

УДК 616-005.1-08:615.015.46(048.8)

А.А. МАНСУРОВА, А.А. ТУСИПОВА, С.Т. ОСПАНОВА, К.А. БЕЛГИБАЕВА,
А.Б. ТАЖИЕВА, Б.Б. БОРАНКУЛОВА

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.

АТОНИЯЛЫҚ ҚАН КЕТУ (әдебиеттер шолуы)

Мақалада әлемнің барлық елдеріндегі атониялық қан кету проблемалары баяндалады. Атониялық қан кетудің қазіргі заманғы диагностикасы мен емі және әдебиеттер мәліметтеріне аналитикалық шолу жүргізілді. Зерттеудің мақсаттары мен міндеттері қойылды. Басым бағыт анықталды.

Негізгі сөздер: атониялық қан кету, акушерлік қан кету, босанғаннан кейінгі қан кету.

Тақырыптың өзектілігі. Қазіргі таңдағы акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету саласында өзекті мәселелердің бірі ана мен бала өлімі болып табылады. Бұл көрсеткіш төмендегідей елдерге тән:

- Туу көрсеткіші жоғары;
- Тұрғындардың репродуктивті және соматикалық денсаулық деңгейінің төмендігі;
- Жоғары халық саны;
- Тұрғындарға төмен деңгейде медико-санитарлық көмек көрсетуі;
- Емдік-сауықтыру мекемелерінің төмен деңгейде құралдармен жабдықталуы.

1987 ж. ДДСҰ Қауіпсіз ана Концепциясы қабылданды. Мақсаты ана аурушандығы мен өлімін төмендету болып табылады. БҰҰ Ассамблеясы қабылдаған Мыңжылдық Мақсат Декларациясы бойынша ана өлімін 2015 жылға дейін $\frac{3}{4}$ төмендету. ҚР-ның денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған “Саламатты Қазақстан” мемлекеттік бағдарламасында ана өлім-жітімін 2013 ж. дейін – 28,1; ал 2015 ж. дейін – 24,5 есе төмендету көзделген. Дегенмен, соңғы 20 жылда ана өлімі $\frac{1}{3}$ ғана төмендеді (1-ші сурет).

Қазақстан Республикасында 2010 ж. акушерлік қан кету ана өлімінің – 11,9%, 2011 ж. – 26,9%, Ана өлімі зерттеуі бойынша 2013 жылы – 52 адам санын құраса, ал 2013 жылы – 49 адам санын құрады. Ана өлімінің жартысына жуығы босанғаннан кейінгі алғашқы 24 сағат ішінде орын алады.

ҚР протоколы бойынша 2013 жылғы атониялық қан кету жағдайына байланысты осы науқасқа көмек көрсетілді:

Босанушы Ш., 30 жаста. Жүктілігі – V, босануы – V. Диагнозы: Мерзімінде жүктіліктің 37-38 аптасында босану. Монохориалды-диамниотикалық егіз жүктілік. Көпбосанушы. Ұрықты жоғалту синдромы. Гипотониялық қан кету. Жатыр қуысын қолмен тексеру.

1. 2006 ж. Мерзімінде босану, салмағы – 2800,0 г, ерекшеліксіз.
2. 2008 ж. Мерзімінен ерте босану, егіз жүктілік, туылғаннан кейін 2 сағаттан соң қайтыс болған.
3. 2009 ж. Мерзімінде босану, салмағы – 3200,0 г, ерекшеліксіз.
4. 2013 ж. – Осы жүктілік.



1-ші сурет – Қазақстан Республикасындағы соңғы 6 жылдағы ана өлімі көрсеткіші

Көрсетілген көмек:

- Бос мед.қызметкерлердің мобилизациясы жасалды (акушер, білікті акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, лаборант шақырылды).
- Қан кету көлемі анықталды – 550,0 мл.
- Өмірлік маңызды ағзаларды (АҚҚ, пульс, температура, ТАЖ) және әйелдің жағдайын бағалау жүргізілді.
- Мед.қызметкер қарқынды терапия картасын жүргізу үшін тағайындалды.
- Қуықты катетерлеу жасалды.
- Кристаллоидтарды (3:1 қан кету көлеміне) және утеротониктерді енгізу үшін екі шеткері қан тамырын катетерлеу (№№ 14-16 G) жасалды. NaCl 0,9% 500,0 мл + 10 Б. Окситоцин көк тамырға енгізілді.
- Әйелді жылыту үшін ылғалды төсеніштер құрғаққа ауыстырылды.
- Қан тобын, Rh-фактор, сәйкестілікке қан алу, ЖҚА, коагулограмма, қан ұю уақытын анықтау жүргізілді.
- Жатыр қуысын қолмен зерттеу жүргізілді.
- Тік ішекке 1000 мг мизопростол жасалды.

Босанғаннан кейінгі қан кету – табиғи босану жолдары арқылы босану кезінде 500 мл және одан жоғары, кесар тілігі операциясы кезінде 1000 мл және одан жоғары клиникалық маңызды қан кету.

Жіктелуі:

1. Ерте (босанғаннан кейін алғашқы 24 сағат).
2. Кеш (босанғаннан кейінгі 24 сағат пен 6 апта).

Қан кетудің негізгі себебі – жатырдың атониясы.

Жатырдың атониясы-жатыр тонусының, жиырылғыштық қасиеті мен қозғыштығының төмендеуі. Жатыр бұлшық еті механикалық, физикалық және медикаментозды тітіркендіргіштерге әсер етеді, бірақ жауап қайтару деңгейі тітіркендіргіштің күшіне сәйкес емес. Мерзіміне жеткен жүктілікте жатыр артериясындағы қан ағысы жылдамдығы – 600-800 мл/мин.

Клиникасы:

- Қан алдымен жатыр массажадан кейін ұйынды түрінде бөлінеді. Жатыр болбыр, жатыр түбі кіндіктен жоғары орналасады.
 - Жатыр тонусы жатыр массажадан кейін қалпына келуі мүмкін, бірақ қайтадан төмендейді. Қан шапшып ағуы мүмкін.
 - Уақытылы көмек көрсетілмесе қан ұйығыштық қасиетінен айырылады.
 - Қан кету көлеміне қарай геморрагиялық шок клиникасы басталады.
- Жатырдың атониясына байланысты қан кету жиілігін босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізу арқылы төмендетуге болады. Үшінші кезеңді белсенді жүргізуге жатады:
- Утеротоникалық заттарды енгізу;
 - Кіндіктің бақылаушы тракциясы;
 - Бала жолдасы туылғаннан кейін жатырдың масса-жы.

Қан кету көлемін анықтау әдістері:

- Визуальды әдіс (30%);

1 кесте – **Этиотропты терапия**

“Тонус”	“Тін”	“Травма”	“Тромбин”
- Жатыр массажы - Утеротониктер (2 кесте) - Жатыр қуысын қолмен тексеру - Жатырдың бимануальды компрессиясы	Жатыр қуысын қолмен тексеру (ерекше жағдайда кюретаж)	- Босану жолдары жұмсақ тіндерінің жарақатын тігу - Жатыр жыртылуында лапаротомия - Жатыр айналуын коррекциялау	- Қан ұю факторларын құю (ЖМП, тромбоцитарлы масса криопреципитаты) - Антифибринолитик - Рекомбинантты VII қан ұю факторы 90 мкг/кг, қажет жағдайда 1,5-2 сағ.соң дозаны қайталау

- Өлшеуіш ыдыспен анықтау;
- Гравиметриялық әдіс (15%);
- Гематокрит деңгейінің бастапқыдан 10%-ға төмендеуі;
- Альговер шоктық индексі анықтау.

Босанудан кейінгі қан кетудің себебі 4 базалық бұзылыстың этиологиялық процесі болу мүмкін:

1. Жатырдың жиырылғыштық қасиетінің төмендеуі (“Т” – тонус)
2. Жатыр қуысында тіннің қалуы (“Т” – тін)
3. Босану жолдарының жарақаты (“Т”- травма)
4. Коагуляцияның бұзылуы (“Т” – тромбин)

БКҚ-дің қадамдық терапиясы

1-ші қадам.

• Бос мед.қызметкерлердің мобилизациясы (акушер, білікті акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, лаборант).

- Қан кету көлемін анықтау.
- Өмірлік маңызды ағзаларды (АҚҚ, пульс, температура, ТАЖ) және әйелдің жағдайын бағалау.
- Мед. қызметкерді тағайындау (қарқынды терапия картасын жүргізу).
- Қуықты катетерлеу.
- Кристаллоидтарды (3:1 қан кету көлеміне) және утеротониктерді енгізу үшін екі шеткері қан тамырын катетерлеу (№№ 14-16 G).
- Әйелді жылыту (ылғалды төсеніштерді құрғаққа ауыстыру).

- Ылғалдандырылған оттегімен қамтамасыздандыру.
- Қан тобын, Rh-фактор, сәйкестілікке қан алу, ЖҚА, коагулограмма, қан ұю уақытын анықтау.
- Қан кету себебін анықтау
- Жатырды тексеру (тонус, тін).
- Босану жолдарын қарау (травма).
- Коагуляция бұзылыстарын анықтау.

2-ші қадам – Этиотропты терапия (1 кесте).

Жатырдың бимануальды компрессиясы

1. Стерильді қолғап киіп, қолыңызбен қынапқа кіріңіз және қолыңызды жұдырықтаңыз.
2. Жұдыртық алдыңғы күмбезге қойыңыз және онымен жатырдың алдыңғы қабырғасын басыңыз.

3. Басқа қолыңызбен алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы жатырдың артқы қабырғасын қынапқа енгізілген қолыңызға бағыттап басыңыз

Қан кету тоқтап, жатыр жиырылғанша басуды жалғастырыңыз (2-ші сурет).

3-ші қадам – Құрсақ аортасын басу

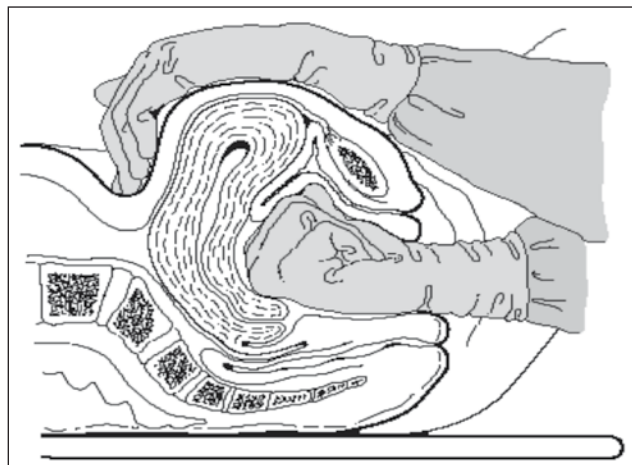
– Алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы жұмылған жұдырықпен құрсақ аортасына төмендеуші қысымды қолдану.

– Басу нүктесі кіндіктен жоғары және кішкене солға орналасқан.

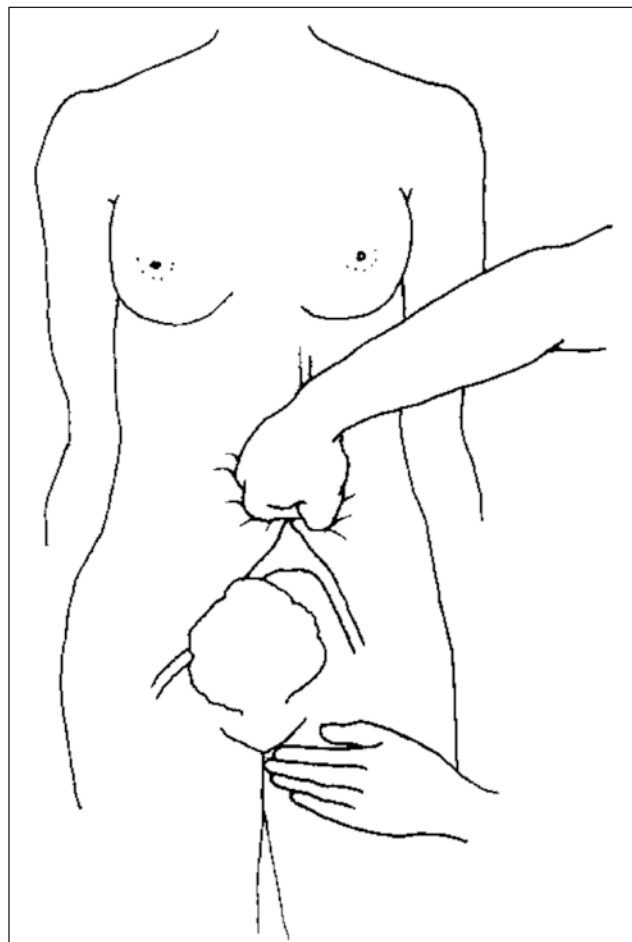
– Ерте босанғаннан кейінгі кезеңде аорта пульсациясы алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы оңай анықталады.

– Басқа қолыңызбен сан артериясын толық басылуды бағалау үшін пальпациялаңыз.

– Егер пульс анықталса, жұдырықпен басылған қысым жеткіліксіз болғаны және керісінше (3-ші сурет).



2-ші сурет – Жатырдың бимануальды компрессиясы



3-ші сурет – Құрсақ аортасын басу

2 кесте – Утеротоникалық препараттар

Параметрлері	Утеротониктер			
	Окситоцин	Эргометрин Метилэргометрин	Простагландин F2 α (энзапрост)	Мизопростол
Бастақы мөлшері және енгізу әдісі	10 Б б/е немесе 5 Б қ/т (сорғалатып)	0,2 мг б/е немесе қ/т (баяу)	0,25 мл б/е Жатыр б/е	800-1000 мг ректальды
Қайталама мөлшері	20 Б қ/т тамшылатып сұйықтық 60 тамшы мин	0,2 мг б/е әр15 мин (қажет жағдайда– 0,2 мг б/е немесе қ/т (баяу) әр 4 сағ	0,25 мл әр15 мин	
Максимальды мөлшері	Құрамында 60 Б окситоцині бар 3 л сұйықтықтан артық емес	5 доза (1,0 мг)	8 доза (2 мл)	
Қайыпті әсері	Қан тамыры б/е қабырғасының босаңсуы	Шеткері вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), жатырдың тоникалық жиырылуы	Гипотония, тахикардия, ТАЖ жоғарылауы, лоқсу, құсу, бас ауруы, гипертониялық криз түрінде парадоксальды реакция	Қалтырау
Қарсы көрсеткіші, ескерту	–	Презекламписия, гипертензия, жүрек аурулары	к/т енгізуге болмайды Демікпе	

3 кесте – Лапаротомия (сатылы хирургиялық гемостаз)

Лапаротомия. Жатырға 1 доза (0,25) простагландин инъекциясы. Жатыр денесіне, жатыр бұрыштарына бөлшектеп 4 инъекция. О'Лири бойынша жатыр артериясын байлау.	•ТІШҚҰ-синдромы болмағанда •Кювелер жатыры болмағанда •Жатыр мойны жарақаты болмағанда
Б-Линч бойынша хирургиялық компрессионды тігіс салу.	•ТІШҚҰ-синдромы болмағанда •Кювелер жатыры болмағанда •Жатыр мойны жарақаты болмағанда •Енгізілген простагландин әсері болмағанда
Жатыр қосалқыларынсыз жатыр ампутиациясы	•ТІШҚҰ-синдромы болмағанда •Кювелер жатыры болмағанда •Жатыр мойны жарақаты болмағанда •Енгізілген простагландин әсері болмағанда •Компрессионды тігіс әсері болмағанда •Коррекцияланбайтын жатыр айналымы •Плацентаның шынайы бітісуі
Жатыр экстирпациясы	•Кювелер жатыры •Жатыр мойны жарақаты •Жатыр жыртылуы •Плацентаның шынайы бітісуі •Плацентаның мойындық жабысуы
Ішкі мықын артериясын байлаумен жатыр экстирпациясы	•ТІШҚҰ-синдромы белгілері •Коагулопатиялық қан кету

4-ші қадам – Лапаротомия (сатылы хирургиялық гемостаз) (3 кесте).

Қорытынды

1. Қайыпсіз ана Концепциясына сәйкес босанудың үш кезеңін, әсіресе босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізу жылдан жылға ана өлімі мен атониялық қан кетудің кездесу жиілігін төмендетуде.

2. Сондықтан ҚРДСМ-нің негізгі бұйрықтары мен протоколдары бойынша жұмыс жасау;

3. Акушерка мен дәрігерлердің білім деңгейін жоғарылату;

4. Ситуацияға байланысты медициналық қызметкерлері арасында рөлдік ойындар жүргізу;

5. Көрсеткіштерді төмендету үшін акушерлік жағдайлардың клиникалық талқылауларын, ана мен нәресте жарақаттануы жағдайларын жүргізу қажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Айламазян Э.К., Репина М.А., Кузьминых Т.У. Акушер-

ские кровотечения: (профилактика и лечение) // Акушерство и гинекология. – 2009. – №3. – С. 15–20

2 Кровотечения в послеродовом периоде. Методическое письмо №1812-ВС МЗ и СР РФ от 13 марта 2008 года. <http://meduniver.com/Medical/Book/>

3 Левитэ Е.М., Боринская И.Г., Чернова Е.А. Оперативная кровопотеря: измерение, лечение // Российский медицинский журнал. – 2006. – №3. – С. 16-20 <http://www.mmbook.ru/>

4 Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева Т.В. и др. Лечение гипотонических маточных кровотечений. Новая технология старого метода // Акушерство и гинекология. – 2007. – №1. – С. 48–50. <http://www.webmedinfo.ru/library>

5 Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Материнская смертность и пути ее снижения // Акушерство и гинекология. – 2009. – №3. – С. 11–15. <http://meduniver.com/Medical/Book/>

6 Carroli G et al. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22:999–1012. <http://nowa.cc/showthread.php?t=161143>

7 Oyelese Y, Ananth CV. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes // Clin Obstet Gynecol 2010; 53(1):147–156 <http://www.booksmed.com/>

8 Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна., В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с. (Серия “Национальные руководства”) <http://www.mmbook.ru/>

9 Информационно-образовательный вестник Здоровье семьи 1/2007 Тема номера: Кровотечение <http://www.webmedinfo.ru/library>

10 Doumouchtsis SK et al. Management of postpartum hemorrhage by uterine balloon tamponade: prospective evaluation of effectiveness // Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87:849–855. <http://nowa.cc/showthread.php?t=161143>

11 B-Lynch C, Coker A., Lawal A. et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum hemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported // Brit. J. Obstet. Gynaecol. – 1997. – Vol.104. – P. 372–375 <http://nowa.cc/showthread.php?t=161143>

12 Абрамченко В.В. Активное ведение родов. – СПб., 1999. – 668 с. <http://www.booksmed.com/>

13 Баркаган З.С., Момот А.П. Основы диагностики нарушений гемостаза. – М.: Ньюдиамед – АО, 1999. – 224 с. <http://www.mmbook.ru/>

14 Кулаков А.М., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Акушерские кровотечения. – М.: Триада – Х, 1998. – 96 с. <http://www.webmedinfo.ru/library>

15 Егорова Н.А., Добротина А.Ф. и др. Кровотечения при беременности, в родах и раннем послеродовом периоде. – Н.Новгород, 2004. – 79 с. <http://www.booksmed.com/>

РЕЗЮМЕ

**А.А. МАНСУРОВА, А.А. ТУСИПОВА,
С.Т. ОСПАНОВА, К.А. БЕЛГИБАЕВА,
А.Б. ТАЖИЕВА, Б.Б. БОРАНКУЛОВА**
Казахский национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

В статье освещаются проблемы атонического кровотечения, обсуждаемые во всех странах мира. Проведен аналитический обзор литературных данных и современные подходы диагностики и лечения атонического кровотечения. Поставлены цели и задачи их изучения. Определено приоритетное направление.

Ключевые слова: атоническое кровотечение, акушерское кровотечение, послеродовое кровотечение.

SUMMARY

**A.A. MANSUROVA, A.A. TUSIPOVA,
S.T. OSPANOVA, K.A. BELGIBAEVA,
A.B. TAZHIEVA, B.B. BORANKULOVA**
Kazakh national medical university
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.
ATONIC BLEEDING

In the article the problems of the atony bleeding are illuminated in the entire countries of the world. The state-of-the-art review of literary data and modern approaches of diagnostics and treatment of the atony bleeding are conducted. Aims and tasks of their study are put. Priority direction is certain.

Key words: atony bleeding, obstetric bleeding, postpartum haemorrhage.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

УДК 616.379:615.245(574)

Р.Б. БАЗАРБЕКОВА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА «ДИАКОНТРОЛЬ»

Исследование проведено в двух крупных городах Казахстана – Астана и Алматы. Период наблюдения составил 3 месяца. Исследование было проведено 22 врачами. В разработку был включен 131 пациент с неудовлетворительным контролем СД 2 типа. Средний возраст составил 59,3 года. Мужчин было 40 (30,5%), женщин – 91 (69,5%). Все больные имели избыточную массу тела: средний индекс массы тела (ИМТ) в группе мужчин составил 29,19 кг/м², в группе женщин – 29,84 кг/м².

Проведенное исследование убедительно продемонстрировало, что назначение декомпенсированным больным сахарным диабетом 2 типа препарата Диабетон МР 60 мг приводит к достоверному улучшению показателей гликемического контроля. Препарат был эффективен не только при умеренном повышении HbA_{1c}, но и в ситуациях (HbA_{1c} ≥ 9%), требующих согласно казахстанскому Консенсусу (2011) назначения инсулинотерапии.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетон МР.

Высокая распространенность сахарного диабета (СД) на всем земном шаре позволила охарактеризовать данное заболевание как «цунами 21 века» (IDF, 2011). На конец 2013 года в мире число больных диабетом достигло 382 млн. (IDF, 2013), что на 16 млн. больше показателя за 2011 г. Ежегодно в мире от СД умирает 4,5 млн. Особенно высокий прирост СД в последние годы отмечается в развивающихся странах – Индии, Китае. Следует отметить, что в структуре заболеваемости СД наибольший удельный вес составляют пациенты со 2 типом заболевания (СД 2). На данную патологию в мире в среднем приходится до 95% от всех случаев СД.

Настораживает тот факт, что СД 2 типа все чаще

выявляется в детском и подростковом возрасте, что объясняют повсеместным ростом распространенности ожирения у детей.

В Казахстане по данным Национального регистра на конец 2013 г. зарегистрирован 240 531 больной с СД (1,4% от всего населения страны), что намного ниже мировых показателей (в среднем 7%). В то же время реальная распространенность СД, как показало наше исследование «ДИАСКРИН», проведенное 2010 г., намного выше.

Данное исследование, включавшее 7 крупных городов Казахстана: Астана, Караганда, Алматы, Шымкент, Актөбе, Тараз, Костанай, обнаружило, что СД в популяции взрослого населения составляет 15%, в группе