroq sharoit yaratadi, mikrosirkulyatsiya va qon reologiyasini yaxshilaydi. (7-jadval)

Adekvat geparinizatsiyaning maqsadi xronometrik testlarni (Li-Uayt, AVSK, PFQT va boshqalar) nazorat qilish bilan solishtirganda 1,5-2 marta normallashtirish yoki uzaytirish va parakoagulyatsiya testlarida MFKni kamaytirishdir.

Jadval 6. IT DVS sindromi tamoyillari

<b>ICE bosqichlari</b>		<b>ko'rsatilgan</b>	<b>Ko'rsatilmagan</b>
Giperkoagulyatsion bosqich		Geparin gemodinatsiya, antiplatelet agentlari, TAP, p1 azmacytoferez, KTFni tuzatish, steroid bo'lmagan dorilar, PON oldini olish, krioplazma	simpatoaminlar, trombolitiklar I-II avlodlar
Gipoizokoa- Yurish	Terning mavjudligi- ijtimoiy giper koagulyatsiya	Geparin*,  krioplazma ***, albumin, gormon dekstran, PEER/CPAP, plazmaforez	Geparin  disagregantlar, antispazmodiklar, dekstran, EAK*, fibrinogen, osmo diuretiklar, saluretiklar *
	ning yo'qligi  salohiyat giperkoagulyatsiy a	Krioplazma* *,  IPPV+PEEP  cheklangan wb, kriyopresipitat,	

		tromboz, ingibitorlar proteoliz*, qon da Hb < 60 g/l, dofamin	
--	--	---	--

**Jadval 7. DVSning giperkoagulyatsion bosqichida geparin dozasini tanlash sindromi**

<b>AVSK, ACT, PFQT, ET, PST, OFT siljishlari</b>	<b>Geparinizatsiya taktikasi</b>
bitta	2
2 1,0 -1,2 x nazorat qilish	Boshlang'ich doza 1 5-20 IU / kg, dozani 200 IU / soat ga oshirish (3-4 IU / kg / soat)
1,2 -1,3 x nazorat qilish	Qo'llaniladigan doz 15-25 U/kg, dozani 100 U/soatga oshirish (1-2 U/kg)
1,3 -1,5 x nazorat qilish	Infuzionni 100 U/soatga oshiring (1-2 U/kg/soat)
1,5 -2,0 x nazorat qilish	Optimal doza
2,0 -2,5 x boshqaruv	Dozani 100 U/soatga kamaytirish (1-2 U/kg/soat)
2,5 - 3,5 x boshqaruv	Infuzionni 1-2 soat davomida to'xtatish va dozani 3-4 birlik / kg / soatga kamaytirish
> 3,5 x boshqaruv	Infuzionni 2-4 soat davomida to'xtatish va dozani 4-5 birlik / kg / soatga kamaytirish

DVSning giperkoagulyar bosqichida geparin terapiyasini tanlash usuli quyidagicha. Boshlang'ich doza - 35-40 IU / kg iv bolus. 20-30 daqiqadan so'ng jadvalda ko'rsatilgan xronometrik testlar nazorat qilinadi. Agar ushbu testlarga ko'ra qon ivish vaqti nazoratga teng yoki 1,2 baravar yuqori bo'lsa, u holda geparinning 15-20 U / kg ga teng bo'lgan boshqa bolus dozasi yuboriladi va keyin 5 tezlikda titrlanadi. -7 U/kg/soat. 2-3 soatdan keyin xronometrik testlarni takroriy nazorat qilish amalga oshiriladi.

AT III etishmovchiligida (<80%) YMP parallel ravishda 5-10 ml / kg dozada

qo'llaniladi, bu antitrombin III etishmovchiligini tuzatadi, bu holda heparin terapiyasi samarasizdir.

Bundan tashqari, xronometrik testlarning barqaror ko'rsatkichlari va bemorning ahvoli (odatda 2-3 kundan keyin) gemostazga qarab tuzatilgan individual dozalarni tanlab, heparinni teri ostiga yuborishga o'tish tavsiya etiladi.

- Agar konservativ choralar qon ketishini to'xtata olmasa, jarrohlik gemostaz qo'llanilishi kerak.

#### KECHIKGANDAN TEZDA HARAKAT QILGAN YAXSHI

Vena ichiga yuborilganda heparinning yarimparchalanish davri o'rtacha 1-1,5 soatni tashkil qiladi va uning ta'siri darhol boshlanadi va davomiyligi 4-6 soatgacha; mushak ichiga yuborish bilan - 15-20 daqiqadan so'ng, ta'sir qilish muddati esa 6 soatgacha; teri ostiga yuborish bilan - 40-60 daqiqadan so'ng, davomiyligi 6-8 soatgacha. Mushak ichiga yuborish yo'li gematomalarning rivojlanishi tufayli xavflidir. Vaqti-vaqti bilan tomir ichiga yuborish xavfli, qon ketish yoki tromboz rivojlanish ehtimoli (geparinni tezda yo'q qilish tufayli). Shuning uchun, heparinni lineomat orqali titrlash usulida / ichiga eng xavfsiz va adekvat kiritish. Teri ostiga yuborish usuli ham qabul qilinadi, ammo periferik qon oqimini tiklashdan keyin. Shuning uchun heparinning organizmga ta'siri ko'p jihatdan preparatni qo'llash usuli va chastotasiga va individual tanlangan dozalarga bog'liq, chunki:

**Shuningdek, DVSning giperkoagulyar bosqichida,** trombositlar va eritrotsitlarning agregatsiya funksiyasini kamaytiradigan dorilarni tayinlash (disagregantlar). Ularning agregatsion ta'siri qon tomir endoteliysi tomonidan prostatsiklin biosintezini rag'batlantirish va tromboksan A2 sintezini qon trombositlari tomonidan inhibe qilish (aspirin kuniga 1-1,5 mg / kg, tren-tal 100 mg kuniga 2-3 marta) bilan bog'liq. 100 ml 0,9% natriy xlorid eritmasiga, chimes (dipiridamol) 4-5 ml 0,5% eritma va boshqalar).

Qonning reologik xususiyatlarini yaxshilash va tromboz xavfini kamaytirish kristalloid va kolloid eritmalar bilan infuzion terapiya bilan ta'minlanadi.

O'tkir ichak ishemik sindromi va qon ketishining oldini olish uchun



tug'ruqdan oldingi davrda murakkab homiladorlik bo'lgan ayollarda antatsid terapiyani o'tkazish tavsiya etiladi (almagel 1 choy qoshiq kuniga 3 marta, simetidin 1 tabletkadan kuniga 2 marta). Agar bemor shamollatgichda bo'lsa, oshqozon naychasi orqali antasidlarni kiritish ko'rsatiladi.

Mikrosirkulyatsiyadan PDP, sitokinlar va hujayra agregatlarini olib tashlash uchun kristalloidlar va YMP bilan almashtirish bilan terapevtik plazmaferez ko'rsatiladi.

Plazmaferez tarqalgan intravaskulyar koagulyatsiyaning giperkoagulyatsion bosqichini davolashda taqdim etilgan algoritmgaga muvofiq amalga oshiriladi. Shu bilan birga, mutlaqo hayotiy ko'rsatkichlarga ko'ra, chiqarilgan plazmani 1: 1 nisbatda yoki davom etayotgan qon ketishi 1: 2 bo'lgan donor plazmasi bilan 100% almashtirish amalga oshiriladi.

Bundan tashqari, suv yukini cheklash va trombositlar darajasi 40-50 mingdan kam bo'lgan tromb massasining (4-6 doza) kiritilishini ta'minlash printsipial jihatdan muhimdir. DVSning septik variantlarida proteoliz inhibitörleri oqlanadi: ming birlik kuniga; yoki 2) IV Gordox kuniga 1 000 000 IU gacha. Terapevtik ta'sir plazminning proteolitik ta'sirini bostirish va plazminogen faollashuvining avtogen aktivatorlar tomonidan bloklanishi bilan bog'liq.

Gipokoagulyatsiyani davolashda glyukokortikosteroidlarning katta dozalari bir xil darajada muhimdir, ular nafaqat shokka qarshi, yallig'lanishga qarshi va antitoksik ta'sirga ega, balki qon ivishini oshiradi, gematopoezni rag'batlantiradi va kapillyarlarning qon tomir devorining o'tkazuvchanligini kamaytiradi (gidrokortizon). , metilprednizolon, deksametazon IV maksimal yuqori dozalariga). Gidrokortizonning sutkalik dozasi 1000 mg gacha, metilprednizolon 1500 mg, deksametazon 1,5-2,0 mg/kg.

Anesteziolog-reanimatologlar va akusher-ginekologlar uchun qon yo'qotish uchun kompensatsiya, bir tomondan, juda oddiy, boshqa tomondan, juda murakkab muammodir. Axir, MVB nazorati ostida aylanma qon hajmini to'ldirish muammo emas, lekin ishlatiladigan infuzion-transfuzion terapiyaning miqdoriy emas, balki sifat tarkibi muhim ahamiyatga ega. Shu sababli, muqarrar ravishda savol tug'iladi:

"Qizil" qonning tarkibiy qismlaridan foydalangan holda qon quyish qachon amalga oshiriladi? Bunday vaziyatda bu masalaga periferik to'qimalarga etkazilgan arterial qondagi kislorod miqdorini ( $CaO_2$ ) baholash nuqtai nazaridan yondashish maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz. Arterial qondagi kislorod miqdori ko'p jihatdan arterial qondagi kislorodning qisman kuchlanishiga ( $PaO_2$ ) emas, balki gemoglobin darajasiga bog'liq. 65-70 g / l gemoglobin darajasi juda muhim ko'rsatkich bo'lib, undan pastda qonning kislorodni tashish funktsiyasi nuqtai nazaridan qon quyish kerak. Shu bilan birga, qon yo'qotilishini kompensatsiya qilishda (MVB doimiy nazorati ostida markaziy tomirlarga) sitrat qonining salbiy xususiyatlarini (sitrat intoksikatsiyasi, giperkalemiya, atsidoz, interdonor nomuvofiqligi va boshqalar) esga olish kerak, shuning uchun tavsiya etiladi. yuvilgan eritrotsitlarni kiritish uchun.

O'tkir DVSning potentsial giperkoagulyatsiyasi bilan xronometrik gipokoagulyatsiya bosqichida qon ivishining pasayishi, buyrakning "dekstran kuyishi", interstitsial qon ivishi kabi salbiy ta'sirlar tufayli kristalloidlar va kolloidlarning (dekstran, albumin) katta dozalarini yuborishdan bosh tortish kerak. ARDS rivojlanishi bilan giperhidratsiya. Volemiyani saqlab qolish uchun Zerum-Werk Bernburk (Germaniya) tomonidan gidroksietil kraxmal asosida yaratilgan yangi avlod kolloid, infukolga ustunlik berish kerak. Ushbu preparat kristalloidlar va kolloidlardan farqli o'laroq, quyidagi afzalliklarga ega: u barqaror va uzoq muddatli polemik ta'sir ko'rsatadi, qon reologiyasini yaxshilaydi, shish va miya shikastlanishini kamaytiradi, gipokoagulyant ta'sir ko'rsatmaydi va ARDS bilan og'rigan bemorlarda qo'llanilishi mumkin.

Gemodinamikaning inotropik yordami zaruriy shartdir. Yosh normasiga to'g'ri keladigan arterial bosim bilan dofaminning 2,5-4,0 mkg / kg / min ga teng "diuretik" dozasini qo'llash majburiydir va arterial gipotenziya bilan bu doz 5-20 mkg / kg / gacha oshishi mumkin. min. Ammo shuni esda tutish kerakki, dopamin 15 mkg / kg / min dan ortiq dozada periferik qon aylanishining sezilarli buzilishiga olib keladi, shuning uchun agar gemodinamikani yuqori dozalarda dopamin bilan tuzatishning iloji bo'lmasa, qo'shimcha ravishda bog'lanish kerak. norepinefrinni

(adrenalindan yomonroq) 0,05-0,2 mkg / kg / min dozada titrlash.

Davolash uchun eng katta qiyinchilik DVSning terminal fazalari - o'tkazma namunalarda potentsial giperkoagulabilitenin yo'qligi sindromi va fibrinolizning kamayishi bilan qonning umumiy antitrombin va antiaggregation faolligining ustunligi. Ushbu bosqichda siz gemorragik sindromni kuchaytiradigan dorilarni ishlata olmaysiz, xususan: heparin, epsilon aminokaproik kislota, antiplatelet agentlari. Antispazmodiklar, osmodiuretiklar, saluretiklarni qo'llashdan qochish tavsiya etiladi.

Krioplazmaning katta dozalari (30 ml / kg dan ortiq) xavflidir, chunki bemorlar bu holatlarda ARDS rivojlanishidan o'lishadi. Shuning uchun, bu holatlarda kardiogen bo'lmagan o'pka shishi rivojlanish ehtimolini kamaytiradigan va shu bilan birga gemostaz buzilishlarini to'g'rilaydigan kombinatsiyalangan terapiya (krioplazma + kriopresipitat) oqlanadi (kriopretsipitatning etarli dozasi 25A0 U / kg gacha). tana vazni).

Ushbu terapiya fonida, gaz almashinuvi va nafas olish mexanikasidagi o'zgarishlarga qarab, bemorlarni o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasining rejimlari va parametrlarini individual tanlash bilan to'liq mexanik shamollatishga o'tkazish majburiydir. Tanlashning umumiy printsipti o'tkir DVSning giperkoagulyar bosqichi uchun intensiv terapiya tavsifida aks ettirilgan. Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu bosqichda o'pkaning mexanik xususiyatlarining buzilishiga qarab PEEP / CPAPning optimal darajasini tanlash juda qiyin muammodir. Bosim / hajm egri chizig'i bo'ylab ventilyatsiyaning grafik monitoringi yordamida bunday tanlovni amalga oshirish eng maqsadga muvofiqdir. PEEP / CPAP darajasi "qattiq" alveolalarning ochilish nuqtasida o'rnatiladi va odatda ARDS P-1P 9-bosqichlariga teng.12 smH<sub>2</sub>O.

HSS va ARDS P-1P bosqichlarining rivojlanishi bilan yuqoridagi sxema bo'yicha uzoq muddatli ultragemofiltratsiya amalga oshiriladi.

Gemostazning buzilishi fonida gemorragik sindromli ayollarda bachadonni amputatsiya qilish va ekstirpatsiya qilish vaqti va maqsadga muvofiqligi masalasi qiyin va haligacha hal qilinmagan.

Avvalo, bu qarorni akusher-ginekologlar tomonidan anesteziologning roziligisiz qabul qilinishi mumkin emas, chunki jarrohlik aralashuvni xavfsiz bajarish uchun qulay shart-sharoitlarni yaratish bunga bog'liq.

Bunday vaziyatlarda, bizningcha, quyidagi taktikaga amal qilish kerak. Har qanday genezdagi gemorragik akusherlik shoki va DVSning potentsial giperkoagulyatsiyasi bilan xronometrik gipokoagulyatsiya bosqichida radikal operatsiya faqat yaratilgan xavfsiz gemokoagulyatsiya fonida amalga oshirilishi mumkin.

Potentsial giperkoagulabilite bo'lmasa, har qanday radikal jarrohlik aralashuvi kontrendikedir. Gemostaz patologiyasi bilan asoratlangan atonik qon ketishida bachadon arteriyalarini bog'lash, operatsiyani to'xtatish va anesteziologga yuqoridagi qoidalarga muvofiq etarli gemostazologik fonni ta'minlashga ruxsat berish tavsiya etiladi. O'tkazish namunalari potentsial giperkoagulyatsiya paydo bo'lgandan keyingina radikal operatsiyani bajarish uchun qulay sharoitlar yaratiladi.

**“Bilish uchun oldindan bilish. arakat qilishni kuting”**, - degan edi XIX asr frantsuz faylasufi Avgust Kont. Qonning DVS ko'p hollarda akusherlik va ginekologiyadagi tanqidiy vaziyatlarning muqarrar tarkibiy qismi bo'lib, tromboz yoki massiv, ba'zan o'limga olib keladigan qon ketishining rivojlanishiga yordam beradi. Shuning uchun, DVS sindromi hali birinchi bosqichdan o'tmagan va nazoratsiz qon ketishlar bo'lmagan paytda harakat qilish kerak. Shuning uchun bugungi kunda akusherlik va ginekologik klinikada trombogemorragik asoratlarning oldini olish qon bosimi, diurez, tana harorati va boshqalarni nazorat qilish va tuzatish kabi keng tarqalgan bo'lishi kerak.

## **4-BOB. QON KETISH PROFILAKTIKASI**

Akusherlik amaliyotida o'tkir qon yo'qotilishini to'ldirish strategiyasi va taktikasi muammosi ayniqsa dolzarbdir. Aytgancha, uni hal qilishda tibbiy xodimlarning malakasi, ma'lum bir akusherlik muassasasida shoshilinch tibbiy yordamni tashkil etish haqida hukm chiqarish mumkin.

Faqatgina homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda bachadondan qon ketishining oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni aniq tashkil etish, ushbu muammoning murakkabligini tushunish onalar va perinatal o'limni kamaytirish uchun haqiqiy asos bo'lishi mumkin.

### **4.1. Tug'ruqdan keying qon ketishini profilaktikasi.**

Akusherlik qon ketishining oldini olish erta va keng qamrovli bo'lishi kerak. U quyidagi asosiy yo'nalishlarda amalga oshiriladi:

Tug'ilishning uchinchi bosqichini boshqarishda uterotonikadan profilaktik foydalanish muntazam ravishda qo'llanilishi kerak, chunki bu protsedura tug'ruqdan keyingi qon ketish xavfini taxminan 60% ga kamaytiradi.

Ko'pchilik ayollar uchun, oksitotsin 5 birliklari uchinchi davrida estrodiol i / m ma'muriyati. va 0,5 mg ergometrin qon ketishining oldini olish uchun faqat oksitotsindan ko'ra afzalroq deb hisoblanadi. Dori-darmonlarni birgalikda qo'llash bilan tug'ruqdan keyingi qon ketish xavfi to'rtidan biriga kamayadi. (Ammo shuni esda tutish kerakki, qon ketishining oldini olishning ushbu usuli bilan dorilarning yon ta'sirini rivojlanish xavfi, chastota, qusish va diastolik bosimning oshishi bilan bir vaqtning o'zida besh baravar ortadi.

Faqat oksitotsinni buyurish foydasiga tanlov qilingan ayollar toifalari uchun 10 birlik qabul qilish preparatning maqbul dozasi bo'lishi kerak. oksitotsin. Ta'kidlash joizki, 10 birlik joriy etilishi bilan. oksitotsin 0,5 mg ergometrin bilan birgalikda profilaktik ta'sir kamayadi.

Qon ketishini nazorat qilish uchun ergometrindan foydalanish 1930-

yillardan boshlab onalar o'limini kamaytirishning asosiy omili bo'lib kelgan. Keyinchalik, tug'ruqning uchinchi bosqichini oldini olish va "faol boshqarish" uchun uterotoniklar qo'llanildi va bu maqsadda ulardan foydalanish bugungi kunda dunyoning ko'plab tibbiyot muassasalarida odatiy holga aylandi.

Prendiville va Elbourne "tug'ruqning uchinchi bosqichini faol yoki kutilgan boshqarish" deb nomlangan meta-tahlil o'tkazdilar.

Meta-tahlil beshta tadqiqotni ko'rib chiqdi va "faol boshqaruv klinik sharoitda baholanganidek, tug'ruqdan keyingi qon yo'qotishning sezilarli darajada kamayishi, past gemoglobin darajasining oldini olish va qon quyish ehtimolini kamaytirish bilan bog'liq" degan xulosaga keldi.

Shu bilan birga, bunday taktikalar bir vaqtning o'zida tug'ruqdan keyingi davrda ko'ngil aynish, qusish, bosh og'rig'i va gipertenziya ko'payishi bilan bog'liq.

Xuddi shu olimlar tomonidan o'tkazilgan quyidagi meta-tahlil boshqa aralashuvlardan qat'i nazar, uterotoniklarni profilaktik foydalanishni hech qanday administratsiyasiz solishtirish bo'yicha 14 ta tadqiqot natijalarini ko'rib chiqdi. Uterotoniklarni tayinlash tug'ruqdan keyingi qon ketish xavfini sezilarli darajada (60% ga) kamaytiradi, terapevtik maqsadlarda uterotoniklarni buyurish zarurati esa 70% ga kamayadi. Shunday qilib, ushbu dori-darmonlarni tug'ilishning uchinchi bosqichida tayinlash asosli deb hisoblanadi.

Turli xil uterotonik dorilarni taqqoslashga qaratilgan tadqiqotlar natijalari e'lon qilindi

Bunday ishlardan biri sintometrin (5 birlik oksitotsin va 0,5 mg ergometrinni o'z ichiga olgan preparat) va oksitotsinning samaradorligini taqqoslaydigan 6 ta tadqiqot tahliliga bag'ishlangan. Shu bilan birga, natijalar sintometringa ustunlik berish kerakligini ko'rsatdi, chunki uni qo'llashda tug'ruqdan keyingi qon ketishining rivojlanish ehtimoli chorak qismga kamayadi. Shu bilan birga, preparatning nojo'ya ta'sirlari sonining sezilarli darajada o'sishi, xususan, qusish chastotasining besh barobar ortishi kuzatildi.

Meta-tahlilga kiritilgan tadqiqotlardan birining mualliflari 5 va 10 birliklarning kiritilishi bilan tug'ruqdan keyingi qon ketishining rivojlanish

ehtimoli qanday ekanligini hisoblab chiqdilar. oksitotsin. Ushbu hisob-kitoblarga asoslanib, sintometrin bilan solishtirganda, 10 birlik kiritilgan degan xulosaga keldi. Oksitotsin tug'ruqdan keyingi qon ketish ehtimolini faqat 16% ga kamaytirishi mumkin. Prendiville va Elbourne tomonidan o'tkazilgan yakuniy meta-tahlil faqat past xavfli ayollarda tug'ilishning uchinchi bosqichini faol va konservativ boshqarishni taqqoslaydigan beshta tadqiqotni ko'rib chiqdi. Natijalar shuni ko'rsatdiki, tug'ilishning uchinchi bosqichini faol boshqarish qon ketish xavfini uchdan ikki qismga kamaytirdi.

Yaqinda tug'ruqdan keyingi qon ketishining oldini olishda misoprostolning samaradorligini tasdiqlovchi tadqiqotlar nashr etildi.

Masalan, bunday tadqiqotlardan biri shuni ko'rsatdiki, in'eksion oksitotsin tug'ruqdan keyingi qon ketishining oldini olish uchun tanlangan dori bo'lib qolmoqda, ammo resurs cheklangan sharoitlarda dori vositalarini to'g'ri saqlashni ta'minlashning imkoni bo'lmagan va in'ektsiyani amalga oshirishga qodir bo'lgan xodimlar yo'q bo'lsa, misoprostol paydo bo'ladi. tug'ruqdan keyingi qon ketishining rivojlanishiga to'sqinlik qiladigan yagona dori.

## 4.2. Tug'ruqdan keyingi qon ketishini bashorat qilish.

### 4.2.1. Tug'ruqdan oldin aniqlangan xavf omillari

Quyidagi omillar tug'ruqdan keyingi qon ketish xavfining oshishi bilan bog'liq. Bunday holatlar aniqlangan ayollar kasalxonaga yotqizilishi va malakali akusherlik muassasasida tug'ilishi kerak. (8-jadval).

Jadval 8. Postpartum qon ketish uchun xavf omili

xavf omili	Postpartum qon ketishining rivojlanishining taxminiy ehtimoli.
• Oddiy joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi isbotlangan.	13
• Plasenta previa tashxisi qo'yilgan	12
• Ko'p homiladorlik	5

• Homiladorlik tufayli kelib chiqqan preeklampsi/gipertenziya	to'rtta
---	---------

Quyidagi omillar ham tug'ruqdan keyingi qon ketishining sezilarli (pastroq) xavfi bilan bog'liq. Yetkazib berish joyini muhokama qilish va tanlashda ushbu omillarni ham hisobga olish kerak (9-jadval).

9-jadval Postpartum qon ketishining xavf omillari

xavf omili	Postpartum qon ketishining rivojlanishining taxminiy ehtimoli.
Primipara	3
Tug'ruqdan keyingi qon ketish tarixi	3
Osiyo etnik kelib chiqishi.	2
Semirib ketish	2

Akusherlik bo'yicha darsliklar va qo'llanmalar tug'ruqdan keyingi qon ketish xavfi omillarining rivojlanishi uchun ko'plab xavf omillarini ularning nisbiy ahamiyatini ko'rsatmasdan ro'yxatga olishni davom ettirmoqda. Biroq, AQSh, Buyuk Britaniya va Zimbabve olimlari turli omillar bilan bog'liq xavfni tasdiqlash va miqdorini aniqlash uchun bir qator holatlarni nazorat qilish tadqiqotlari ma'lumotlariga bir qator statistik usullarni qo'llashdi. Tavsiya jadvalida keltirilgan tug'ruqdan keyingi qon ketishining rivojlanishi uchun taxminiy koeffitsientlar Stones va boshqalar va Combs va boshqalar tomonidan olib borilgan tadqiqotlardan olingan.

Barcha holatlarda koeffitsientlar statistik ahamiyatga ega bo'ldi va darajalar eng yaqin butun songa yaxlitlandi.

Shuni ta'kidlash kerakki, Stones va Combs "tug'ruqdan keyingi qon ketish" tushunchasiga turli xil ta'riflarni qo'llagan. Tadqiqotga kiritilgan toshlar, tug'ilgandan keyin 24 soat ichida 1000 ml dan ortiq qon yo'qotish holatlari. Ushbu ta'rifga ko'ra, o'rganilgan 37497 (1,3%) holatdan 498 tasida tug'ruqdan keyingi qon



ketish rivojlangan. Combs tug'ruqdan keyingi qon ketishini bemorning gematokrit darajasi 10 punktdan ko'proq pasaygan holatlar deb hisobladi, klinikaga yotqizilgan paytdan boshlab tug'ruqdan keyingi erta davrning oxirigacha, shuningdek, qon quyish kerak bo'lgan holatlar. Ushbu mezonlarga asoslanib, 9598 ta ayolning 374 tasida (3,9%) tug'ruqdan keyingi qon ketish paydo bo'ldi. Stones ma'lumotlari sodir bo'lgan barcha tug'ilishlar uchun tegishli, Combs esa homiladorlik paytida qon ketishi bo'lgan bemorlarni istisno qilgan va shuning uchun

Ushbu tadqiqotlarning turli xil ta'riflari va kamchiliklariga qaramay, ular xavf darajalari turli klinik omillar bilan qanday birlashtirilganligi haqida fundamental ma'lumotlarni taqdim etadi, bu esa amaliyotchilarga ayollar bilan tug'ilish joyi haqida gaplashganda yordam beradi.

#### 4.2.2. Tug'ruq vaqtidagi xavf omillari

Tug'ruq vaqtida yuzaga keladigan quyidagi xavf omillari tug'ruqdan keyingi qon ketish xavfini oshiradi. Ularning mavjudligi bemorni xodimlar tomonidan diqqat bilan kuzatishni talab qiladi. (10-jadval)

10-jadvaltug'ruqdan keyingi qon ketish uchun xavf omili.

xavf omili	Postpartum qon ketishining rivojlanishining taxminiy ehtimoli.
Favqulodda vaziyatlarda sezaryen bilan tug'ish	9
Rejalashtirilgan tarzda sezaryen orqali etkazib berish	to'rtta
Tug'ilgandan keyin kechikish	5
Epiziotomiya	5
Vaginal tug'ish uchun operativ yordam	2
Uzoq muddatli mehnat (>12 soat)	2
Katta meva (>4 kg)	2
Tug'ish paytida isitma	2

Stones va boshqalar, Combs va boshqalar tomonidan olib borilgan tadqiqotlar, shuningdek, tug'ruq paytida yuzaga keladigan xavf omillari haqida

ma'lumot beradi. Oddiy tug'ilish bilan solishtirganda favqulodda sezaryen xavfining to'qqiz baravar oshishi operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni ayniqsa diqqat bilan kuzatish zarurligini taqozo etadi.

### **4.3. Antikoagulyantlarni qabul qilish va tug'ruqdan keyingi qon ketishlar rivojlanishi**

Homiladorlik davrida tromboemboliya rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan ayollar fraktsiyasiz yoki past molekulyar og'irlikdagi geparinning turli preparatlari shaklida profilaktik davolanishi mumkin. Tromboembolik asoratlarni rivojlanish xavfi past bo'lgan bemorlar aspirinni (kuniga 75 mg) qabul qilishlari mumkin, shuningdek, tug'ruq paytida yuqoridagi dorilar bilan profilaktika olishlari mumkin. Profilaktik dozalarda bu dorilar xavfsizdir va qon ketishining rivojlanishiga hissa qo'shmaydi, ular bilan davolanishni etkazib berish vaqtida davom ettirish kerak.

To'liq antikoagulyant terapiya kursini (varfarin) o'tkazgan bemorni tug'ilishga yotqizishning kamdan-kam hollarda, protrombin indeksini tezda normal darajaga etkazish uchun yangi muzlatilgan plazmani darhol yuborish kerak. Tug'ilish oxirida yangi tug'ilgan chaqaloq K vitamini va yangi muzlatilgan plazmani olishi kerak va shu bilan birga ichki qon ketishini aniqlash uchun tekshirish kerak (bosh va qorinning ultratovush tekshiruvi).

Geparin terapiyasi kursini o'tayotgan ayolning tug'ilishiga yo'l qo'yilsa, uning infuzioni to'xtatilishi kerak. Geparin faolligi bir soat ichida xavfsiz darajaga tushishi kerak. Agar kerak bo'lsa, protamin sulfatni kiritish geparinning faolligini ancha tezroq kamaytiradi.

Fraksiyalanmagan yoki past molekulyar og'irlikdagi geparin preparatlarining haddan tashqari dozasi tug'ruq paytida jiddiy qon ketish xavfini keltirib chiqarishi mumkin. Protamin sulfatning kiritilishi ushbu dorilarning ta'sirini zararsizlantirishi mumkin. Agar biron birida taktikani ishlab chiqishda qiyinchiliklar mavjud bo'lsa Yuqoridagi holatlardan **GEMATOLOG MASLAHATCHI CHAQIRISH KERAK.**

Homiladorlikning oxirida venoz tromboembolik asoratlarning oldini olish

uchun antikoagulyantlarni qo'llashning ortib borayotgan chastotasi ushbu dori-darmonlarni profilaktik yoki terapevtik maqsadlarda qabul qiluvchi ayolning tug'ruqxonaga yotqizilishiga olib kelishi mumkin, shu bilan birga dozani oshirib yuborish holatlari istisno qilinmaydi. . Ushbu bemorlarni boshqarish Letskiy tomonidan ko'rib chiqilgan va yuqoridagi tavsiyalar ushbu muallifning sharhidan olingan.

Fraksiyalanmagan va past molekulyar og'irlikdagi heparin preparatlarini qo'llash xavfsiz va qon ketish xavfini tug'dirmaydi. Biroq, ularning haddan tashqari dozasi qon ketishiga olib kelishi mumkin va shuni esda tutish kerakki, protamin sulfat ushbu dorilarning (ayniqsa past molekulyar og'irlikdagi heparinlar) ta'sirini zararsizlantirishda eng kam samarali hisoblanadi.

#### **4.4. Chilla davri qon ketishlarining gematologik asos buzilishlari**

Akusherlik amaliyotida eng ko'p uchraydigan tug'ma gematologik kasalliklarni koagulyatsion omil VIII etishmovchiligi (gemofiliya A, tashuvchi), koagulyatsion omil IX etishmovchiligi (gemofiliya B, tashuvchi) va fon Villebrand kasalligi deb hisoblash mumkin. Homiladorlik davrida gematologik kasalliklarga chalingan ayollar, ayniqsa uchinchi trimestrda gemostaz tizimining holatini doimiy ravishda kuzatib borish uchun mutaxassis gematolog bilan birgalikda akusher-ginekolog tomonidan kuzatilishi kerak. Gematologik kasalliklari bo'lgan ayollarni tug'ish jarohatlarni kamaytirish yoki oldini olish, onada ham, bolada ham qon ketishining rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun ixtisoslashtirilgan muassasalarda amalga oshirilishi kerak (ular ham gemostaz kasalliklarini meros qilib olishlari mumkin). Tug'ilish vaqtida gemostatik tizimning holatiga qarab, gematologik kasalliklarga chalingan ayol qon mahsulotlarini kiritishni talab qilishi mumkin. Gemofiliya A bilan og'rikan homilador ayollar boshqa kasalliklarga chalingan bemorlarga qaraganda bunday terapiyaga eng kam ehtiyoj sezadilar, chunki homiladorlik paytida VIII omil darajasi o'z-o'zidan ko'tarilishi ma'lum. Qon mahsulotlarini buyurish to'g'risida qaror, agar iloji bo'lsa, gematolog bilan birgalikda qabul qilinadi.

## **5-BOB. TUG'RUQDAN KEYINQI QON KETGAN BEMORLARNI OLIB BORISH TAKSTIKASI**

500-1000 ml qon yo'qotish bilan erta tug'ruqdan keyingi qon ketishda (shokning klinik belgilari bo'lmasa), kerak bo'lganda reanimatsiyani engillashtirish uchun asosiy choralarni ko'rish kerak: diqqat bilan kuzatish, tomir ichiga infuzionni o'rnatish. tizim, qon guruhini aniqlash.

1000 ml dan ortiq qon yo'qotish bilan erta tug'ruqdan keyingi qon ketish (yoki kamroq qon yo'qotish bilan shok belgilari mavjudligi) bo'lsa, reanimatsiya va qon ketishini nazorat qilish bo'yicha to'liq chora-tadbirlar amalga oshirilishi kerak.

Tug'ruqdan keyingi erta davrda qon ketishi akusherlikda qon ketishining asosiy hajmi hisoblanadi.

JSST rasman "tug'ruqdan keyingi erta qon ketish" tushunchasini tug'ilgandan keyin 24 soat ichida 500 ml yoki undan ortiq hajmdagi genital yo'l orqali qon yo'qotish deb ta'rifladi.

Umuman olganda, ko'pchilik ayollar bu hajmdan kamroq qon yo'qotishiga ko'p zarar bermasdan toqat qiladilar va yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, 1000 ml dan ortiq qon yo'qotish hajmi shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladigan katta qon yo'qotish chegarasi hisoblanadi.

Biroq, yanada pragmatik yondashuvdan foydalangan holda, 500-1000 ml qon yo'qotish (shokning klinik belgilari bo'lmasa) asosiy monitoringni va "reanimatsiyaga tayyorlikni" talab qiladi, deb taxmin qilish mumkin. Shokning klinik belgilari (gipotenziya, taxikardiya, taxipnea, oliguriya rivojlanishi va periferik kapillyarlarning kechikishi bilan to'ldirilishi) bilan 1000 ml yoki undan kam qon yo'qotish reanimatsiya, monitoring va qon ketishini nazorat qilish bo'yicha to'liq chora-tadbirlar zarurligini ko'rsatadi.

### **5.1. Parvarish komponentlari.**

Erta tug'ruqdan keyingi qon ketish tashxisi aniqlangandan so'ng, bir vaqtning o'zida amalga oshiriladigan to'rtta asosiy komponentni o'z ichiga olgan bir qator chora-tadbirlarni amalga oshirish kerak:

- Tegishli xizmatlar va mutaxassislarni xabardor qilish
- reanimatsiya
- Kuzatish va tekshirish

## 5.2. Tegishli xizmatlar va mutaxassislarni xabardor qilish

Erta tug'ruqdan keyingi qon ketishi bilan og'rigan bemorlarni amaliy boshqarish kamida to'rtta asosiy komponentni o'z ichiga olishi kerak: tegishli xizmatlar va mutaxassislarni xabardor qilish, reanimatsiya, kuzatish / baholash va qon ketishini to'xtatish choralari.

Komponentlarning har biri alohida ko'rib chiqiladi, ammo shuni ta'kidlash kerakki, eng katta samaraga erishish uchun barcha tadbirlar bir vaqtning o'zida boshlanishi va amalga oshirilishi kerak.

Quyidagi hodisalarni tavsiflashda, tug'ruqdan keyingi qon ketish doimiy laboratoriyasi, qon preparatlari (yoki PBC) zaxirasi va malakali xodimlari, shu jumladan akusher-ginekolog va anesteziologlar mavjud bo'lgan sog'liqni saqlash muassasasida sodir bo'lgan deb taxmin qilinadi. Agar ayolda bunday muassasadan tashqarida tug'ruqdan keyingi qon ketish paydo bo'lsa, bunday vaziyatda mavjud bo'lgan tibbiyot xodimlarining roli bemorni bir vaqtning o'zida va tezda akusherlik shifoxonasiga olib borish bilan birinchi tibbiy yordam ko'rsatishdan iborat bo'lishi kerak. Tegishli xizmatlar va mutaxassislarni xabardor qilish.

**ASOSIY CHORALAR** (qon ketishi 500-1000 ml, shokning klinik belgilari yo'q):

- Mahalliy protokolga muvofiq qo'shimcha mutaxassislarni xabardor qilish va jalb qilish
- Mas'ul (eng tajribali) shifokorlarning xabarnomasi

**TO'LIQ PROTOKOL** (1000 ml dan ortiq katta qon yo'qotish yoki shokning klinik belgilari)

- Eng tajribali doya ishga olinadi
- Tegishli xizmatlarni xabardor qilish uchun mas'ul ma'muriyat xodimini jalb qilish

- Navbatchi gematologni jalb qilish
- Qon quyish xizmatini xabardor qilish va jalb qilish

Transport xizmati va qo'shimcha yordamchi xodimlarni jalb qilish.

Buyuk Britaniyadagi maxfiy tergov hisobotlari doimiy ravishda tibbiy yordam uchun to'liq foydalanilmagan onalar o'limi holatlariga qaratilgan. Ushbu holatlarning aksariyatida eng jiddiy kamchiliklarning sababini patologiya rivojlanishining dastlabki bosqichlarida eng tajribali mutaxassislariga yordam ko'rsatishda ishtirok etmaslik deb atash mumkin.

Shu munosabat bilan shuni ta'kidlash kerakki, tug'ruqdan keyingi qon ketishi rivojlangan ayollarga g'amxo'rlik qilishda klinika xodimlaridan eng tajribali va malakali ishchilar, shu jumladan laboratoriya mutaxassislari ishtirok etishi kerak. Akusherlik shifoxonasi xodimlari va qon xizmati provayderlari klinikaga qon mahsulotlarini yetkazib berish vaqtini qisqartirish maqsadida mahalliy darajada o'zaro aloqada bo'lganda an'anaviy ibora yoki jumladan (masalan, "bizga qon mahsulotlari kerak") foydalanish tavsiya etiladi. Bunday ibora muassasada qon mahsulotlarini zudlik bilan etkazib berishni talab qiladigan favqulodda holat (katta qon yo'qotish) sodir bo'lganligini ko'rsatishi kerak.

Yosh va kamroq tajribali mutaxassislar eng malakali mutaxassisni jalb qilish orqali o'zlarining ishonchini yo'qotmasliklarini tushunishlari shart. Shu bilan birga, tajribali ishchilar doylar va boshqa aholining fikrlari va tashvishlarini e'tiborsiz qoldirmasliklari kerak.

### 5.3. Reanimatsiya tadbirlari.

**ASOSIY CHORALAR** (qon ketishi 500-1000 ml, shokning klinik belgilari yo'q)

Vena ichiga yuborish tizimini o'rnatish (bitta tizim, kanül o'lchami 14 g)

- Kristalloid infuzionini boshlash (masalan, Hartman eritmasi, Ringer laktati)

**TO'LIQ PROTOKOL** (1000 ml dan ortiq katta qon yo'qotish yoki shokning klinik belgilari)

- Vena ichiga yuborish tizimini o'rnatish (ikkita tizim, kanül o'lchami 14 g)

- Bemorni boshini pastga tushirish holatiga o'tkazish
- Niqob orqali kislorodni inhalatsiyalash 8 l / min
- Qon mahsulotlarini imkon qadar tezroq quyish (eritrotsitlar massasi va YMP 2: 3 nisbatda)

Qon mahsulotlari yetkazib berilgunga qadar (eritrotsitlar massasi va YMP 2: 3 nisbatda), kerakli tezlikda navbat bilan quyish kerak:

- kristalloid eritmalar (masalan, Hartman eritmasi, Ringer-laktat) maksimal 2 litr
- kolloid eritmalar (masalan, inson albumini 4,5%) maksimal 1,5 litr

Qachon qon quyishdan keyin to'liq mos keladigan qon mahsulotlari mavjud bo'lmasa, 3,5 litr kolloid va kristalloid eritmalar, O RH (-) guruhining qon mahsulotlarini: eritrotsitlar massasi va YMP ni 2: 3 nisbatda quyish kerak.

Qon ketishining davom etishi va qon ivish tizimini laboratoriya tekshiruvi natijalari (koagulogrammalar) yo'qligi bilan:

- 10 (birlik) kriyopresipitatni quyish kerak
- 1 litr yangi muzlatilgan plazmani quyish kerak
- Ta'minlash uchun barcha mavjud jihozlardan foydalanish kerak

**TEZ WARM** eritmalarini tomir ichiga yuborish.

Dextrans xavfli deb tan olingan va akusherlik amaliyotida foydalanish tavsiya etilmaydi.

Postpartum qon ketish holatlarida reanimatsiyaning asosiy nuqtasi aylanma qon hajmini va kislorodni etkazib berish qobiliyatini tiklashdir. Qon hajmini tiklashni amalga oshirish kerak, bu qon yo'qotish hajmi jiddiy ravishda kam baholanganligini anglatadi. Qon yo'qotilishini tiklashda eng yaxshi dori - mos keluvchi donor qoni (qizil qon tanachalari va YMP shaklida), uni imkon qadar tezroq quyish kerak.

### **5.3.1. Kristalloid eritmalar**

Kristalloidlar elektrolitlarni o'z ichiga olgan tomir ichiga yuboriladigan eritmalaridir. Kristalloidlarning shubhasiz afzalliklari xavfsizligi, arzonligi va mavjudligi. Kristalloidlarni qo'llashning asosiy kamchiligi ularning tomir ichidan

tomir tashqari bo'shliqqa tez harakatlanishi bo'lib, qon yo'qotishdan uch yoki undan ko'p marta infuzionni talab qiladi, bu esa to'qimalarning shishishiga olib kelishi mumkin. Ringer laktat infuzioni afzalroq deb hisoblanadi, chunki natriy xloridning uzoq muddatli infuzioni giperxloremik atsidozning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Gipertonik tuzli eritmalar odatda tavsiya etilmaydi, chunki elektrolitlar buzilishi xavfi mavjud. Shuningdek, gipovolemik sharoitlarni (gemorragik shok) davolashda gipotonik dekstroz eritmaları ishlatilmaydi. Buning sababi shundaki, glyukoza o'z ichiga olgan eritmalar qonda erkin suv hosil bo'lishi bilan tez metabollanadi, ular tomir to'shagidan chiqib, barcha bo'limlarda (suv bo'shliqlarida) tarqalib, tiklanishiga minimal hissa qo'shadi. AQH ning. Bu oxir-oqibat butun tanadagi elektrolitlarning suyultirilishi bilan suv zaharlanishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, ma'lumki, plazma osmolyalligi bir nechta asosiy ionlarning tarkibiga bog'liq bo'lib, bu erda asosiy rol natriyga tegishli. Bu oxir-oqibat butun tanadagi elektrolitlarning suyultirilishi bilan suv zaharlanishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, ma'lumki, plazma osmolyalligi bir nechta asosiy ionlarning tarkibiga bog'liq bo'lib, bu erda asosiy rol natriyga tegishli. Bu oxir-oqibat butun tanadagi elektrolitlarning suyultirilishi bilan suv zaharlanishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, ma'lumki, plazma osmolyalligi bir nechta asosiy ionlarning tarkibiga bog'liq bo'lib, bu erda asosiy rol natriyga tegishli.

### **5.3.2. Kolloid eritmalar**

Kolloid eritmalar AOK qilingan dori qon tomir to'shagida qoladigan tarzda ishlab chiqilgan. Ushbu dorilarga albumin, gidroksietil kraxmal, dekstran va jelatinlar kiradi. Dorilar kristalloidlarga qaraganda qimmatroq va kamroq mavjud. Shuni esda tutish kerakki, ushbu kolloid eritmalarning har biri salbiy reaksiyalarni rivojlanish xavfini o'z ichiga oladi, chunki ba'zilar kaltsiy bilan birlasha oladi, boshqalari esa immunoglobulinlarning aylanishini buzadi. Bundan tashqari, gemorragik shok bilan og'riqan bemorlarda aylanma qon hajmini tiklashda kolloid eritmalarning kristalloiddan ustunligi haqida ishonchli dalillar yo'q.

Alohida ta'kidlash kerakki, akusherlik amaliyotida dekstranlardan



foydalanish tavsiya etilmaydi. Bu nafaqat ushbu dorilarning laboratoriya tekshiruvlari natijalariga va trombositlar faoliyatiga ta'sir qilishi, balki adabiyotda dekstranlarni qo'llashdan keyin og'ir anafilaktik reaksiyalarning rivojlanishi haqida ko'plab ma'lumotlar mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. onaning o'limiga olib keladigan tug'ruq vaqti (yoki homila o'limi va omon qolgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda dekstranlarni antenatal yuborishda miya shikastlanishi).

Qon mahsulotlarini quyish kutilayotgan vaqtda qon quyish mumkin 2 litrkristalloidlar va 1,5 litr kolloid eritmalar.

Qachonki qon quyish vaqtida to'liq mos keladigan qon mahsulotlari etkazib berilmasa 3,5 litr qon o'rnini bosuvchi eritmalar, eng yaxshi alternativ tanlanishi kerak. Eng yaxshi tanlov bemorning joylashgan joyiga va boshqa holatlarga qarab farq qilishi mumkin. O RH (-) guruhidagi qon mahsulotlarini - YMP va qizil qon tanachalarini quyish, ayniqsa favqulodda vaziyatda maqbul va xavfsiz variant hisoblanadi.

Barcha akusherlik bo'limlari, ayniqsa joyida qon bankini tashkil etish imkoniyati mavjud bo'lmagan kichik bo'limlarda qon mahsulotlari O RH (-) - qizil qon tanachalari va YMP 2: 3 nisbatda bo'lishi kerak. qabul qilinadigan vaqt ichida kislorod tashish funksiyasini tiklashga qodir.

Bo'limda saqlanadigan qon mahsulotlarining minimal hajmi mahalliy protokollarda ko'rsatilishi va bir guruh qon mahsulotlarining zarur hajmlarini etkazib berish ehtimoli va vaqti nuqtai nazaridan oqlanishi kerak. Qon banklaridan uzoqda joylashgan kichik bo'limlar kattaroq ta'minotga ega bo'lishi kerak deb taxmin qilish mantiqan to'g'ri.

Koagulyatsion omillarni quyish umumiy tamoyillarga muvofiq amalga oshirilishi kerak, shu jumladan gemostaz tizimining laboratoriya tadqiqotlari va gematolog bilan maslahatlashuv. Shu bilan birga, doimiy qon ketish holatlarida va gemostazni o'rganish natijalari mavjud bo'lgunga qadar, 1 litrgacha YMP va 10 birlik kriyopresipitatning empirik infuzioni qabul qilinadi. Shifokorlar bilishlari kerakki, bu dorilarni infuzion qilishdan oldin eritish uchun vaqt kerak bo'ladi.

#### 5.4. Kuzatish va tekshirish

**ASOSIY CHORALAR**(qon ketishi 500-1000 ml, shokning klinik belgilari yo'q)

- Katta igna bilan venepunktur va qon namunasi:
- O'zaro muvofiqlik
- Batafsil to'liq qon ro'yxati
- Koagulogramma: protrombin vaqti, faollashtirilgan qisman plazma tromboplastin vaqti (PFQT), fibrinogen, karbamid va elektrolitlar, yotoqxona testi (Li-White testi)

Qon bosimi va yurak urish tezligini tez-tez o'lchash (har 15 daqiqada).

**TO'LIQ PROTOKOL**(1000 ml dan ortiq katta qon yo'qotish yoki shokning klinik belgilari)

- Katta igna bilan venepunktur va qon namunasi:
- O'zaro muvofiqlik
- Batafsil to'liq qon ro'yxati
- Koagulogramma: protrombin vaqti, faollashtirilgan qisman plazma tromboplastin vaqti (PFQT), fibrinogen, karbamid va elektrolitlar, yotoqxona testi
- Yurak urishi va qon bosimining doimiy monitoringi. (oksimetr, EKG va qon bosimini avtomatik qayd qilish yordamida)
- Siydik chiqarishni o'lchash uchun Foley kateteri.
- Markaziy venoz bosimni kuzatish (agar ushbu texnikaga ega bo'lgan xodimlar bo'lsa).
- RITning reanimatsiya bo'limiga o'tkazishni o'ylab ko'ring.

Kristalloid, kolloid eritmalar va qon mahsulotlarini quyishni o'z ichiga olgan dastlabki reanimatsiya choralari sistolik bosimning normal darajasini va qonning kislorod tashish funksiyasini tiklashga qaratilgan. Kelajakda qon mahsulotlarini

quyish batafsil qon tekshiruvi natijalari, gemostaz tizimini o'rganish va gematolog va / yoki transfüzyon bo'yicha maslahatchining rahbarligi ostida amalga oshirilishi kerak.

To'liq qon ro'yxati gematokrit va trombositlar soni kabi parametrlarni o'z ichiga olishi kerak. Gemostaz tizimini o'rganish (koagulogramma) protrombin vaqti, trombin vaqti, faollashtirilgan qisman plazma tromboplastin vaqti (PFQT), fibrinogen, karbamid va elektrolitlarni o'rganish parametrlarini hisobga olish kerak. Fibrin degradatsiyasi mahsulotlarini ham aniqlash kerak. Natijalarni talqin qilish homiladorlikning uchinchi trimestrida protrombin va qisman tromboplastin vaqtining kamayishini hisobga olgan holda gematolog bilan birgalikda amalga oshirilishi kerak.

Gemostaz va trombozni o'rganish bo'yicha maxsus komissiya va SOGAP qon guruhini aniqlash, umumiy qonni aniqlash va koagulyatsion testlar uchun to'plamlarni tug'ruqxonalarda muzlatilgan holda saqlash kerak, degan fikrda.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, davom etayotgan ko'p qon ketish holatlarida, koagulogramma natijalari olinmaguncha, 1 litrgacha YMP va 10 birlikgacha kriyopresipitat quyish mumkin. Kelajakda kriyopresipitat, plazma va trombositlar massasini tayinlash gematolog nazorati ostida amalga oshirilishi kerak. Fibrinogen  $< 0,8$  g/l bo'lganda kriyopresipitat, trombositlar soni  $< 50 \times 10^9/l$  bo'lganda tromb massasi berilishi mumkin [10].

Shuni ta'kidlash kerakki, gemostaz va trombozni o'rganish bo'yicha maxsus komissiya fibrinoliz ingibitorlari (AKA, traneksamik kislota, aprotinin) juda kam hollarda akusherlik qon ketishini to'xtatishda foydali bo'lishi mumkin degan fikrni bildiradi.

Onalar o'limi bo'yicha maxfiy tekshiruv hisobotlari (Buyuk Britaniya) aylanma qon hajmini almashtirishda markaziy venoz bosimni o'lchash muhimligini ta'kidlaydi.

MVB ni erta monitoring qilishning asosiy roli boshqa Britaniya klinik ko'rsatmalarida ham qayd etilgan: transfuzion tibbiyot bo'yicha qo'llanmalar, maxsus komissiya xulosalari, terapiya va dorilar bo'yicha byulleten. Shu bilan

birga, ACOG biroz boshqacha fikrda. Shunday qilib, ushbu tashkilotning texnik byulletenida, tug'ruqdan keyingi ommaviy qon ketishi bilan og'rigan barcha bemorlarda chiqarilgan siydik hajmini kuzatish uchun Foley kateteri o'rnatilishi kerakligi va geodinamik parametrlarni kuzatishning invaziv usullari zarur emas va istalmaganligi ta'kidlangan. Ushbu tavsiya ACOG MVB ni erta o'lchashni talab qilmaydigan tarzda talqin qilinishi mumkin va shuning uchun bu masala bo'yicha mutaxassislarining fikrlari Atlantikaning har ikki tomonida ham farq qiladi.

MVB ning erta kuzatuvni parvarishning ushbu jihati uchun mas'uliyatni o'z zimmasiga oladigan tajribali anesteziologning mavjudligi va ishtirokini talab qiladi.

### 5.5. Qon ketishini to'xtatish

Erta tug'ruqdan keyingi qon ketishining eng keng tarqalgan sababi bachadon atoniyasidir. Biroq, boshqa mumkin bo'lgan shartlarni istisno qilib bo'lmaydi:

- Bachadon bo'shlig'ida to'qimalarni ushlab turish (platsenta, membranalar, qon quyqalari)
- Vaginal / bachadon bo'yni shikastlanishi yoki gematoma rivojlanishi.
- Bachadonning yorilishi
- Bachadonning keng ligamentining gematomasi

Tug'ilish kanali bilan bog'liq bo'lmagan qon ketish

Agar qon ketishining sababi bachadonning atoniyasi bo'lsa, belgilangan ketma-ketlikda quyidagi choralarni ko'rish kerak:

- Bachadonning qisqarishini rag'batlantirish uchun siqish
- Quviqni bo'shating (Kateterni joylashtiring va joyiga qo'ying (Foley))
- Oksitotsin 10 birlik IV sekin
- Ergometrin 0,5 mg tomir ichiga sekin yuboriladi
- Oksitotsin infuzioni (125 ml/soat tezlikda 500 ml Hartman eritmasida 30 U)

Enzaprost (Prostaglandin F2 alfa) 0,25 mg IV (kerak bo'lsa, har 15 daqiqada

maksimal 5 dozaga qadar infuziyalarni takrorlang) yoki misoprostol 1 mg (5 x 200 mkg tabletkalar) rektal.

Agar konservativ choralar samarasiz bo'lsa va qon ketish davom etsa, "SIRTER THAN KECH" qoidasiga rioya qilgan holda jarrohlik gemostazni davom ettirish kerak. Belgilangan tartibda quyidagi choralar ko'rilishi kerak:

- Laparotomiyadan so'ng Enzaprost (Prostaglandin F2 alfa) 0,5 mg ni bachadon mushaklariga yuborish kerak.
- Bachadon arteriyalarini ikki tomonlama bog'lashni bajaring
- Ichki yonbosh arteriyalarning ikki tomonlama bog'lanishini bajaring
- Histerektomiyani bajaring.

"SARER, DAN KECH" qoidasiga amal qilgan holda, siz histerektomiyaga murojaat qilishingiz kerak (ayniqsa, platsenta oldingi yoki bachadon yorilishi bo'lsa).

Tug'ruqdan keyingi qon ketishi bilan og'rigan bemorlarni davolashning tarkibiy qismlari, jumladan, ogohlantirish, reanimatsiya, kuzatish/baholash va qon ketishini nazorat qilish choralari izchil tavsiflangan, ammo shuni ta'kidlash kerakki, amalda parvarishning taqdim etilgan komponentlari bir vaqtning o'zida amalga oshirilishi kerak.

Bachadon atoniyasi tug'ruqdan keyingi qon ketishining eng keng tarqalgan sababidir. Shubhasiz, ushbu holatga qarshi kurash choralari boshlashdan oldin, bachadon atoniyasining aniq tashxisini qo'yish va qon ketishining boshqa sabablarini istisno qilish uchun to'liq tekshiruvdan o'tish kerak.

Musa HA, Alfirevic Z.ning meta-tahlili shuni ko'rsatadiki, hozirgi vaqtda tug'ruqdan keyingi qon ketishini davolash uchun rektal misoprostol va mushak ichiga sintometrin (oksitotsin va ergometrin)ni tomir ichiga oksitotsin infuzioni bilan taqqoslaydigan yagona tadqiqot mavjud. Mualliflarning ta'kidlashicha, tadqiqot rektal misoprostolning onalar o'limiga, onaning og'ir asoratlariga yoki tug'ruqdan keyingi qon ketishi bo'lgan ayollarda histerektomiyaga ta'sirini

baholash uchun etarlicha katta emas edi. Sintometrin va oksitotsinni birgalikda qo'llash bilan solishtirganda, misoprostolni qo'llash aralashuvdan keyin qon ketishni davom ettirgan ayollar sonining statistik jihatdan sezilarli darajada kamayishini ko'rsatdi. va qon ketishini to'xtatish uchun qo'shimcha aralashuvlarni talab qiladigan bemorlar soni. (6% ga nisbatan 34%). Shu bilan birga, har ikkala guruhdagi bemorlarda doimiy qon ketishi bilan jarrohlik aralashuvlar, shu jumladan histerektomiya, ichki yonbosh arteriyalarni bog'lash va / yoki bachadon tamponadasi chastotasida sezilarli farq yo'qligi qayd etilgan.

Meta-tahlil mualliflari rektal misoprostol 800 mkg "birinchi tanlangan dori" sifatida qo'llanilganda foydali bo'lishi mumkin degan xulosaga kelishdi, ammo eng yaxshi dori kombinatsiyalarini, qo'llash yo'llarini va dozalarini aniqlash uchun qo'shimcha randomizatsiyalangan sinovlar zarur.

"Ona o'limi: kamaytirish yo'li" nashrida ta'kidlanishicha, "xirurgik gemostaz foydasiga taktikani juda kech o'zgartirish" akusherlik qon ketishining yomon oqibatlariga ta'sir qiluvchi asosiy omil hisoblanadi. Jarrohlik aralashuvi to'g'risida qaror qabul qilishda uni amalga oshirish texnikasini tanlash ma'lum darajada mavjud xodimlarning tajribasi va malakasiga bog'liq bo'lishi kerak.

Xuddi shu maqolada taklif qilingan protokolga ko'ra, akusherlik qon ketishida jarrohlik aralashuvlar quyidagi tartibda amalga oshirilishi kerak: bachadon arteriyalarini ikki tomonlama bog'lash, ichki yonbosh arteriyalarni bog'lash va histerektomiya.

Saudiya Arabistonidagi tekshiruvlardan birida jarrohlik amaliyotini talab qiladigan tug'ruqdan keyingi qon ketishining 64 ta holatini boshqarish bo'yicha besh yillik tajriba tasvirlangan. Ushbu ketma-ketliklar orasida ichki yonbosh arteriyasini bog'lash 29 holatda jarrohlik gemostazning birinchi chorasi edi. 19 tasida (65%) muvaffaqiyatga erishildi. Ko'rib chiqish mualliflari tug'ruqdan keyingi ommaviy qon ketishining barcha holatlarida ichki yonbosh arteriyasini bog'lash jarrohlik gemostazning birinchi bosqichi bo'lishi kerakligini ta'kidlaydilar. Biroq, qiziqarli ma'lumotlar Shotlandiyaning akusherlik va ginekologiya bo'yicha klinik ko'rsatmalarini ishlab chiqish va tekshirish loyihasining tahlillaridan birida

keltirilgan. Ushbu tashkilot ma'lumotlariga ko'ra, eng tajribali Shotlandiya mutaxassislarining 90 foizi tug'ruqdan keyingi histerektomiya bilan birinchi tajribaga ega.

Erta histerektomiya ayniqsa, tug'ruqdan keyingi qon ketish platsentaning zich biriktirilishi / to'planishi, bachadon yorilishi bilan birlashtirilgan hollarda, shuningdek, xodimlar aralashuv texnikasidan to'liq xabardor bo'lgan hollarda tavsiya etiladi. Burke va massiv akusherlik qon ketishini jarrohlik davolash usullarini tahlil qildi va histerektomiyani bemorning terminal sharoitlari boshlanishiga qadar qoldirmaslik kerakligini va vaqtni kamroq radikal aralashuvlarga sarflamaslik kerakligini ta'kidladi, ayniqsa jarroh ularni amalga oshirishda kam tajribaga ega bo'lsa. . Ushbu olimlar tug'ruqdan keyingi qon ketish holatlarida subtotal histerektomiya tanlov operatsiyasi ekanligi haqidagi fikrni bildirdilar.

## **6-BOB . QON MAHSULOTLARINI QUYILISHINI RAD ETGAN BEMORGA REANIMATSION CHORALARINI O'TKAZILISHI**

Klinik amaliyotda qon ketishi bilan kechadigan hayot uchun xavfli akusherlik asoratlari yuzaga kelganda, tibbiy xodimlar diniy va boshqa shaxsiy e'tiqodlarga ko'ra bemorlar va ularning oila a'zolarining qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortishiga duch kelishi mumkin.

### **6.1. Antenatal davrda tayyorgarlik**

Ayolning qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortishi antenatal parvarish daftarida klinikaga birinchi tashrif buyurganida aniq ko'rsatilishi kerak.

Qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayolda qon guruhi va antikorlarning mavjudligi muntazam ravishda tekshirilishi kerak.

Qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayolning gemoglobin darajasini va iloji bo'lsa, qon zardobidagi ferritin darajasini homiladorlik davrida muntazam ravishda tekshirish kerak. Tanadagi temir zahiralari maksimal darajada saqlab qolish uchun temir o'z ichiga olgan preparatlar ham buyurilishi kerak.

Antenatal davrda qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayol ultratovush plazenografiyasidan o'tishi kerak.

Bemorga mumkin bo'lgan avtotransfüzyon uchun o'z qonini topshirishni taklif qilmaslik kerak, chunki bu tarzda to'planishi mumkin bo'lgan qonning maksimal miqdori katta akusherlik qon ketishida qon yo'qotish bilan taqqoslanmaydi.

### **6.2. Tug'ruq**

Tug'ilishning uchinchi bosqichida qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayolga uterotoniklarni buyurish orqali qon ketishining oldini olish kerak.

Qon mahsulotini quyishdan bosh tortgan ayolning tug'ilishi eng tajribali mutaxassislar tomonidan nazorat qilinishi kerak.

### **6.3. Qon ketish**

Qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayolda qon ketishi sodir



bo'lganda, uni to'xtatishga qaratilgan harakatlar oddiy bemorda qon ketishidan ko'ra kuchliroq va muvofiqlashtirilgan bo'lishi kerak.

Qon mahsulotini quyishdan bosh tortgan ayolning dastlabki reanimatsiyasi (boshqa ayollarda bo'lgani kabi) kristalloid va kolloid infuziyalarni o'z ichiga olishi kerak, shuningdek, dekstran infuzionidan qochish kerak.

Agar qon mahsulotini quyishdan bosh tortgan ayolda katta qon ketish yuzaga kelsa, K vitamini, metilprednizolon va fibrinoliz inhibitörleri kabi preparatlar qo'llanilishi mumkin. Ushbu dorilarni faqat gematolog bilan maslahatlashganidan keyin qo'llash kerak.

Bemorga va uning qarindoshlariga uning ahvoli haqida to'liq ma'lumot berilishi va ilgari ishlab chiqilgan davolash rejasiga nisbatan o'z fikrini o'zgartirish imkoniyati berilishi kerak.

Qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayolda katta qon ketish bo'lsa, histerektomiyani o'z vaqtida bajarish boshqa bemorlarga qaraganda muhimroqdir.

Qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayolda katta qon ketish bo'lsa, bachadon arteriyalarini imkon qadar tezroq histerektomiya paytida klemlash kerak, shuningdek, ichki yonbosh arteriyalarini bog'lash haqida o'ylash kerak. Shuni esda tutish kerakki, subtotal histerektomiya tezroq va xavfsizroq.

#### **6.4. Keyingi parvarish**

Qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan ayolga keyingi tibbiy yordam giperbarik kislorod, eritropoetin, temir preparatlari, gemoglobin sintezi uchun etarli protein bilan ta'minlashni o'z ichiga olishi mumkin.

Ayol vafot etgan taqdirda qarindoshlari zarur yordamni olishlari kerak.

Qisqartirilgan tavsiyalar Maxfiy tekshiruvlar hisobotidan olingan.

#### **6.5. Xavf omillari**

Klinikaga akusherlik yoki jarrohlik yordami uchun kelgan barcha bemorlarni dastlabki baholash va tekshirish batafsil tarixni o'z ichiga olishi kerak. Hujjatlar bemorda yoki uning qarindoshlarida koagulopatiyaning barcha faktlariga, ayolning

antikoagulyantlardan foydalanishiga bog'liq. To'liq fizik tekshiruv ko'karishlar yoki peteksiyalarni aniqlashi mumkin. Bunday hollarda gemostaz tizimining holatini laboratoriya tadqiqotlari o'tkazish, tegishli mutaxassislarni jalb qilishni ko'rib chiqish kerak.

Barcha tavsiya etilgan protseduralar ayol bilan muhokama qilinishi kerak. Asoratlanish xavfi, shu jumladan qon ketishining rivojlanishi aniq belgilanishi va bemorning shaxsiy kartasida qayd etilishi kerak. Ba'zi klinik sharoitlar va ularni davolashning jarrohlik usullari qon ketish xavfining ortishi bilan bog'liq: ektopik homiladorlik, miyomektomiya, normal joylashgan yo'ldoshning erta ajralishi, platsenta previa, malign neoplazmalar.

Ba'zi hollarda ayol bilan qon mahsulotlarini quyish yoki gemodilyutsiya texnikasi haqida gaplashish o'rinli bo'lishi mumkin. Bunday vaziyatlarda alohida o'rinni e'tiqodlari qon quyishdan bosh tortishni talab qiladigan bemorlar egallaydi.

## **6.6. Kirish**

Erta reanimatsiya choralari qon ketishini to'xtatish va to'qimalarni etarli darajada kislorod bilan ta'minlash uchun aylanma qon hajmini tiklashni o'z ichiga oladi. Mumkin bo'lgan hollarda, barcha holatlarda qon yo'qotilishini minimallashtirishga harakat qilish kerak. Qon ketishni tezda to'xtatish uchun qon ketish manbasini aniqlash, tajribali xodimlarning mavjudligi, xodimlarning tos a'zolarining anatomiyasini aniq bilishi, vahima yo'qligi va yordam ko'rsatishga tizimli yondashish muhim ahamiyatga ega. Ko'p tarmoqli mutaxassislar guruhini, jumladan ginekologlarni, anesteziologni, hamshiralarni, iloji bo'lsa, umumiy jarrohni, qon tomir jarrohni, reanimatsiya bo'yicha mutaxassisni, gematologni jalb qilish ayolda katta qon yo'qotish belgilari paydo bo'lishi bilanoq zarur bo'ladi. zarba. Qon quyish xizmati va laboratoriyani xabardor qilish kerak. Shu sababdan, ishemik shikastlanish natijasida hujayra o'limi zarbaning yakuniy bosqichidir, barcha harakatlar to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishini tezda tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak. Ushbu maqsadga erishish uchun quyidagi fikrlarni ta'minlash kerak: kislorod bilan ta'minlash, aylanma qon hajmini tiklash, dori

terapiyasini o'tkazish, uning samaradorligini kuzatish, qon ketishining sababini bartaraf etish. Bundan tashqari, shuni esda tutish kerakki, natija erta tashxis qo'yish va "qon yo'qotilishini tiklash va qon ketishni to'xtatish" tamoyiliga asoslangan samarali terapiyani o'z vaqtida amalga oshirish kabi omillarga bog'liq. kislorod bilan ta'minlash, aylanma qon hajmini tiklash, dori terapiyasini o'tkazish, uning samaradorligini kuzatish, qon ketishining sababini bartaraf etish. Bundan tashqari, shuni esda tutish kerakki, natija erta tashxis qo'yish va "qon yo'qotilishini tiklash va qon ketishni to'xtatish" tamoyiliga asoslangan samarali terapiyani o'z vaqtida amalga oshirish kabi omillarga bog'liq. kislorod bilan ta'minlash, aylanma qon hajmini tiklash, dori terapiyasini o'tkazish, uning samaradorligini kuzatish, qon ketishining sababini bartaraf etish. Bundan tashqari, shuni esda tutish kerakki, natija erta tashxis qo'yish va "qon yo'qotilishini tiklash va qon ketishni to'xtatish" tamoyiliga asoslangan samarali terapiyani o'z vaqtida amalga oshirish kabi omillarga bog'liq.

#### **6.6.1. Kislorod bilan ta'minlash**

Har qanday bemorni reanimatsiya qilishning dastlabki bosqichi patentlangan havo yo'li va etarli kislorod bilan ta'minlashdir. Ko'pgina hollarda, jarrohlik aralashuvlar paytida, bu holat anesteziolog tomonidan ta'minlanadi. Mintaqaviy behushlikni amalga oshirishda kislorod bilan ta'minlashni alohida ta'minlash kerak. Bemorning orientatsiyasi yo'qolgan yoki charchagan bo'lsa, traxeyani intubatsiya qilish haqida o'ylash kerak. Agar ayolda og'riq sezuvchanligi xiralashgan bo'lsa, darhol intubatsiya qilish kerak. Shuni esda tutish kerakki, suyuqlikning massiv infuziyalari bilan traxeyaning biroz shishishi intubatsiyani qiyinlashtirishi mumkin va mexanik shamollatish paytida o'pka to'qimalarining elastikligi pasaysa, ijobiy bosim talab qilinishi mumkin.

Gemorragik shok holatida reanimatsiya etarli oksigenatsiyani o'z ichiga olishi kerak.

#### **6.6.2. AQHni tiklash**

Aylanma qon hajmini tiklash kristalloid yoki kolloid eritmalar, qon mahsulotlarini quyish orqali amalga oshirilishi mumkin. Dastlabki terapiya 1-IV infuzionni o'z ichiga olishi kerak. 2 litr kristalloid eritmalar. AQHni imkon qadar tezroq tiklash uchun ikkita (yoki bir nechta) periferik tomirlarga kirish kerak va infuziyalar katta diametrli igna (14-16G) orqali amalga oshirilishi kerak. Markaziy kateter ko'rib chiqilishi mumkin, ammo shuni yodda tutish kerakki, markaziy venoz kateterizatsiya AQHni tezda tiklash uchun hech qanday afzalliklarga ega emas. Ikkinchi holda, kateterizatsiya jarayonini amalga oshirishga qodir bo'lgan malakali xodimlarga bo'lgan ehtiyoj, protsedura davomiyligi va pnevmotoraks kabi asoratlar xavfining oldini olish kabi fikrlarni hisobga olish kerak. MVB ni o'lchash yurak-qon tomir yoki o'pka tomirlari tizimiga zarar etkazilganda xavfsiz reanimatsiya uchun foydali bo'lishi mumkin, chunki to'qimalarning normal perfuziyasini tiklash uchun qancha suyuqlik kerakligini taxmin qilish ko'pincha qiyin va bunday bemorlarda suyuqlikning haddan tashqari ko'p kiritilsa, shish paydo bo'lishi yoki o'pkaning shikastlanishi xavfi bor. Markaziy venoz bosimni nazorat qilish ko'p a'zolar shikastlangan bemorlarni reanimatsiya qilishda foydalidir. Oddiy MVB darajasi 5 mmHg (0-8 mmHg ichida) ekanligini esga olish kerak. Hajmining ortiqcha yuklanishi, o'ng yurak etishmovchiligi, o'pka emboliyasi, yurak tamponadasi va og'ir trikuspid qopqoq etishmovchiligi bilan MVBning ortishi kuzatiladi. MVB ko'rsatkichlarining pasayishi shokda (gipovolemiya tufayli), sepsis va anafilaksiyada sodir bo'ladi. bemorlarda shish paydo bo'lishi yoki o'pkaning shikastlanishi xavfi mavjud. Markaziy venoz bosimni nazorat qilish ko'p a'zolar shikastlangan bemorlarni reanimatsiya qilishda foydalidir. Oddiy MVB darajasi 5 mmHg (0-8 mmHg ichida) ekanligini esga olish kerak. Hajmining ortiqcha yuklanishi, o'ng yurak etishmovchiligi, o'pka emboliyasi, yurak tamponadasi va og'ir trikuspid qopqoq etishmovchiligi bilan MVBning ortishi kuzatiladi. MVB ko'rsatkichlarining pasayishi shokda (gipovolemiya tufayli), sepsis va anafilaksiyada sodir bo'ladi. bemorlarda shish paydo bo'lishi yoki o'pkaning shikastlanishi xavfi mavjud. Markaziy venoz bosimni nazorat qilish ko'p a'zolar shikastlangan bemorlarni reanimatsiya qilishda

foydalidir. Oddiy MVB darajasi 5 mmHg (0-8 mmHg ichida) ekanligini esga olish kerak. Hajmining ortiqcha yuklanishi, o'ng yurak etishmovchiligi, o'pka emboliyasi, yurak tamponadasi va og'ir trikuspid qopqoq etishmovchiligi bilan MVBning ortishi kuzatiladi. MVB ko'rsatkichlarining pasayishi shokda (gipovolemiya tufayli), sepsis va anafilaksiyada sodir bo'ladi. o'ng yurak etishmovchiligi, o'pka emboliyasi, yurak tamponadasi, og'ir trikuspid qopqoq etishmovchiligi. MVB ko'rsatkichlarining pasayishi shokda (gipovolemiya tufayli), sepsis va anafilaksiyada sodir bo'ladi. o'ng yurak etishmovchiligi, o'pka emboliyasi, yurak tamponadasi, og'ir trikuspid qopqoq etishmovchiligi. MVB ko'rsatkichlarining pasayishi shokda (gipovolemiya tufayli), sepsis va anafilaksiyada sodir bo'ladi.

Gemorragik shok holatida reanimatsiya katta diametrli igna bilan ikkita tizimni o'rnatish va ular orqali muvozanatli kristalloid eritmalarni tezda yuborish orqali AQHni tiklashni o'z ichiga olishi kerak.

### 6.6.3. Kristalloid va kolloid eritmalar

Gemorragik shok holatida AQHni tiklash uchun izotonik kristalloid va kolloid eritmalardan foydalanish mumkin.

Gemorragik shok bilan og'irgan bemorni davolashda gipotonik dekstroz eritmalaridan foydalanmaslik kerak.

### 6.6.4 Transfuzion terapiya

Hozirgi vaqtda aylanma qon hajmini tiklash, kislorodni tashish funksiyasini bajarishga qodir koagulyatsion omillarni almashtirish uchun mo'ljallangan ko'plab qon mahsulotlari va uning o'rnini bosuvchi moddalar mavjud. (11-jadval).

11-jadval. Uning o'rnini bosuvchi qon mahsulotlari.

<b>Komponent</b>	<b>Ko'rsatkichlar</b>	<b>Odatiy boshlang'ich doza</b>
eritrotsitlar massasi	Kislorodni tashish funksiyasini tiklash zarurati	2-4 doza (birlik*) IV

Trombotsitlar	Qon ketishi bilan bog'liq trombotsitopeniya yoki trombosteniya	6-10 doza (birliklar**) IV
YMP	Tasdiqlangan koagulopatiya	2-6 doza (birliklar** *) IV
Kriyopresipitat	Fibrinogenning kamayishi bilan koagulopatiya	10-20 doza (birliklar****) IV

Eslatma:

Qizil qon hujayralarining odatdagi dozasi (birlik) 240-340 ml, gematokrit 80%

\*\* Trombotsitlar massasining dozasi (birlik) 50-55 ml plazmada to'xtatilgan  $55 \times 10^9$  trombotsitlarni o'z ichiga oladi.

\*\*\* YMPning bir dozasi 250 ml ni tashkil qiladi, unda fibrinogenning normal konsentratsiyasi va VIII va V ivish omillari mavjud.

\*\*\*\*Kriopretsipitatning bir dozasi (birlik) kamida 80 IU VIII omil va 5-15 ml plazmada erigan kamida 150 mg fibrinogenni o'z ichiga oladi.

Murakkab terapiya ushbu dorilarni muayyan maqsadlarda qo'llash imkonini beradi. Shunday qilib, gipovolemiyani tuzatish uchun eng yaxshi preparatlar kristalloid eritmalaridir. Gemorragik shokning rivojlanishi bilan AQH va qonning transport funksiyasini tiklash uchun eng ko'p qo'llaniladigan preparat eritrotsitlar massasi hisoblanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, sog'lom odamlarda kislorodni tashish funksiyasi, odatda, gemoglobin darajasi 60-70 g / l gacha tushmaguncha zarar ko'rmaydi, ammo klinik vaziyatda "gemoglobin chegarasi" tushunchasidan foydalanmaslik kerak. 20-25% dan ortiq qon yo'qotish yoki tasdiqlangan / taxminiy koagulopatiya koagulyatsion omillarni kiritishni talab qilishi mumkin, 5-10 birlik qizil qon tanachalarini quyishdan keyin gemostaz tizimining laboratoriya tadqiqotlari o'tkazilishi kerak. Muhim trombotsitopeniya (trombotsitlar soni 20 000-50 000/mm<sup>3</sup> dan kam) va qon ketishining davom etishi uchun trombotsitlarni quyish talab qilinishi mumkin. Koagulyatsion omillar konsentratlari ularning etishmovchiligini aniqlashda foydali bo'lishi mumkin, YMP shoshilinch holatlarda, protrombin va qisman tromboplastin vaqtining ko'payishi qayd etilganda belgilanishi mumkin. Shu bilan birga, gemorragik shokda reanimatsiya paytida

trombotsitlar massasi, plazma yoki o'ziga xos tarkibiy qismlarni profilaktika qilish uchun ko'rsatmalar yo'qligini esga olish kerak. Qon mahsulotlarini quyishda asoratlar ehtimoli katta hajmdagi transfüzyon bilan ortadi. Koagulyatsion omillar kontsentratlari ularning etishmovchiligini aniqlashda foydali bo'lishi mumkin, YMP shoshilinch holatlarda, protrombin va qisman tromboplastin vaqtining ko'payishi qayd etilganda belgilanishi mumkin. Shu bilan birga, gemorragik shokda reanimatsiya paytida trombotsitlar massasi, plazma yoki o'ziga xos tarkibiy qismlarni profilaktika qilish uchun ko'rsatmalar yo'qligini esga olish kerak. Qon mahsulotlarini quyishda asoratlar ehtimoli katta hajmdagi transfüzyon bilan ortadi. Koagulyatsion omillar kontsentratlari ularning etishmovchiligini aniqlashda foydali bo'lishi mumkin, YMP shoshilinch holatlarda, protrombin va qisman tromboplastin vaqtining ko'payishi qayd etilganda belgilanishi mumkin. Shu bilan birga, gemorragik shokda reanimatsiya paytida trombotsitlar massasi, plazma yoki o'ziga xos tarkibiy qismlarni profilaktika qilish uchun ko'rsatmalar yo'qligini esga olish kerak. Qon mahsulotlarini quyishda asoratlar ehtimoli katta hajmdagi transfüzyon bilan ortadi. gemorragik shokda reanimatsiya paytida trombotsitlar massasi, plazma yoki o'ziga xos komponentlarni profilaktik qo'llash uchun ko'rsatmalar yo'qligi. Qon mahsulotlarini quyishda asoratlar ehtimoli katta hajmdagi transfüzyon bilan ortadi. gemorragik shokda reanimatsiya paytida trombotsitlar massasi, plazma yoki o'ziga xos komponentlarni profilaktik qo'llash uchun ko'rsatmalar yo'qligi. Qon mahsulotlarini quyishda asoratlar ehtimoli katta hajmdagi transfüzyon bilan ortadi.

Barcha qon mahsulotlari muvofiqlik uchun sinovdan o'tkazilishi va filtri o'rnatilgan tizim orqali kiritilishi kerak va tizimda bir vaqtning o'zida hech qanday qo'shimchalar yoki dorivor moddalar bo'lmasligi kerak. Qon mahsulotlarini quyish paytida kislota-ishqor holatining buzilishi rivojlanishi mumkin. Hipotermiyaning oldini olish uchun qo'llaniladigan dorilarni isitish kerak.

AQH etishmovchiligi klinik baholash yoki gematologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan va hujjatlashtirilgan bo'lsa, qon tarkibiy qismlarini quyish ko'rsatiladi.

## 6.7. Dori vositalari.

Vazoaktiv dorilarni, shu jumladan inotrop va vazopressorlarni tayinlash, aylanma qon hajmini etarli darajada tiklashdan so'ng talab qilinishi mumkin, ammo gemorragik shok paytida ulardan foydalanish ko'rsatmalari nisbatan kam uchraydi.

Agar kerak bo'lsa, birinchi navbatda, inotrop preparatlar buyuriladi, keyin esa, ta'sir bo'lmasa, vazopressorlarni qo'llash kerak. Shu bilan birga, ushbu dorilarni qabul qilish periferik organlarning perfuziyasi va kislorodlanishini buzishi mumkin. Ideal holda, ushbu dorilar guruhi reanimatsiya bo'limlarida, ko'p tarmoqli mutaxassislar guruhi yordamida qo'llanilishi kerak.

Dopamin alfa- va beta-1-adrenergik retseptorlarning funksiyasini rag'batlantirishi mumkin. Miya, buyrak, tutqich tomirlarida past dozalarda (1-3 mkg / kg / min) buyurilganda, dopamin retseptorlarini rag'batlantirish yuzaga keladi, natijada vazodilatatsiya va siydik ishlab chiqarish ko'payadi. O'rtacha dozalarda (2-10 mkg / kg / min) buyurilganda, alfa- va beta-1-adrenergik retseptorlari ham rag'batlantiriladi, shu bilan birga miyokardning qisqarishi va yurak chiqishi bir vaqtning o'zida miyokard kislorod iste'molining oshishi bilan ortadi. Yuqori dozalarda (>10 mkg/kg/min) alfa-adrenergik retseptorlarning stimulyatsiyasi vazokonstriksiyaga va qon bosimining oshishiga olib keladi. Dobutamin beta-1 va beta-2 adrenostimulyatorlariga tegishli. Beta-2 adrenergik retseptorlarini rag'batlantirish vazodilatatsiyaga olib keladi va keyingi yukni kamaytiradi. Dobutamindan foydalanish dopamindan foydalanishga qaraganda kamroq o'pka tomirlari stressi va kamroq taxikardiya bilan bog'liq. O'tga chidamli shok holatlarida fenilefrin (Mezaton), norepinefrin va epinefrin kabi preparatlar qo'llaniladi. Ushbu dorilarning asosiy ta'siri qon tomirlarining tizimli qarshiligini oshirish orqali qon bosimini oshirishdir. Ba'zi darajada koronar tomirlarning vazokonstriksiyasi mavjud bo'lib, bu miyokard ishemiyasini kuchaytirishi mumkin. (12-jadval) Ba'zi darajada koronar tomirlarning vazokonstriksiyasi mavjud bo'lib, bu miyokard ishemiyasini kuchaytirishi mumkin. (12-jadval) Ba'zi darajada koronar tomirlarning vazokonstriksiyasi mavjud bo'lib, bu miyokard ishemiyasini kuchaytirishi mumkin. (12-jadval)



12-jadval **Yurak-qon tomir kasalliklari uchun farmakologik yordam tizimlari**

<b>Agent</b>	<b>Oddiy dozalash</b>	<b>Effekt</b>
<b>Inotrop moddalar</b>		
Dofamin	1-3 mkg/kg/min	Diurezning kuchayishi Vazodilatatsiya
	2-10 mkg/kg/min	Yurak tezligining oshishi Yurak chiqishi ortishi
	>10 mkg/kg/min	Periferik vazokonstriksiya Yurak urishi va miyokard qisqarishining kuchayishi
Dobutamin	2-10 mkg/kg/min	Yurak urishi va miyokard qisqarishining kuchayishi Keyingi yukni kamaytirish
<b>Vazopressorlar</b>		
Fenilefrin (mezaton)	1-5 mkg/kg/min	Periferik vazokonstriksiya
Norepinefrin	1-4 mkg/min	Periferik vazokonstriksiya
Adrenalin	1-8 mkg / min	Periferik vazokonstriksiya

Gemorragik shokda vazoaktiv vositalarni tayinlash uchun ko'rsatmalar kamdan-kam uchraydi, bu dori-darmonlarni tayinlash masalasi qon hajmi to'liq almashtirilgandan keyin ko'rib chiqilishi kerak, qon ketish to'xtatilgan, ammo gipotenziya hali ham mavjud. Ushbu dorilar guruhi reanimatsiya bo'limlarida, ko'p tarmoqli mutaxassislar jamoasi yordamida qo'llanilishi kerak.

### **6.8. Terapiya samaradorligini baholash**

Aylanma qon va to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash hajmini to'liq tiklash mumkin bo'lgandan so'ng, klinik vaziyatni qayta ko'rib chiqish kerak. Hayotiy belgilar, ong holati, siydik chiqarish, kapillyarlarni to'ldirish muntazam ravishda baholanishi kerak. Qabul qilingan chora-tadbirlarning ta'siri kutilganidan kamroq bo'lsa yoki qon ketishi davom etsa, markaziy monitoringni boshlash ko'rsatilishi mumkin. Qon testlari elektrolitlar, koagulyatsiya, gematologik va metabolik aloqalar parametrlarini hisobga olgan holda o'tkazilishi kerak. Metabolizmning

buzilishi, elektrolitlar muvozanati va koagulyatsion parametrlarning etishmasligi darhol tuzatilishi kerak. Kislorodning etarililigini nazorat qilish uchun qonning gaz tarkibini aniqlashni amalga oshirish kerak. Buzilgan kislorodni, o'pkaning ventilyatsiyasini, pH darajasini tuzatish, suyuqlik balansi laboratoriya ma'lumotlari asosida amalga oshirilishi kerak. Ba'zi hollarda aniqlangan buzilishlarni bartaraf etish uchun qon mahsulotlarini qo'shimcha quyish talab qilinishi mumkin.

Etarli reanimatsiya choralari terapiya samaradorligini doimiy monitoringini, shu jumladan klinik baholash, gematologik, biokimyoviy tadqiqotlar va metabolik tadqiqotlarni talab qiladi.

### **6.9. Qon ketishni to'xtatish (gemorragik shok sababini yo'q qilish)**

Akusherlik va ginekologik amaliyotda terapiyaga chidamli gemorragik shok rivojlanishining aksariyat holatlari davom etayotgan qon ketish bilan bog'liq. Reanimatsiya boshlanishi bilan bir vaqtda qon ketishini to'xtatish uchun qat'iy choralar ko'rish kerak. Qon ketishining sababini bartaraf qilmasdan normal qon bosimini "agressiv" tiklash qon oqimining ko'payishi va shikastlanish joyida qon pıhtılarının shakllanishining buzilishi tufayli qon yo'qotishning ko'payishiga olib keladi. Aksincha, ba'zi darajadagi gipotenziya qon pıhtılarının shakllanishiga yordam beradi va shikastlangan tomirlardan qon ketishini kamaytiradi. Qon ketish manbasini aniqlash imkon qadar erta amalga oshirilishi kerak. Operatsiyadan keyin 12 soatdan ko'proq vaqt davomida gemostaz yomonlashgan bemorlarda, qon ketishining yashirin retroperitoneal manbalari mavjudligiga shubha qilish kerak. Bunday hollarda lezyonning aniq joylashuvi qiyinlashishi mumkin. Jarrohlik paytida yoki undan so'ng darhol paydo bo'lgan qon ketish jarrohlik yo'li bilan darhol to'xtatilishi va barcha qon ketadigan tomirlarni bog'lashi kerak. Shuni esda tutish kerakki, ichki yonbosh arteriyasini izolyatsiya qilish va bog'lash tos bo'shlig'ida paydo bo'lgan qon ketishni to'xtatishning samarali chorasidir.

Gemorragik shok rivojlanishi bilan reanimatsiya bilan bir vaqtda qon ketishini to'xtatish uchun samarali choralar ko'rish kerak.

## **7-BOB. TUG'RUQNI III-DAVRIDAGI QON KETISHNI OLDINI OLISH**

Tug'ilishning uchinchi bosqichini faol boshqarish barcha ayollarda amalga oshirilishi kerak, chunki bunday taktikalar bachadon atoniyasi tufayli yuzaga kelgan tug'ruqdan keyingi qon ketish chastotasini sezilarli darajada kamaytiradi.

Tug'ilishning uchinchi bosqichini faol boshqarish bachadonning qisqarishini rag'batlantirish va bachadon atoniyasi tufayli tug'ruqdan keyingi qon ketishining oldini olish orqali platsentaning ajralishini engillashtirishga qaratilgan aralashuvlarni o'z ichiga oladi. Odatda, taktikaning tarkibiy qismlari quyidagilardan iborat:

- ❖ uterotoniklarni tayinlash
- ❖ kindik ichakchasidagi nazorat ostida tortishni o'tkazish.
- ❖ agar kerak bo'lsa, tug'ilgandan keyin bachadon massaji platsenta.

### **7.1. Uterotonik vositalardan foydalanish**

1. Bola tug'ilgandan keyingi birinchi daqiqada ko'p homiladorlikni istisno qilish uchun qorinni palpatsiya qilish kerak, shundan so'ng mushak ichiga 10 birlik oksitotsin yuborish kerak. Oksitotsin tanlab olingan doridir, chunki u administratsiyadan keyin 2-3 minutdan keyin samarali bo'ladi, minimal yon ta'sirga ega va barcha ayollarda qo'llanilishi mumkin.

2. Oksitotsin yo'q bo'lganda, ergometrin 0,2 mg IM yoki misoprostol 400-600 mkg og'iz orqali boshqa uterotoniklardan foydalanish mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, misoprostolni og'iz orqali yuborish, in'eksion oksitotsin yoki ergot alkaloidlarini xavfsiz yuborish yoki saqlash mumkin bo'lmagan hollarda eng yaxshi himoyalangan.

3. Uterotoniklarni to'g'ri saqlash shartlari:

- ergometrin: 2-da saqlang 8°C to'g'ridan-to'g'ri quyosh nuri va muzlashdan himoyalangan.

- misoprostol: xona haroratida yopiq idishda saqlang.
- Oksitotsin: 15–30°C haroratda saqlang, muzlashdan saqlang.

4. Dori vositalarining yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlari va ularni bartaraf etish usullarini bilish kerak.

Diqqat! Ergot alkaloidlari preeklampsiya, eklampsiya yoki yuqori qon bosimi bo'lgan ayollarda kontrendikedir.

## 7.2. Boshqariladigan traksiylarni amalga oshirish

1. Qisqich kindik ichakchasiga, perineum yaqinida qo'llaniladi (kindikning pulsatsiyasi to'xtagandan so'ng darhol), kindik ichakchasidagi shunday bir qo'l bilan ushlab turiladi.

2. Qarama-qarshi tortishish ishlab chiqarish jarayonida bachadonni barqarorlashtirish va qarshi bosim hosil qilish uchun bir qo'l simfizdan biroz yuqoriga qo'yiladi.

3. Umbilikal shnurga engil tortishishlarni amalga oshirish orqali siz bachadonning kuchli qisqarishini kutishingiz kerak (2-3 daqiqadan so'ng).

4. Bachadonning kuchli qisqarishi vaqtida, yo'ldosh tug'ilgunga qadar, kindikni sekin pastga tortib, ayoldan turtishni so'rash kerak. Bunday holda siz bachadonga qarshi bosimni yaratishni davom ettirishingiz kerak.

5. Agar boshqariladigan tortishish boshlanganidan keyin 30-40 soniyadan keyin platsenta bo'shatilmagan bo'lsa, aralashuvni davom ettirmaslik kerak:

- kindikni ehtiyotkorlik bilan ushlab, bachadonning keyingi kuchli qisqarishini kutish kerak
- keyingi qisqarish boshlanishi bilan protsedurani takrorlash kerak.

Yaxshi qisqargan bachadon bilan simfizga qarshi bosim yaratmasdan, hech qachon kindik ichakchasidagi tortish (pastga tortish) qo'llanilmasligi kerak.

6. Platsenta tashqariga chiqqandan so'ng, uni ikki qo'l bilan ushlab, o'q atrofida aylantirgandan so'ng, membranalarni ajratishga erishish kerak.

7. Membranalarda nuqson bo'lgan taqdirda, steril dezinfektsiyalangan

qo'lqop kiyib, qinning yuqori qismlarini diqqat bilan tekshirish va ushlab turilgan membranalarni olib tashlash uchun pinset foydalanish kerak.

8. Chig'anoqlarni diqqat bilan tekshirib ko'rishingiz va ularning buzilmaganligiga ishonch hosil qilishingiz kerak. Agar yaxlitlik buzilgan bo'lsa, tegishli choralar ko'rilishi kerak.

## XULOSA

Gemodinamik beqarorlikka olib keladigan har qanday qon yo'qotish tug'ruqdan keyingi qon ketish deb qaralishi kerak. Gemodinamik beqarorlikka olib kelishi mumkin bo'lgan qon yo'qotish miqdori ayolning oldingi holatiga bog'liq.

Homiladorlik davrida gemostazning barcha buzilishlarini 2 shaklga bo'lish mumkin: birlamchi shakllar asosan gomeostatik omillardan birining irsiy izolyatsiya qilingan nuqsoni bilan tavsiflanadi. Akusherlikda siz ko'pincha ikkilamchi orttirilgan koagulyatsion nuqsonlar (DVS) bilan shug'ullanishingiz kerak.

Shunga qaramay, ular massiv akusherlik qon ketishining sabablari tarkibida muhim o'rin egallaydi. Gipotonik yoki atonik niqob ostida o'tadigan massiv akusherlik qon ketishining katta qismi gemostaz nuqsonlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin, ularning tashxisi hali ham qiyin.

Sog'liqni saqlash vazirligi, yetakchi ekspertlar va xalqaro tashkilotlarning ulkan sa'y-harakatlari O'zbekistonda yangi texnologiyalar, akusherlik patologiyasining asosiy turlarini oldini olish va davolash usullarini joriy etish orqali onalar o'limini kamaytirishga qaratilgan.

Ushbu o'quv qo'llanma ushbu yo'nalishdagi ish natijalari asosida ishlab chiqilgan. U butun dunyo bo'ylab ushbu yo'nalishda olib borilgan eng yirik tadqiqotlar natijalaridan kelib chiqadigan yordam va oldini olishning asosiy usullarini tavsiflaydi. Qon ketishining sabablari ko'p va xilma-xil bo'lganligi sababli, qo'llanma ko'rib chiqilayotgan patologiyaning individual turlariga mos keladigan boblarga bo'linadi.(6)/Patologik jarayonning etiologiyasi va patogeneziga qo'shimcha ravishda, har bir bobda ushbu asoratni davolash tasvirlangan va kerakli dori-darmonlar uchun retsept berilgan. Har bir bobda qon ketishiga sabab bo'lgan turli patologik holatlarni tashxislashda shifokorning roli va sharoitga qarab tibbiyot xodimlarining taktikasiga alohida e'tibor beriladi. Maxsus bo'limlarda trombogemorragik sindrom, qon quyish va qon o'rnini bosuvchi moddalar haqida qisqacha ma'lumot beriladi.

Akusherlik amaliyotida o'tkir qon yo'qotilishini to'ldirish strategiyasi va taktikasi muammosi ayniqsa dolzarbdir. Aytgancha, uni hal qilishda tibbiy xodimlarning malakasi, ma'lum bir akusherlik muassasasida shoshilinch tibbiy yordamni tashkil etish haqida hukm chiqarish mumkin. Akusherlik qon ketishi onalar o'limining asosiy sabablaridan biri bo'lib, uning tarkibida sof shaklda 20-25% ni, raqobatdosh sabab sifatida - 42% va fon sifatida - 78% gacha. Akusherlik qon ketishining darajasi tug'ilishning umumiy soniga nisbatan 3 dan 8% gacha. Shu bilan birga, qon ketish holatlarining 2-4 foizi tug'ruqdan keyingi va tug'ruqdan keyingi davrda bachadon gipotenziyasi bilan bog'liq, taxminan 1% normal joylashgan yo'ldoshning erta ajralishi va platsenta previa bilan sodir bo'ladi. Shu bilan birga, massiv qon ketishining tuzilishida rasm boshqacha (akusherlik qonining katta yo'qotishi tana vaznining 1,5% dan yoki AQH ning 25% dan ortiq qon yo'qotish deb tushuniladi). Bachadonning alohida qabul qilingan gipotenziyasi deyarli hech qachon katta qon yo'qotishiga sabab bo'lmaydi. Massiv qon ketishi bir qator boshqa sabablar va ko'pincha ularning kombinatsiyasi tufayli yuzaga keladi. So'nggi paytlarda qon ketish ulushining ortishi fonida tug'ruqdan keyingi va tug'ruqdan keyingi davrlarda qon ketishlar sonining kamayishi aniq tendentsiyasi kuzatildi. normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi bilan bog'liq: ular 45% ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, massiv qon ketish og'ir preeklampsi, platsenta previa, shokdan keyingi sharoitlarda (amniotik suyuqlik emboliyasi, plevropulmoner shok, eritmalar kiritilishidan kelib chiqqan anafilaktik shok, donor qoni, chorioamnionit, septik shok). Qon ketishining bu guruhi sezilarli intensivlik bilan tavsiflanadi, ko'proq yordam talab qiladi va yomon prognozga ega. Ular AQH ning o'tkir etishmovchiligi, yurak kasalliklari, gipoksiyaning anemiya va qon aylanish shakllari bilan tavsiflanadi. Gemodinamik buzilishlarning asosiy sabablari AQH etishmovchiligi va u bilan tomir to'shagining sig'imi o'rtasidagi nomuvofiqlikdir. Natijada paydo bo'lgan to'qimalarning gipoksiyasi bu holda markaziy asab tizimi, buyraklar, jigar, buyrak usti bezlari va boshqa tana tizimlarining asosiy shikastlanishi bilan redoks jarayonlarining buzilishiga olib keladi. Suv-elektrolitlar balansi, KOS, gormonal nisbatlar, fermentativ

jarayonlarning buzilishi mavjud. Massiv akusherlik qon ketishi deyarli har doim qonning gemokoagulyatsiya xususiyatlarining buzilishi fonida sodir bo'ladi. Nisbatan kichik qon yo'qotish bilan (AQH ning 15-20%), gemostaz tizimidagi ikki fazali o'zgarishlar ko'pincha qayd etiladi. Giperkoagulyatsiyaning qisqa muddatli fazasi gipokoagulyatsiya fazasi bilan almashtiriladi.

Akusherlik qon ketishini davolash erta va keng qamrovli bo'lishi kerak. U quyidagi asosiy yo'nalishlarda amalga oshiriladi:

- ❖ qon ketishini to'xtatish,
- ❖ gemodinamikani normallashtirish,
- ❖ gemostaz buzilishlarini tuzatish.

Ular qon ketishini to'xtatish uchun konservativ usullardan boshlanadi (uterotonik vositalarni kiritish, tashqi bachadon massaji, bachadon bo'shlig'ini qo'lda yoki instrumental tekshirish, tug'ilish kanalidagi yumshoq to'qimalarning yirtiqlarini tikish). Yuqoridagi usullar samarali bo'lsa, bu darhol o'zini namoyon qiladi, agar bo'lmasa, ko'plab manipulyatsiyalar faqat vaqtni yo'qotishga olib keladi.

Qon ketishni to'xtatishning operativ usullari quyidagi hollarda qo'llaniladi: bachadon yorilishi, yo'ldoshning oldingi qismi, normal joylashgan yo'ldoshning erta ajralishi, konservativ usullarning samarasizligi. Eng keng tarqalgan xato - operatsiyani kechiktirish. Agar qon to'xtamasa va qon yo'qotish AQH ning taxminan 30% ni tashkil qilsa, bu savol tug'ilishi kerak. Bachadonni olib tashlash ko'rsatiladi - amputatsiya yoki ekstirpatsiya. Bachadonni olib tashlash - qon ketish manbasini va tromboplastik moddalarni yo'q qilish, shuningdek, DVS patogenezidagi aloqalardan biri. Operatsiyaning to'g'ri miqdorini tanlash muhimdir. Bachadonning amputatsiyasi faqat asosiy rolni gipotonik komponent o'ynaganda ko'rsatiladi. Boshqa hollarda, ayniqsa birlamchi mavjud koagulopatiya bilan (masalan, preeklampsi bilan), histerektomiya kerak. Biroq, katta qon yo'qotish bilan ayolni faqat globulyar hajmni etarli darajada tiklash bilan qutqarish mumkin, chunki qonning kislorodni tashish funksiyasi eritrotsitlar tomonidan amalga



oshiriladi. Gemoglobin darajasi 80 g / l dan pastga tushganda, gematokrit 25% dan kam bo'lsa, eritrotsitlarni quyish kerak.

Keling, davolashning gemotransfüzyon aspektlariga batafsil to'xtalib o'tamiz. So'nggi paytgacha donorlik qonini davolashning eng samarali va ko'p qirrali varianti hisoblanardi. Bu yuqori samarali komponentlar va qon mahsulotlari, shuningdek, turli xil qon o'rnini bosuvchi va gemokorrektorlarning etishmasligi va qon quyishning terapevtik ta'siri mexanizmining etarli darajada o'rganilmaganligi bilan izohlanadi. To'liq qonning terapevtik xususiyatlarini va uning qabul qiluvchining tanasiga ta'sir qilish mexanizmini chuqur o'rganish qon quyish xavfini oshiradi degan xulosaga keldi.

Donor qonini har bir quyishda xavf omillarining 7 ta asosiy guruhi ajratiladi: 1) immunologik; 2) yuqumli (gepatit B va C viruslari, inson immunitet tanqisligi virusi - OIV, parvovirus, sitomegalovirus, T-hujayrali leykemiya viruslari, Epstein-Barr, herpes simplex, ESPO. Coxsackie, Dengue, sariq isitma, gemorragik isitma, syphilis, patogenlar, bezgak va boshqalar); 3) metabolik (atsidoz, sitrat, kaliy va ammiak bilan zaharlanish); 4) mikrotromblar; 5) sovuq; 6) donor va bemorning qon guruhi va Rh mansubligini aniqlashda mumkin bo'lgan xatolar; 7) qon quyish texnikasidagi xatolar.

OIV tarqalishi bilan qon quyish ayniqsa xavfli bo'ldi. Qo'shma Shtatlarda transfüzyon tufayli OIV yuqishining bir nechta holatlari tasvirlangan; shunga o'xshash holatlar Afrika qit'asi mamlakatlarini hisobga olmaganda, Frantsiya, Ispaniya, Yaponiyada qayd etilgan. Amerikalik olimlarning fikriga ko'ra, AQShda qabul qiluvchining infektsiya xavfi 1: 225 000 qon birligini tashkil qiladi. Rossiya sog'liqni saqlash tizimi ham xuddi shunday qayg'uli tajribaga ega.

Shunday qilib, butun donor qoni transfüzyon vositasi bo'lib, undan foydalanish juda ta'sirli asoratlar darajasi va sezilarli o'lim bilan bog'liq. Shuni tan olish kerakki, qon quyish to'qimalarni ko'chirib o'tkazishdir va uni jarrohlik bilan tenglashtirish kerak. Konservlangan to'liq qondan foydalanish qon tarkibiy

qismlari va preparatlarini, zamonaviy yuqori samarali qon o'rnini bosuvchi eritmalarni keng qo'llashga yo'l ochdi.

Komponent terapiya quyidagi afzalliklarga ega:

- gipervolemik holatlar va o'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligining oldini olish;
- qonning hosil bo'lgan elementlari va oqsil fraktsiyalari, plazma gemostaz omillari etishmovchiligini tanlab tuzatishni amalga oshirish;
- bemorning tanasining qon hujayralari va plazma oqsillari antijenlariga sezgirligini kamaytirish;
- transfüzyondan keyingi og'ir reaksiyalar va asoratlarni, shu jumladan o'tkir buyrak etishmovchiligini oldini olish;
- maksimal va tez klinik ta'sirga erishish, dori vositalarining ta'sirini kuchaytirish.

Qon tarkibiy qismlari va qondan olingan mahsulotlarga quyidagilar kiradi:

- har xil turdagi eritrotsitlar bo'lgan muhitlar (eritrotsitlar massasi, eritrotsitlar kontsentrati, eritrotsitlar suspenziyasi, leykotsitlar va trombotsitlarda kamaygan eritrotsitlar massasi, yuvilgan eritrotsitlar massasi), - plazma (mahalliy, yangi muzlatilgan, trombotsitlar bilan boyitilgan turli xil turlari), - o'z ichiga olgan ommaviy axborot vositalari (trombotsitlar massasi, trombotsitlar kontsentrati).

Qon ketishni to'xtatish bo'yicha chora-tadbirlarni bosqichma-bosqich amalga oshirishga katta e'tibor qaratiladi, bu ham individual tavsiyalarda, ham ishlab chiqilgan harakatlar algoritmidan aks etadi. Klinik amaliyotda shifokorlar qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortgan bemorlar bilan shug'ullanishlari kerak, bu muammoga katta e'tibor beriladi.

Nihoyat, gemorragik shok paydo bo'lgan ayollarga yordam berish variantlari batafsil bayon etilgan.

“Bilish uchun oldindan bilish. Harakat qilish uchun oldindan ko'ra bilish”, -

degan edi 19-asr frantsuz faylasufi Avgust Kont. Qonning DVS ko'p hollarda akusherlik va ginekologiyadagi tanqidiy vaziyatlarning muqarrar tarkibiy qismi bo'lib, tromboz yoki massiv, ba'zan o'limga olib keladigan qon ketishining rivojlanishiga yordam beradi. Shuning uchun, DVS sindromi hali birinchi bosqichdan o'tmagan va nazoratsiz qon ketishlar bo'lmagan paytda harakat qilish kerak. Shu sababli, bugungi kunda akusherlik va ginekologik klinikada trombogemorragik asoratlarning oldini olish qon bosimi, diurez, tana harorati va boshqalarni nazorat qilish va tuzatish bilan bir xil umumiy harakatga aylanishi kerak.

## TESTLAR:

1. Fibrinolitik tizimning asosiy komponenti:

- 1) plazminogen
- 2) protrombin
- 3) Hagemon omili

to'rtta) Fibrinni barqarorlashtiruvchi omil

2. DVS bosqichlari

- 1) Giperkoagulyar, gipokoagulyar
- 2) Giperkoagulyatsiya, trombositopeniya
- 3) Gipokoagulyatsiya, xronometrik, giperkoagulyatsiya
- 4) Giperkoagulyatsiya, terminal

3. Erta tug'ruqdan keyingi qon ketish belgilarini ko'rsating

- 1) 24 soat ichida 500 ml dan kam qon yo'qotish
- 2) 48 soat ichida 500 ml yoki undan ortiq miqdorda qon yo'qotish
- 3) 12 soat ichida 500 ml dan kam miqdorda qon yo'qotish
- 4) 24 soat ichida 500 ml yoki undan ortiq miqdorda qon yo'qotish

4. Kristalloid va kolloid eritmalarni quyish nisbati

qon ketish uchun:

- 1)  $3/2$
- 2)  $2/3$
- 3)  $3/1$
- 4)  $1/3$

5. Gemorragik sindromning klinik ko'rinishi:

- 1) proteinuriya
- 2) Mikrogematuriya
- 3) Gipertermiya

4) Barcha javoblar noto'g'ri

6. In kritik sharoitlarda DVS rivojlanishining asosiy sabablari akusherlik va ginekologiya bu:

biri). Gestozning og'ir shakllari (preeklampsi, eklampsi)

2.) Oddiy joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi

3) Muzlatilgan homiladorlik

4) Barcha javoblar to'g'ri

7. Yo'ldoshlarning marginal ko'rinishi bilan joylashishi:

1) platsenta pastki segmentda joylashgan

2) platsenta ichki osning chetiga etib boradi

3) platsenta ichki osni to'liq qoplaydi

4) platsenta ichki osni to'liq qoplamaydi

sakkiz. Uterotoniklarni to'g'ri saqlash shartlari:

bitta) ergometrin: 8-da saqlang  $10^{\circ}\text{C}$  dan himoya qilmasdan to'g'ridan-to'g'ri quyosh nuri va muzlash.

2) ergometrin: 2-da saqlang  $8^{\circ}\text{C}$  dan himoya qiladi to'g'ridan-to'g'ri quyosh nuri va muzlash.

3) ergometrin: 2-da saqlang  $4^{\circ}\text{C}$  dan himoya qiladi to'g'ridan-to'g'ri quyosh nuri va muzlash.

to'rtta) ergometrin: 0-da saqlang  $2^{\circ}\text{C}$  dan himoya qiladi to'g'ridan-to'g'ri quyosh nuri va muzlash.

9. Giperkoagulyatsiyaning oqibati

1) Fetoplasental etishmovchilik va rivojlanish kechikishining paydo bo'lishi homila

2) uteroplasental qon oqimining pasayishi, hosil bo'lishi infarkt zonalarining platsentasi va uning ehtimolini oshirish

muddatidan oldin ajralish

3) Barcha javoblar to'g'ri

4) Barcha javoblar noto'g'ri

o'n. Qabul qilishdan oldin davom etadigan kuchli qon ketishi bilan

Koagulogramma natijalari qon quyish mumkin:

bitta)1 litrYMP va 10 dozagacha kriyopresipitat

2) 500 ml YMP va 5 dozagacha kriyopresipitat

3)1,5 litrYMP va 10 dozagacha kriyopresipitat

to'rtta)1 litrYMP va 1 dozagacha kriyopresipitat

### **TEST SAVOLLARI:**

1. Gemostazning to'rtta bo'g'inini sanab bering?

2. Qon ivish omillari?

3. Fiziologik homiladorlik davrida gemokoagulyatsiya tizimi holatining xususiyatlari?

4. Gemorragik shokning klinik belgilari?

5. Gemorragik shokning tasnifi?

6. Gemorragik shok rivojlanishining xavf omillari?

7. DVSning etiopatogenezi?

8. DVS sindromining tasnifi?

9. DVS bosqichlari va fazalarini sanab bering?

10. DVS bosqichlari va fazalarining differentsial diagnostikasi?

11. DVS uchun intensiv terapiya?

12. DVS profilaktikasining asosiy tamoyillari nimalardan iborat?

13. Kritik sharoitlarda DVS rivojlanishining asosiy sabablari nimada?

o'n to'rt. Transfüzyon uchun xavf omillarining 7 ta asosiy guruhini sanab o'ting qon topshirdi.

15. Mezonlar uchun terapiya samaradorligini baholash qon ketishi.

## ADABIYOTLAR

1. Ayupova, F.M., Jaborova Yu.K. Ginekologiya // Toshkent - 2006 va.
2. Vaimon M.A., Avakov V.E. Tibbiyotdagi jiddiy va favqulodda vaziyatlar Moskva,2003 yil
3. Duda V.I., Duda I.V. Ginekologiya. //Minsk -2004 yil.
4. Akusherlikning tanlangan masalalari. Shifokorlar uchun ko'rsatmalar. Bishkek -2005 yil.
5. Kulakov V.I., Bogdanova E.A. Bolalar va o'smirlar ginekologiyasi bo'yicha qo'llanma. //Moskva -2005 yil.
6. Tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda qon ketishi bilan og'rigan bemorlarni davolash bo'yicha klinik ko'rsatmalar. Dalillarga asoslangan tibbiyot markazi - Toshkent shifokorlarni malakasini oshirish instituti.2007 yil.
7. Karimov Z.D., Qosimova D.M. Favqulodda ginekologiyaning klinik algoritmlari. Toshkent, 2005 yil
8. Kulakov K.I., Prilepskaya V.N. Amaliy ginekologiya, Moskva 2002 yil
9. Kulakov V.I., Serov V.N. hammuallif bilan. Akusherlik va ginekologiyada ratsional farmakoterapiya. Moskva, 2006 Amaliyotchilar uchun qo'llanma.
- 10.G.S. Stepanovskiy, B.M., Ventskovskiy. Akusherlik va ginekologiyadagi favqulodda vaziyatlar. // Kiev - 2000 yil
11. Savelyeva G.M., Sichikova L.G. "Shifokorlar uchun akusherlik va ginekologiya qo'llanmasi, Moskva, 1997 yil
12. Susloparova L.A. hammualliflar bilan "Ginekologiya" Sankt-Peterburg, 2003 y
13. Timoshenko L.V. hammuallif bilan. Amaliy ginekologiya Kiev 1988 yil
14. Tsvelev Yu.V. hammuallif bilan. "Shoshilinch ginekologiya", Sankt-Peterburg 2004 yil
15. O'zbekiston Respublikasi akusherlik muassasalarida perinatal yordam sifatini oshirish. Turli akusherlik sharoitida homiladorlik va tug'ishni boshqarish bo'yicha milliy standartlar. Tug'ruq majmualarining akusher-

ginekologlari, ittifoqchi mutaxassislari va doyalari uchun hujjat. Toshkent 2014 yil.

16. Gutierrez G, Reines HD, Wulf-Gutierrez ME. Klinik tekshiruv: gemorragik shok. Critcare. 2004 yil oktabr;8(5):373-81. Epub 2004 yil 2 aprel Onlaynda mavjud <http://ccforum.com/content/8/5/373>(oxirgi havola 2006 yil sentyabr)
17. Uilyams akusherlik 21-nashr: McGraw-Hill Professional (2001 yil 27 aprel)
18. Klinik amaliyot ko'rsatmalarini ishlab chiqish bo'yicha uslubiy qo'llanma. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining GU TsNIIOIZ, Dalillarga asoslangan tibbiyot mutaxassislari mintaqalararo jamiyati. Moskva, 2003 yil dekabr. [www.osdm.org](http://www.osdm.org)
19. Tug'ilgandan keyingi asoratlar va ularning diagnostikasi.
20. [http://www.missfit.ru/berem/post\\_natal/](http://www.missfit.ru/berem/post_natal/)
21. <http://www.meDVSsal-enc.ru/akusherstvo/k/>
22. Tug'ish paytida qon ketishi.
23. <http://zabolevaniya.ru/zab.php?act=full&id=9050>
24. Homiladorlikning oxirida, tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyingi davrda qon ketishi. [http://www.medikk.ru/krovotechenie\\_v\\_rodah.htm](http://www.medikk.ru/krovotechenie_v_rodah.htm).