



SEMEY MEDICINA UNIVERSITETI

СӨЖ

Тақырыбы: ҚОПУБА кезіндегі алғашқы көмек
көрсету алгоритмі

Орындаған: Базарбай Нұржас
ЖМ 510топ
Тексерген: Байбусинова Ж.Т.

Жоспар

I.Кіріспе бөлім

ҚОПУБА анықтамасы

II.Негізгі бөлім

Этиологиясы

Патогенезі

Клиникасы

Диагностикасы

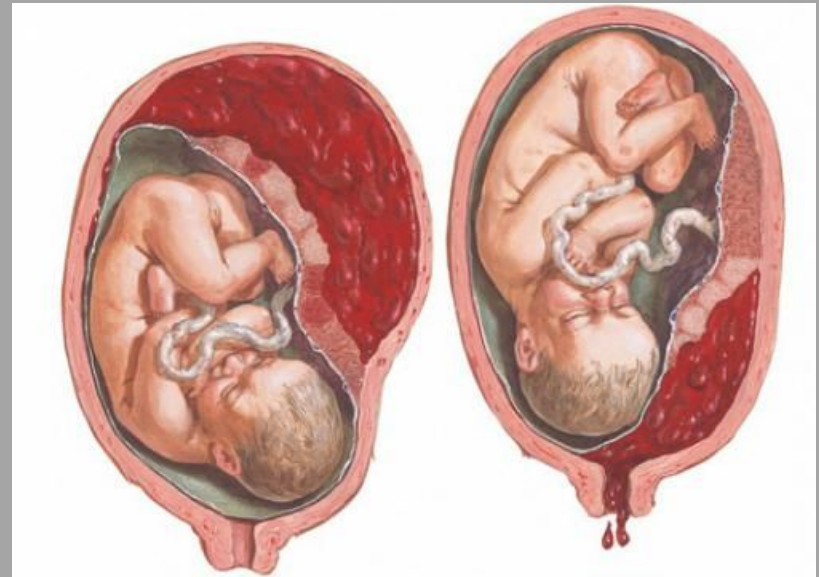
Алғашқы көмек көрсету алгоритмі

III.Пайдаланылған әдебиеттер

Қалыпты орналасқан планцетаның уақытынан бұрын ажырауы

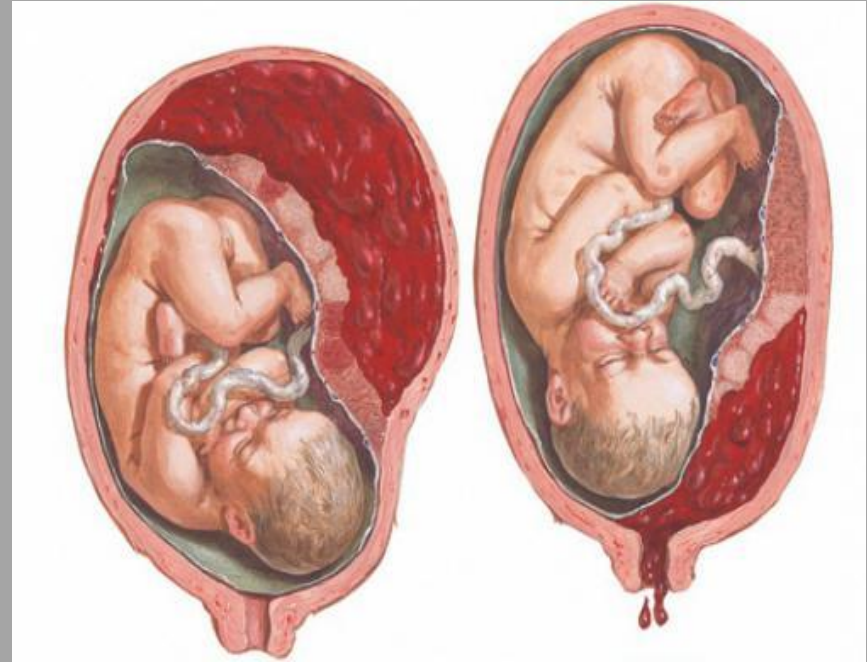
- қалыпты орналасқан плацентаның ұрық туылғанға дейін : жүктілік кезінде, босанудың бірінші және екінші кезеңдерінде ажырауын айтады.

Әдетте плацента нәресте туғаннан кейін бөлінеді, кейбір жағдайларда жүктілік босану кезеңдерінде плацента жатыр қабырғасынан бөлініп, ана мен баланың өміріне қауіп төндіреді. Жүктіліктің осындай асқынуын қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі дейді. Жиілігі — 0,1—0,5% аралығында.



Этиологиясы

1. Тамырлық (васкулопатия, ангиопатия);
2. Гемостатикалық (тромбофилия);
3. Механикалық;



Плацентаның мерзімінен бұрын ажырауына бейімдейді

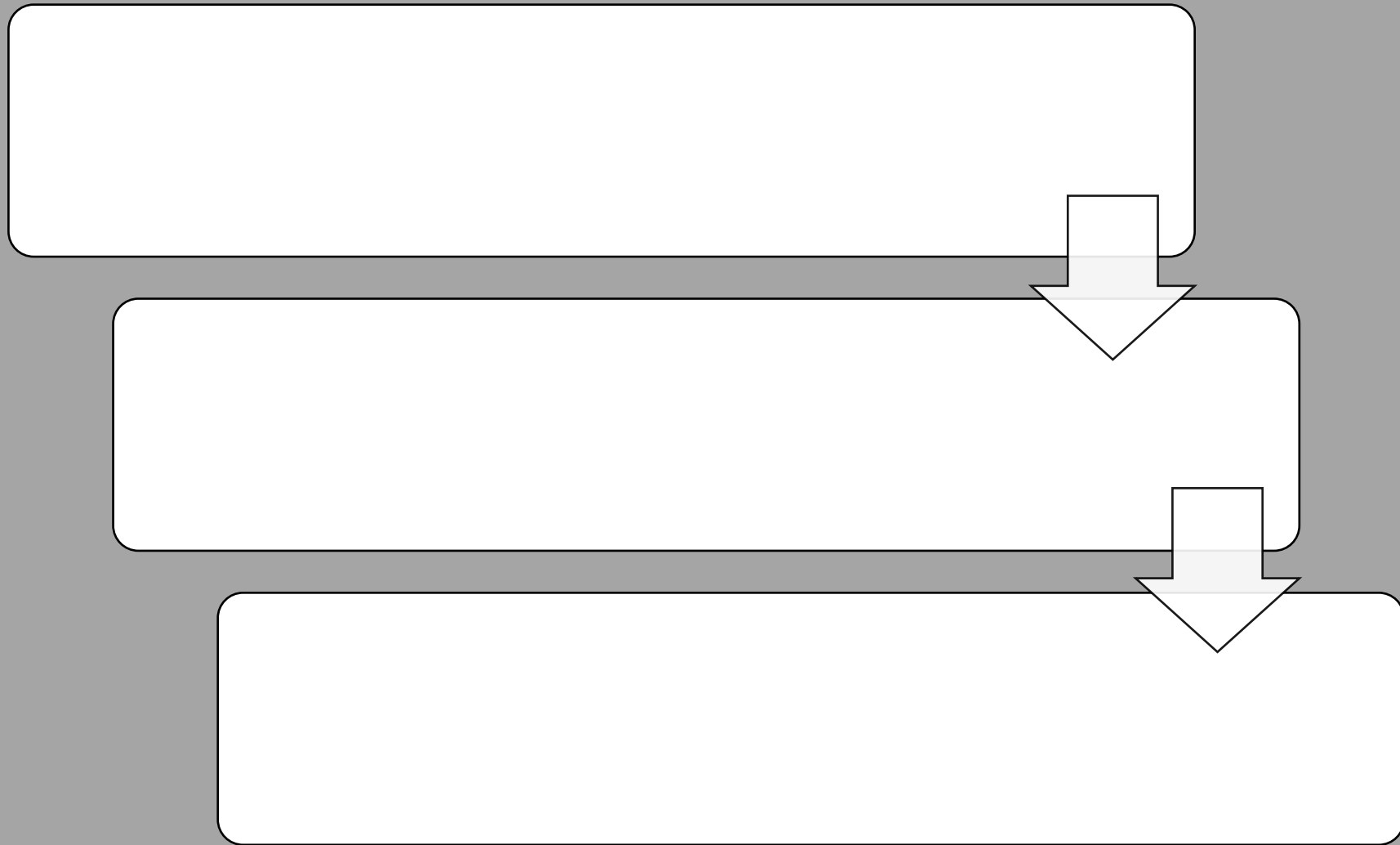
Жүктілік кезінде:

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

Босану кезінде:

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

Патогенезі



Классификациясы

1. Плацентаның толық ажырауы

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

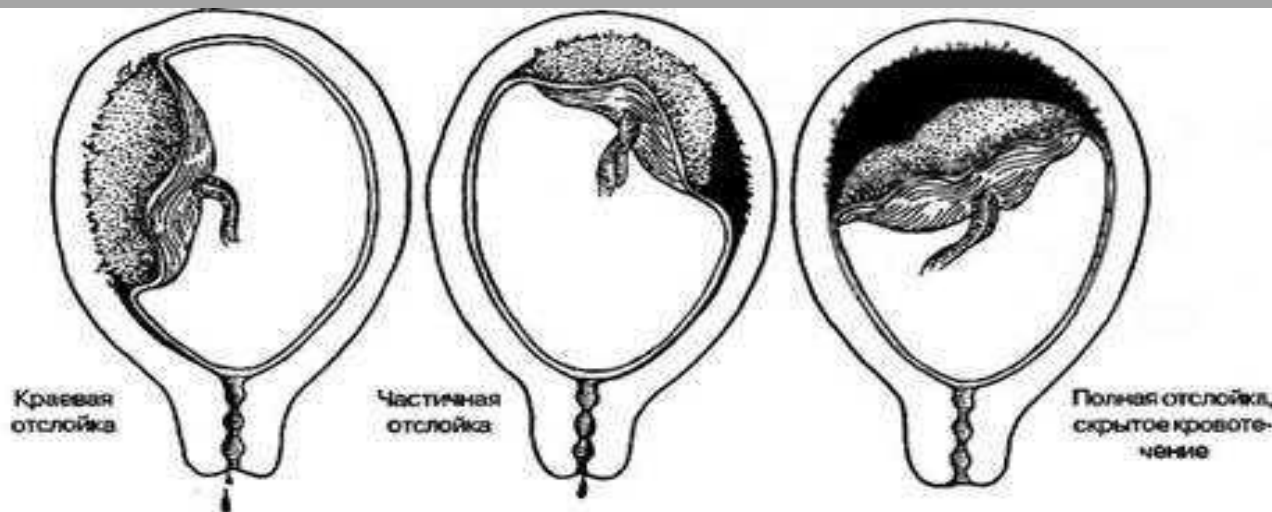


Рисунок 9.4. Взаимосвязь между отслойкой плаценты и влагалищным кровотечением.

- Шетінің ажырауы – бөлінген қан түсі қою қызыл, әйелдің және ұрықтың жағдайының ауырлығы қан жоғалту көлеміне байланысты.
- Орталық ажырау – жыныс жолдарынан қан кету болмайды, анасының жағдайы жедел нашарлауы және жүрек-қантамыр жүйесінің көрсеткіштерінің өзгерісі ішкі қанкетуді сипаттайды.
- Комбинирленген қанкетуде плацента ажырауы – ішкі және сыртқы қанкету байқалады.
- Жапыр қабырғасынан ажырау аймағына байланысты: бөлшектік ажырау — үдемелі, үдемейтін; толық плацента ажырауы.

Клиникалық көрінісі

- Қан кету түрі жатыр ішіне жиналуы (бозаруы, АҚЖ төмендеуі, пульс жиілеуі) немесе сыртқа қарай кетуі мүмкін. Сыртқы қан кету қоңыр түсті, ұйындыларсыз;
- Жатыр ішінде локальді ауырсыну, гематоманың орналасуына сай болуы мүмкін;
- Жатырдың гипертонусы анықталады;
- Ұрықтың гипоксиясы белгілері дамиды.

Жеңіл дәрежесі.

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

Орташа дәрежесінде

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

Ауыр дәрежесі

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

KazMedic.kz

қазақ тіліндегі медицина

Диагностикасы

1. Жалпы симптомдар: қанды бөліністер мен іштегі ауырсыну жатырдың

гипертонусы ауырсыну, жатырдың босаңсымауы ұрықтың жедел гипоксиясы немесе геморрагиялық шок

2. Қынап арқылы қарағанда: жатыр мойны сақталған, сыртқы еріндері жабық. Босанудың бірінші кезеңінде плацентаның ажырауы кезінде қағанақ көпіршігі керілген жатыр ұйындыларымен аздаған қанды бөліністер. қан аралас қағанақ суы кетеді.

3. УДЗ ұзына бойы және көлденең сканерлеу плацента ажырауының орны мен ауданын ретроплацентарлы гематоманың көлемі мен құрылымын анықтаймыз.

4. Гемостаз көрсеткіштері ТІШҚҰ дамуын дәлелдейді

Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуіне жедел көмек көрсету алгоритмі

1. Әйелдің жалпы жағдайының ауырлығын бағалау (жүрек соғу жиілігі, АҚ, артериялық қысым). Гестозға қарсы қан қысымын қалыпты мөлшерге дейін төмендетуге болады, бұл қан жоғалтудың нақты мөлшерін маскирейді.
2. Акушерлік жағдайды біліңіз - гестациялық жас, тұрақты еңбектің болуы немесе болмауы, жатырдағы ауырсынудың пайда болу сипаты, оларды локализациялау.
3. Жатырдың пішіні мен тонусын, жергілікті ауырсынудың, перитонийдің тітіркену белгілерін, туылу каналынан қан кету дәрежесін анықтаңыз.
4. Ұрықтың жағдайын нақтылаңыз (соғу, қимыл).
5. ҚОПУБА бар жүкті әйелдің (босанған әйелдің) ауруханаға дейінгі кезеңінде өмірлік маңызды органдардың қызметін сақтауға бағытталған инфузионды терапия жүргізіледі: оттегіні деммен жұту; Тамыр ішіне 400 мл полиоксидин немесе 400 мл реополиглюкин, 4000 мл желатинол енгізіледі; Тамыр ішіне 400 мл метафузол немесе 500 мл физ. ерітінді; контрликальды, токолитикалық және дицинонды тамыр ішіне енгізеді. Инфузияның жалпы мөлшері қан жоғалту дәрежесіне байланысты.
6. Қатты ауырсыну кезінде науқасқа азот қышқылы мен оттегі бар маска анестезиясы беріледі: және 2 мл қатынасында трамал . промедол / м промедол, морфин, фентанил ұсынылмайды.
7. Науқасты ауруханаға көлденең күйде басының ұшымен жатқызады.

- Табиғи босануды жүргізу келесі жағдайларда мүмкін болады:
 - плацентарлы тежелудің ауырлығы: жеңіл;
 - қан жоғалту 250 мл-ден аз;
 - прогрессивті емес ретропластикалық гематома;
 - ұрық жұмысының бұзылу белгілерінің болмауы;
 - ұрықтың антенатальды өлімі (әйелдің тұрақты жағдайын объективті бағалау, геморрагиялық шоктың көрінісі жоқ және жатыр мен плацентаға ультрадыбыстық бақылау қажет);
 - геморрагиялық шок белгілерінің болмауы;
 - коагулопатияның зертханалық және клиникалық белгілерінің болмауы (тромбоциттер бір мкл үшін 50 000-нан астам, фибриноген концентрациясы 1,0 г / л-ден жоғары, МНО және АПТВ нормадан 1,5 есе аз);
 - плацентаның орналасуы мен бекітілуінде ауытқулар байқалмайды (плацентаның өсуі);
 - табиғи босану каналы арқылы жеткізу үшін жағдайлардың болуы.

- Внезапное появление симптомов:**
- тёмные кровянистые выделения из родовых путей;
 - плотная напряжённая матка, между схватками не расслабляется;
 - общая или локальная болезненность матки;
 - невозможность прощупать части плода;
 - нарушение сердечной деятельности

- Предрасполагающие факторы:**
- поздний гестоз;
 - гипертоническая болезнь;
 - заболевания почек;
 - осложнённый акушерско-гинекологический анамнез;
 - миома матки;
 - травмы живота;
 - быстрое опорожнение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- Плазмозамещающие растворы:**
- полиглюкин 400 мл;
 - или
 - желатиноль 400 мл;
 - и
 - предпочтительно инфукол 500 мл,
 - или HAES 500 мл
 - или рефортан 500 мл

- Уменьшение сократительной активности матки:**
- магнезия сульфат 10 мл 25% р-ра в/м;
 - или кормагнезин 20% 10 мл
 - папаверин 2 мл 2% р-ра

- Профилактика гипоксии плода:**
- глюкоза 20 мл 40% р-ра в/в;
 - и
 - аскорбиновая кислота 2–3 мл 5% р-ра

Ингаляция воздушно-кислородной смеси 40–60%

Дицинон 2–4 мл в/в

При выраженном болевом синдроме трамал

Госпитализация в акушерский стационар, транспортировка в горизонтальном положении с приподнятой головной частью туловища

Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуіне жедел көмек көрсету алгоритмі

Пайдаланылған әдебиеттер

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