ЖАТЫН АЙРЫЛЫШЫ

М.С. Мусуралиев, Макенжан уулу А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
№1 акушерлик жана гинекология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул изилдөөдө төрөттө жана кесардык кесүүдө өзгөчө кырдаалдагы 72 аялдарга жатындын айрылышы менен коштолгон оор кан агууну токтотуу (a. iliaca interna тамырын байлоо) токтосуз акушердик жардам берүү көйгөйлөрү камтылган. Анын ичинде 23 аялга келечекте кайра төрөө мүнкүнчүлүгүн сактоо менен операция жүргүзүү максатта талкууланган.

Негизги сөздөр: жатын айрылышы, a. iliaca interna кан тамырын байлоо.

РАЗРЫВЫ МАТКИ

М.С. Мусуралиев, Макенжан уулу А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В сообщении обсуждены результаты оказания неотложной акушерской помощи при критических состояниях у 72 рожениц остановка тяжелых кровотечений при разрыве матки (перевязка a. iliaca interna), из них 23 случаи с проведением органосохраняющей операции - остановки кровотечения без удаления матки.

Ключевые слова: разрыв матки, перевязка a. iliaca interna.

UTERINE RUPTURE

M. S. Musuraliev, Makenjan u. A.
Kyrgyz State Medical Academy by I.K.Akhunbaev
Department of obstetrics and gynecology №1
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The report discussed the results of emergency obstetric care in critical conditions in 72 pregnant women stop severe bleeding with uterine rupture (internal iliac artery ligation), including 23 cases with conserving surgery - stop bleeding without removal of the uterus.

Key words: uterine rupture, internal iliac artery ligation.

Кириш сөз

ТОЛГООСУ СЕГИЗ КҮН БОЛГОН,
ТОЛГОТКОН МЫНДАЙ КИМ БОЛГОН?!
КОЗГОЛГОН САЙЫН БАЙБИЧЕ,
КОКУЙУН АЙТЫП ЫЙЫНДЫ...
ЖАНЫМДЫ ЖЕЧҮ БАЛАБЫ
ЖЕ ЖАРЫП ИЧТЕН АЛАБЫ!

Манас эпосу. 55 б.

Көйгөйдүн маанилүүгү.

Улут генофонддун сактоодо менен энеликтин бейпилдигин коргоо маселеси медицина жана ага жаматташ тармактарда артыкча маанилүү мамлекеттик максат катары кала берет [1].

Эненин менен ымыркайдын төрөттөн каза болушу дүйнө медицина тармагында акыркы 10-20 жыл ичинде өзгөчө каржы каатчылыгы менен чектелген өлкөлөрдө көйгөйлүү маселе; эне өлүмүнүн себептеринин ичинде 25% көбү оор кан агуу менен коштолот [2-7].

Азыркы учурда өзгөчө кырдаалдагы Медицина тармагында төрөт учурунда өмүрү коркунучка кабылып, бирок аман калган катаал акыбалдагы аялдар «near-miss» (НМ) же "өлүп тирилгендер" эң манилүү көйгөйду түзөт. Анын клиникалык тажрыйбадагы мааниси Британияда системалык акушерлик байкоо тутумунун (UKOSS) изилдөө негизинде Knight M (2011) "ар бир төрөттө каза болгон аялга 60 тан ашык «near-miss» төрөттө жатын алдыруу менен" аман калган айымдар туура келет [8]. Дүйнөлүк далилдүү медицина тармагында жана ошондой эле эксперттик балоо негизинде медицина тармагын каржылоо жана колдоо стратегиясы жетишсиз өлкөлөрдө эне өлүмү, өзгөчө акушердик оор кан кетүүдө акушердик токтоосуз жардам берүү дэңгээлин жакшыртуу маселеси негизги көйгөйду түзөт [9-12]. Андан тышкары системалык иликтөө аркылуу (идентификация) эне каза болуу себептерин тактоо, дарылоо ыкмалын жана анын натыйжаларын көзөмөлгө алуу (мониторинг); ошондой эле тейлөөнүн сапатын жакшыртуу зор маниига ээ. Мисалы, Srofenyoh E, et al. (2012) изилдөөсүндө такай жакшартылган тейлөө эне өлүмүн кеч талгактан (3,1 ден 1,1 %, P <0,05) жана оор кан агуудан

34% чейин (14,8 ден 1,9 %, P <0,001) азайткан [12]. Биздин өлкөдө салыштырма 20 жыл ичинде (1990-2010) бир аз жылыш аныкталган: Мисалы, өлүм коркунучу 1:330 дөн 1:480 төрөткө же 5,4% тен 3,3% пайызга чейин азайган [13].

Андыктан медицинанын жаңы жетишкендиктери жана хирургиялык мүнкүнчүлүктөрдү колдонуу менен өмүрдө сактоо кана эмес (жанды аман алып калуу), келечек тукум берүү жөндөмүн сактап калуу азыркы медицина тармагындагы негизги маңыздуу маселе болуп калууда.

Материалдар и изилдөө жолдору

Бул изилдөөдө төрөттө жана кесардык кесүүдө жатындын айрылышы (ЖА) менен коштолгон өзгөчө кырдаалдагы («near-miss» НМ) 72 аялдарга санитардык авиация аркылуу жана шашылыш акушердик жардам берүүдөгү көйгөйлөрү камтылган. Анын ичинде 58,3% (37,5-81,8%) аймактардагы төрөт бөлүмдөрүндөгү (Чуй, Талас, Каракол, Нарын, Джалал-Абад, Баткен), калган бөлүгү шаардык медициналык мекемелерде өткөн. Жатындын айрылышы (ЖА) менен коштолгон оор кан агуу кан тамырды байлоо менен (Hypogastric artery ligation - HAL) токтотулган; өзгөчө кырдаалдан («near-miss»-НМ) аман чыккандардын натыйжасы боюнча экиге бөлүндү: биринчи топту жатын алынган (1 ГЭ "НМ" ЖА: ГЭ+HAL) 49 аял -жараттанууда операция жатынды алуу менен (гистерэктомия - hysterectomy) бүткөн; экинчи топту операция натыйжасында жатын сактоо (2ЖС«НМ»+Жс) - төрөттө же кесардык кесүүдө жатындын айрылган жерин тигүү (жамачылоо - метрапластика) тигүү менен келечек тукум мүнкүнчүлүгүн сактоо жолу менен оор кан агууну токтотуу колдонулган 23 аял түздү. Андан тышкары ар бир топто ЖА төрөттөн же операцияда (кесардык кесүү) болгонуна жараша ажырым каралды.

Изилдөө ыкмалары.

Өзгөчө кырдаалдагы төрөттөгү аялдарды изилдөөдө жалпы клиникалык жана лабораторудук: гематология жана гемостаз (фибриноген, ПТИ, Ли- Уайту убакыты), ультра үн изилдөө ж.б ыкмалар колдонулду. Акыбалдын оордук деңгээли кан тутумунун көрсөткүчтөрү (гемоглобин, эритроцит санынын дэңгээли боюнча) менен аныкталды (таблица 1).

ЖА менен коштолгон оор кан агууну токтотууда билатералдык ички жайык артериясын байлоо (HAL- Hypogastric artery ligation, Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А.//

Таблица 1. Жатын айрылышы (rupture uteri - RU), Гемоглобин жана төрөттүн жыйынтыгы

Топтор, n/%	Опер до HAL ГЭ	Убакыт HAL t – час, мин t – сут (n)	n/% Hb <50 gr/l	n/% Hb 50-70gr/l	(Hb gr/l, M±m)	НАТЫЙЖАСЫ +HAL,+ГЭ(mr) / Жс
1ГЭ Т 24	10/41,7%	16(1-3, 9ч) 1-17с(8)	15/62,5% (14-49)	6/25%	46,52±4,2 (14-69)	24-14(2)
1 ГЭ KS 25	9/36%	0,30-1с (17) 1-16с (8)	10/40% (24-50)	10/40%	54,5±3,4 (24-87)	25 - 16(1)
ГЭ 49	19/38,8%	0,30-24ч (33) 1-17с(16)	25/52,9% (14-50)	16/32,6%		49-30(3)
2 Жс T12		0, 25-12ч 3с	5/45,4% (38-50)	3/27,3%	57,6±4,6 (38-77)	11 Род Б.М-08, Ш.К10
2 Жс KS 11		.30-4ч 14ч	2/16,7% (40-50)	4/33,3%	67,0±5,71 (40-88)	12 род Р.Т-07, А.З. 14
2 ЖС 23		0,25-12ч (2)	7/30,4% (38-50)	7/30,4%	23/100% (38-88)	23
Жалпы 72			32/ 44,4 %	23/ 31,9	17/39,5 72/100%%	49-30(3)/ 23

Шарттуу белгилер:

«НМ»+Жс - жатынды сактоо, төрөттө же кесардык кесүүдө ЖА кийин операция билатеральдык ички жайык артериясын байлоо менен метропластика (HAL+metraplastica) натыйжасы;

«НМ»+ГЭ - төрөттө же кесардык кесүүдө ЖА операцияда билатеральдык ички жайык артериясын байлоо менен (HAL+ГЭ) жатынды алуу менен аяктаган;

ЖА – жатын айрылышы

ЖА - жыныс кынынын айрылышы жана гематома (paravaginal, or retroperitoneal)

Бюл. Интеллек. собственность, 2004, №12 – патент №727) жана антифибринолитикалык дарылоо колдонулган [14].

Өзгөчө кырдаал абалынын шартын акушердик оор кан жоготууну баалаган Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун клиникалык белгилери колдонулду:

а) кан жоготуу көлөмү 1500 мл жогору; же коагуляция аномалиясы жана гемоглобин деңгээли (Hb)<=70г/л ылдый; же шашылыш гистерэктомия;

б) төрөттөгү дистоция (“cephalopelvic disproportion, dystocia”), жатындын жараттанышы менен кошулган бардык жарат, анын ичинде “кесардык кесүүдөгү жатын ылдыйкы сегментин тилүүдө жырыктын уланып кетүүсү” же/жана травматикалык жатын айрылышы “кесардык төрөт” (CD– Cesarean delivery) эски тырык (тигиш) боюнча жатын айрылышы (tRu - Traumatic Rupture - rupture of the uterine scar from prior surgery/ prior vertical scar, prior rupture) [15].

Алгоритм ыргагы: –оор кан агууну токтотуу, а) 1 топ - «НМ»+Жс, төрөттө же гистерэктомия менен коштолгон кесардык кесүүдөн кийин релапаротомияда билатеральдык кан тамыр байлоо (ГЭ+HAL) жана кан тамыр байлоо (HAL) оор кан агууну токтотууда медициналык аргасыздан гистерэктомия (HAL+ГЭ) жүргүзүлгөн; б) 2 топ - «НМ»+Жс, төрөттө же операциядан кийинки лапаротомия/ре–кан тамыр байлоо (HAL) жана антифибринолитикалык компонентик дарылоо колдонуу менен жатын сактоо.

Изилдөөнүн жыйынтыгы жана талкуу.

Жатын айрылышы (ЖА) акушерлик тайжырбада аз кездешүүчү төрөттүн татаалдануусу. Дүйнөлүк далилдүү медицина тармагында Chauhan SP et al. (2003) 72 изилдөө 142 миң [16] жана Landon MB, et al. (2004) 33 миңден ашык кишини камтыган [17] системалык метаанализ негизинде (төрөттөн же кесардык кесүүден кийин) аялдардын төрөттөн ЖА менен байланышкан каза болушу (энелер өлүмү-maternal mortality), орто эсеп боюнча кээ бир Африка өлкө аймагында 1:100 дөн, Британияда 1:1500 төрөт ичинде кездешет; анын ичинде 5% эне өлүмү 30% чейин ымыркай өлүмү менен бүтөт [16, 17]; Кийинки маалыматтар боюнча Британиялык акушердик карoo тутумунда UKOSS изилдөөсү 111 аялдын төрөттө жараттанышында жатын айрылышынан каза болуу 17,4/ 100000 төрөт санына жеткен (95% CI 14.3–21.0 / 100 000) [18].

Биздин өлкөдө купуя (конфиденциальдуу) иликтөө боюнча эне өлүмүнүн 83,2% түз байланышкан акушерлик себептин ичинен ЖА 15,8% түзгөн [19]; ал эми бул көрсөткүч Казакстанда жүргүзүлгөн энелер өлүмүнүн аудитинде ЖА 26, 3% түзөт [20]; Токтоосуз жардам көрсөтүүдө (санитардык авиация тармагы боюнча) Кыргыз Республикасында салттуу дарылоо тармагында төрөттөгү 433 аялдардын оор кан жоготуу менен коштолгон өзгөчө катаал акыбалынын негизги себептеринин ичинен жатындын айрылышы (жатын каңтарылышын кошкондо) 18,0% түзөт [21];

Бул иликтөөдө 72 жатындын айрылышы (9 жатын каңтарылышы), анын ичинде “кесардык төрөттө” 36 учур травматикалык жатын жараттанышы менен коштолгон аялдар талкууга алынды. Токтоосуз акушердик жардам берүүдө бардык ЖА менен коштолгон учурларда оор кан агууну токтотуу үчүн билатеральдык ички жайык артериясын байлоо колдонулду (HAL). ЖА 3 учурунда (же эне өлүмү 4,1%) өзгөчө оор даражадагы кан жоготуудан бейтап каза болду.

Илимий чөйрөдө жатын айрылышы менен коштолгон өзгөчө кырдалда гистерэктомиядан кийин ички жайык кан тамыр байлоо менен оор кан агууну ийгиликтүү токтотуу Camuzcuoglu H , ж.б. (2010) тарабынан 4 учур келтирилген [22].

Иликтөө негизинде расмий клиникалык практикада ЖА кийин көнүмүш адат болуп жатынды алуу жолу (гистерэктомия - hysterectomy) менен кан агууну токтотуу колдонулат. Биздин изилдөөдө гистерэктомиядан кийин кан агуунун уланышы боюнча катаал акыбалдагы аялдын өмүрүн сактоо үчүн билатеральдык ички жайык артериясын байлоо биринчи жолу 2007 жылы 3 -апрелде ургенттик чакыруу учурунда жүргүзүлгөн (Т.С., 37 жаш). Биринчи топтогу аялдардын акыбалы негизинен өзгөчө оор даражада (1 топ - «НМ»+ ГЭ): төрөттө 24 учурдагы ЖА (3 жатын каңтарылышы) орточо гемоглобин деңгээли 46,52±4,2 gr/l болсо, анын ичинде 50 gr/l төмөн 15 аялда же 62,5% (14 -49 gr/l); ал эми “кесардык төрөттө” 54,5±3,4 gr/l , анын ичинде 50 gr/l төмөнү 10 аялда же 40% (24-50 gr/l) түзөт.

Жалпысынан жабыркаган 49 «НМ» катаал учурдагы аман калгандар ичинен 8 аялдын акыбалы (16,3%) Нб көрсөткүчү боюнча орто деңгээлде болгон;

ТӨРӨТТӨ ЖАТЫН АЙРЫЛЫШЫ. Биздин изилдөөдө жалпы топтун ичинде ЖА коркунучуна таасир бере турган себептердин ичинде далилдүү медицинада талкууланган төмөнкү ятрогендик факторлор бар: оор төрөт (12 сааттан ашык создуккан төрөт, цефало-пельвикалык дистоция, клиникалык кууш чат ж.б., төрөт индукциясы окситоцин, мисопристол (окситоцин -1,1%, простогландин PGE2 – 1,4–2,5% мисопростол –5%) [23]. Оор акушердик кан жоготууда негизги себептеринин ичинде төрөт жолдорунун жараттанышы - паравагиналдык же ретроперитонеальдык гематомасы жалпы саны 23 (46,9%) жараттануу (49 ичинен) же 17 учурда төрөттөгү аялда (34,7 %), ал эми кесардык кесүүдө 8 аялда (16,3%), кээде жатындын жулунуп кетүүсүнө - кольпорексисге чейин жеткен (же 7 аялда 14,3% кездешкен). Бул көрсөткүчтөр негизинен ятрогендик факторлор болуп эсептелинет. Төрөттө ЖА жатын "капталынан айрылышы" боюнча негизинен төрөттө кууш чат же цефалопельвикалык дистоцияга таандык [23, 24]. Ошондой эле убактылуу хирургиялык ыкмалар: айрылган жерди тигүү-перинеорафия (12 – 24,5%), каңтарылган жатынды кайра салуу, эң акырында жатынды алуу да (гистерэктомия 19 учур/38,8%) оор кан агууну токтото алган эмес; Биздин кароодо жатын "капталынан айрылышы" 9 учурда, ал эми жатындын тырыгы боюнча 2 жабыркоо (15 тин ичинен) төрөттө кездешкен.

КЕСАРДЫК ТӨРӨТ - ымыркайды жатынды кесүү менен ичтен алып чыгуу («Lex Caesarea» байыркы римдик цесардын (кесардык) мыйзамы боюнча өлүп бараткан төрөттөгү аялдын ичин жарып баланы алып чыгууга тийиш).

ЖАТЫН АЙРЫЛЫШЫ- жараттанышы (айрылышы, жырылып кетүүсү, жыныс кынынан жулунуп калуусу ж.б.) менен кошулган бардык жарат, анын ичинде "кесардык төрөт" (CD–Cesarean delivery)" кесардык кесүүдөгү жатын ылдыйкы сегментин тилүүдө жырыктын уланып кетүүсү же/жана эски тырык (тигиш) боюнча же жатындын травмалык жараттанышы"(tRu-Traumatic Rupture- rupture of the uterine scar from prior surgery/ prior vertical scar, prior rupture)

Далилдүү медицина тармагында операциядан кийинки тырыктар (кесардык кесүү, консервативдик миомэктомия, жатын моюнчасындагы тырыктар), акушердик операциялар (акушерлик кыпчуур, күмөндүн көчүк менен келүүсүндө ичтен которуу жолу менен бутунан тартып чыгаруу) ЖА шарт түзөт [25]. Андан тышкары операция жолу менен кесардык төрөттө ЖА негизинен 70% жакыны мурдакы кесардык кесүүдөн кийин жатын ылдыйкы сегментиндеги тырыктын жараксыздыгы (же жукарып жырылып кетүүсүнө алып келет [26- 28].

Биздин өлкөдө акыркы мезгилде өзгөчө тынчсыздырган маселе операция жолу менен (кесардык төрөт) төрөгөн аялдар жалпы төрөт санына карата өсүүсү: акыркы жылдарда кесардык төрөт салыштырмалуу 6,5% тен $/_{2007–09}$ 7,3 - 8,4% $/_{2011-12}$ жеткен (кээ бир орууканаларда 4,8 ден 20,6% чейин); ошону менен катар гистерэктомия (төрөттө жатынды алуу менен оор кан агуугу токтотуу жолу) саны да кескин көбөйүүдө: орто эсеп менен 2,0%$/_{2007–09}$ тен 3,5%$/_{2011}$ - 3,3%$/_{2012}$ чейин (анын ичинде кээ бир аймактарда 6,1 % тен 10,3% чейин) [21, 29].

Бул иликтөөдө – 25 кесардык төрөттө – эски туурасынан кесилген тырык (тигиш) жатын айрылышы (6 же 24% же "узарып" кетиши (9 учур же 36%) же жатындын капталынан моюнчага карата жырылып кетүүсү (6 учур 24%), ал эми 4 учурда (16%) кольпорексиске чейин жеткен. Андан тышкары табарсык (2 учурда) же 10 кесардык төрөттө заара түтүкчөсүнүн жараттанышы (же бөйрөктүн курч жабыркашы) менен коштолгон; Критикалык медицина тармагында жатын айрылышы менен коштолгон кан тамырларыны жараттанышында ийлиликтүү кан агууну токтотуу Gandhi M. R., ж.б. (2013) тарабынан бир учур жарыяланган [30]. Биздин кароодо кан тамырдын жараттышы жалпы топтун ичинде 5 учурда (анын ичинде кесардык төрөттө кездешти жана билатеральдык кан тамыр байлоо (HAL) ийгиликтүү натыйжасын берди.

Кечиктирилгиз шашылыш жардам көрсөтүүдө (санитардык авиация тармагы боюнча) ар бир үчүнчү катаал кырдаалдагы учур жатынды алгандан кийин дагы (ГЭ 19/38,8%) гистерэктомия менен оор кан жоготууну токтотуу ийгиликсиз болгондо билатеральдык кан тамыр байлоо менен (HAL) өз натыйжасын берген; ал эми калган 30 учурда (HAL+ГЭ) медициналык аргасыздыктан (ириң чапкан жатындын оор жараттануусу ж.б.) гистерэктомия менен коштолгон. Мында убакыт фактору (жатын айрылган кийин билатеральдык кан тамыр байлоогочейинкиубакыт) орундууролдуойногон: Мисалы, жабыркоо (ЖА) мезгилинен кан тамыр байлоого чейинки убакыт (t) жалпы топтун 49

учурдун ичинен 16 (32,2%) жабыркагандарга бир суткадан ашык убакыттан (24 сааттан 17 күнгө чейин) кийин "кечиктирилгиз" шашылыш жардам көргөзүлгөн. Мындай шартта бардык жүргүзүлгөн аракетке карабастан жалпысынан 3 учурда (экөө кесардык төрөттө) оор жарат эненин майып болуусуна алып келген.

Жогорку келтирилген талкуу кесардык төрөттө өзгөчө көйгөйдү түзгөн артыкчылык мааниге ээ болгон маселе бар экендигин далилдейт. Мисалы: кандай кырдаалда, шартта жана абалда, убагында же кечиктирилген, ятрогендик же техникалык мүчүлүштүктөр...

Оор кан жоготууда кан коюлануусунун бузулушу менен кандын ирип кетүүсүн (фибринолизис) дарылоодо ургенттик хирургияда антифибринолитикалык заттар ичинде транексам кислотасы өз ордун табууда [31, 32].

Билатеральдык кан тамыр байлоо (HAL) менен антифибринолитикалык компонентик дарылоо колдонуу менен жатын сактоо мүнкүнчүлүгү экинчи топтун натыйжалары менен биздин өзгөчө кырдаалдагы учурларга токтоосуз ургенттик жардам берүүнүн ийгиликтери күбө болот. Мында убакыт маселеси өзгөчө мааниге ээ, жатын сактоо менен аяктаган учурларда кечиктирилгиз жардам бир күндүн ичинде (же 25-30 мин 12 сааттын аралыгында) көрсөтүлгөн. 2 учурда 12 сааттан кийин да жатын сактоо мүнкүнчүлүгү колдонулган.

Иликтөө негизинде экинчи топто «НМ»+ Жс төрөттө же кесардык кесүүдө жатынды айрылган жерин тигүү менен (метропластика) репродуктивдик мүнкүнчүлүк сактоо учурлары салыштырма расмий клиникалык практикадагыга (1 топ - «НМ»+ ГЭ) аялдардын акыбалына караганда бир аз жеңилирээк, бирок негизки гематологиялык көрсөткүчтөрү боюнча оор даражада кала берет:

төрөттө ЖА орточо гемоглобин деңгээли 57,6±4,6 салыштырма 46,52±,2 gr/l болсо, анын ичинде 50 gr/l төмөн 12 ЖА (6 жатын каңтарылышы) ичинен 5 учурда же 45,4% (38-50 gr/l); ал эми "кесардык төрөттө" 67,0±5,71 салыштырма гистерэктомия тобуна караганда 54,5±3,4 gr/l, анын ичинде 50 gr/l төмөнү 2 учурда же 16,7% (40-50 gr/l) түзөт; же акушердик токтоосуз жардам өз убагында (негизинен биринчи сааттарда) көргөзүлгөн.

ЖА себептеринин ичинде төрөттө жыныс кынынын гематомасы (4 учур), жатын моюнчасынын айрылышы (3), жатындын эски тырык (1) же "капталынын" айрылышы (2). Мындай кан агууну токтотуучу ийгиликсиз колдонулган аракеттер (3 учурда жыныс керегесин тигүү), ошондой эле жатын каңтарылышында аны кайра ордуна салуу аракети (6 учурда), кээде 2 жолудан жүргүзүлгөн. "Кесардык төрөттө" ошондой эле "капталынан" же эски тырык боюнча "уланып" кеткен (7) жатындын травмалык айрылышы, 2 учурда жатындын оорлошкон айрылышы - жыныс кынынан жулунуп (кольрорексис) кетүүсү менен коштолгон же табарсыктын айрылышы (1 учур), заара түчүкчөсүнүн жараттанышы (4 учур) жана кан тамырлардын (1 учур) жараттанышы (a. Uterinae ретроперитеональдык гематома) менен коштолгон. Инновациялык дарылоо ыкмасы транексам кислотасын тамчылатуу менен кан коюлануусун жакшыртуу (фибринолизисти болтурбоо жана тескөөгө алуу), кан агууну билатеральдык ички жайык кан тамырын байлоо менен (кетгут) жатынды өз калыбына (пластика) келтирүү болду. Натыйжасында өз убагында жүргүзүлгөн аракет жатынды сактоо мүнкүнчүлүгүн берди же бардык катаал акыбалга туш болгон учурлардагы аялдар төрөтканадан баласы жана келечек тукум берүү мүнкүнчүлүгү менен чыгып кетти. . Жатындын кан жүгүрүү тутумун 3 же 5 күнү Допплер ультра үн изилдөөсү менен тастыктадык.

Андан тышкары проспективдүү кароо натыйжасы жатын сактоо менен жүргүзүлгөн топто 4 аял ымыркай төрөдү (бир аял 2 жолу).

Биздин илимий макала акушерликтеги эң оор көйгөйлүү маселени жатындын жана төрөт жолдорунун жаратанышы мисалында клиника тармагында медициналык (уюштуруу, алгачкы деңгээлдеги акушердик жардам, кадр, төрөт бөлүмдөрү ж.б. маселе), калктын жашоо шарты менен ден-соолук камкорлугу маселелерине көз каранды болгон накта медициналык суроолор жатат.

Жыйынтык:

1. Токтоосуз акушердик жардам берүүдөө билатеральдык ички жайык кан тамырын байлоо (HAL- Hypogastric artery ligation) жатын айрылышы менен коштолгон оор кан агууну токтотууда натыйжалуу ыкма катары эсептелинет.

2. Өз убагында токтоосуз акушердик жардам оор кан агууну токтотуу кана эмес, кан тамыр байлоо жана антифибринолитикалык

дарылоо келечек репродуктивдүүлүктү сактоого мүнкүнчүлүк берет.

3. Жатын айрылышы эне менен ымыркайдын өлүмүнө алып келүүчү ятрогендик төрөттөгү аргасыздыктын белгиси, кесардык төрөттө "кечиктирилгиз" акушердик жардамдын жетиктүүлүгүнүн начардык белгиси

Библиография:

1. *Генофонд народа Кыргызстана: комплексное исследование/ Под науч. рук. Т. Койчиева // Коллектив авт. Т.Койчуев, М.Мусуралиев, С. Боконбаева и др. - Бишкек: 2014. -320с.*

2. *Bayer A. Population Resource Center. January 2001 www.prcdc.org/files / Maternal_Mortality.pdf (Accessed on July 18, 2012).*

3. *Cristina Rossi A., Mullin P. The etiology of maternal mortality in developed countries: a systematic review of literature. Arch Gynecol Obstet. - 2012. – Vol. 285. - P.1499.*

4. *Hussein J, Kanguru L, Astin M, Munjanja S. The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a systematic review. PLoS Med. - 2012. - Vol.9:e1001264.*

5. *Lozano R., Naghavi M., Foreman K., et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. -2012. - Vol.380. –P. 2095-2128.*

6. *Mousa H.A., Blum J., Abou El Senoun G, et al. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2014; 2:CD003249.*

7. *Say L., Chou D., Gemmill A., et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. – 2014. - Vol.2. – P. 220.*

8. *Knight M. Appendix 2A: Summary of United Kingdom Obstetric Surveillance System (UKOSS) Report on near-miss studies, 191-195. In: Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; Vol.118. – P.1–203.*

9. *Pyone T, Sorensen BL, Tellier S. Childbirth attendance strategies and their impact on maternal mortality and morbidity in low-income settings: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. – 2012. Vol.91. P.1029.*

10. *Orsini J, Butala A, Diaz L, et al. Clinical Profile of Obstetric Patients Admitted to the Medical-Surgical Intensive Care Unit (MSICU) of an Inner-City Hospital in New York. J Clin Med Res. – 2012. - Vol.4. – P.314.*

11. *Wanderer JP, Leffert LR, Mhyre JM, et al. Epidemiology of obstetric-related ICU admissions in Maryland: 1999-2008. Crit Care Med 2013; 41:1844.*

12. *Srofenyoh E, Ivester T, Engmann C, et al. Advancing obstetric and neonatal care in a regional hospital in Ghana via continuous quality improvement. Int J Gynaecol Obstet 2012. - Vol.116. – P.17.*

13. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates www.unfpa.org/webdav. 2012. - 44p.*

14. *Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях.// Бюл. Интеллек. собственность, 2004, №12 – патент №727.*

15. *Williams Obstetrics-19-Editiion, 1993. Chapter 20. Dystocia Due Abnormalitics in Presenteation, Position, Or Development of the Fetus.- 493 Chapter 21. Dystocia Due to Pelvic Contraction, 529.*

16. *Chauhan S.P., Martin J.N., Hendrichs C.E., et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. Am J Obstet Gynecol. 2003. - Vol.189. - P.408–17. [metaanalysis:72 studies, n -142 075]*

17. *Landon M.B., Hauth J.C., Leveno K.J., et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery.N Engl J Med. – 2004. - Vol.351(25). –P. 2581–9. [II–2; prospective; n -33 699]*

18. *Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG. - 2011. -Vol.118 – P.1–203 (P. 84 ...Morbidity from uterine rupture 111 cases of uterine rupture reported to UKOSS between April 2009 and January 2010).*

19. *Первый отчет конфиденциального аудита материнской смертности в Кыргызской Республике за 2011–2012 гг. Кыргызстан, 2014 - 56с. (Ешходжаева А.С., Аскеров А.А., Мусуралиев М.С. и др.) Кыргызстан, 2014, 15 -16с.*

20. *Bapayeva G., An Z., Bacci A. Основные причины материнской смертности в акушерской практике: первый опыт и итоги конфидецbackground аудита в республике Казакстан // Entre Nous. Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, 2011. - № 74.- С. 16-17.*

21. *Макенжан уулу Алмаз. Хирургическая остановка акушерских кровотечений и пути сохранения репродуктивной функции (монография) Под редакцией доктора мед. наук, проф. М.С. Мусуралиева. Бишкек.: Изд. "Кут Бер", - 2014. - 120с илл.*

22. *Camuzcuoglu H., Toy H., Vural M., et al. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy / Obstet Gynaecol Res. 2010. - Vol. 36(3). – P.538-43.*

23. *Obstetric Evidence Based Guidelines/ Part II Pregnancy complications. 17. Induction of labor. Jeff M Denney and Anthony C Sciscione . P.150/ Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, 235 pp ... «cephalopelvic disproportion, dystocia, etc».*

24. *Williams Obstetrics. Section IV. Labor and Delivery. Chapter 26. Prior Cesarean Delivery Section VII. Obstetrical Complications . Chapter 35. Obstetrical Hemorrhage. Complete uterine inversion after delivery. Copyright ©2007*

25. *Vincenzo Berghella. Cesarean delivery: Postoperative issues/Literature review current through: Jul 2014. This topic last updated: Jun 04, 2014*

26. *Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:262.e1.*

27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Prevention and management of postpartum haemorrhage. www.rcog.org.uk (Accessed on January 20, 2012).

28. Bij de Vaate A.J., van der Voet L.F., Naji O., et al. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol 2014. - Vol.43. P.372.

29. Об основных итогах деятельности организаций здравоохранения республики за 2013 год и задачах на 2014 год. МГ «Будь здоров», 2014. - №2. -С. 4-5.

30. Gandhi M.R., Gunvant K. Kadikar. Laceration of internal iliac vein during internal iliac artery ligation. Case reports/ National Journal of Medical Research.Apr. – 2013. - Vol. 3(2). - P.190 -191.

31.Perel P., Ker K., Morales Uribe C.H., Roberts I. Tranexamic acid for reducing mortality in emergency and urgent surgery. Cochrane Database Syst Rev 2013; 1:CD010245.

32. Novikova N., Hofmeyr G.J. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2010; CD007872.