

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2019 წლის 8 ოქტომბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 11 მარტის №01- 87/ო ბრძანებით

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა - საწყისი სარეანიმაციო ნაბიჯები და საშვილოსნოს ჰიპო-ატონური სისხლდენის მართვა

**კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)**

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა - საწყისი სარეანიმაციო ნაბიჯები და საშვილოსნოს ჰიპო-ატონური სისხლდენის მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	4
4. პროტოკოლის მიზანი	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის განკუთვნილი პროტოკოლი.....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	5
8. რეკომენდაციები	5
ცხრილი 1. მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის რისკ ფაქტორები შეფასება	9
❖ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის გართულებები.....	9
ცხრილი 2: სისხლის დანაკარგის შეფასება და კლასიფიცირება.....	11
❖ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის მართვა.....	12
ცხრილი 3: PPH მართვის მიზნით რეკომენდებული უტეროტონული მედიკამენტები	15
❖ ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები	16
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	17
10. აუდიტის კრიტერიუმები	17
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	18
12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსი.....	18
ცხრილი №4 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	19
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე	20
14. პროტოკოლის ავტორები	20
15. გამოყენებული ლიტერატურა	21
დანართი 1: ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები.....	23
დანართი 2: ჰიპო-ატონური სისხლდენის მართვის ალგორითმი	27

აღნიშნული პროტოკოლი შეიქმნა 2016 წელს USAID/SUSTAIN, JSI ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით.

განახლდა 2019 წელს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით.

1. პროტოკოლის დასახელება: მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა - საწყისი სარეანიმაციო ნაბიჯები და საშვილოსნოს ჰიპო-ატონური სისხლდენის მართვა.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა	O72
სისხლდენა მშობიარობის მესამე პერიოდში	O72.0
სხვა სისხლდენები განვითარებული მშობიარობისთანავე	O72.1
მშობიარობის შემდგომი მოგვიანებითი და მეორადი სისხლდენა	O72.2
შორისის დაზიანება მშობიარობის დროს	O70
სხვა სამეანო ტრავმები	O71
საშვილოსნოს გახევა სამშობიარო მოქმედების დროს	O71.1
საშვილოსნოს ყელის სამეანო დაზიანება	O71.3
მენჯის ღრუს ორგანოების სხვა სამეანო დაზიანება	O71.5
მენჯის სამეანო ჰემატომა	O71.7
სამეანო ტრავმა დაუზუსტებელი	O71.9
მშობიარობის პერიოდის სისხლდენა კოაგულაციური დარღვევები	O67.0
საკეისრო კვეთის ჩატარება ჰისტერექტომიით	O82.2
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
პლაცენტის გამოძევება საშვილოსნოდან	MBSA20
პლაცენტის ხელით გამოტანა საშვილოსნოდან	MBSA30
სამეანო ლაცერაციების აღდგენა	MBSC
მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის კონტროლი	MBSC90
სამეანო ჰისტერექტომია	MCSW00
სხვა სამეანო ლაპაროტომია	MCSW96
სხვა პროცედურები მეანობაში	MX
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
კოაგულოგრამა	CG.7
რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	IM.10.1.2

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების საფუძველზე:

- RCOG Clinical guideline Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage #52 December 2016.
- ACOG Postpartum Hemorrhage N 183 October 2017 (replaces Practice Bulletin N 76, October 2006).
- WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum hemorrhage 2018.
- WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage 2012.
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) Management of postpartum hemorrhage 2017

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძვლად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია, გარდა რამდენიმე რეკომენდაციისა, რომელთა მოდიფიცირება განხორციელდა სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით.

4. პროტოკოლის მიზანი

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის მართვის საწყისი ნაბიჯების სტანდარტიზაცია (მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის დროული გამოვლენა, სისხლის დანაკარგის ზუსტი შეფასება და კლასიფიცირება, პირველსაწყისი სარეანიმაციო ღონისძიებების დაუყოვნებლივი განხორციელება, სისხლდენის მიზეზის დიაგნოსტიკა) და ჰიპოტონური სისხლდენის მართვა, რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის გამოსავალს.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ქალებს, რომელთაც განუვითარდათ სისხლდენა ადრეული ლოგინობის ხანაში.

6. ვისთვის არის განკუთვნილი პროტოკოლი

პროტოკოლი განკუთვნილია სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განმახორციელებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის, რომლებიც ჩართული არიან ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის პროცესში, კერძოდ, მეან-გინეკოლოგების, ბეზიაქალების,

ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ნეონატოლოგების, ოჯახის ექიმებისა და გადაუდებელი დახმარების ექიმებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სამედიცინო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განმახორციელებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება ლოგინობის ხანაში სისხლდენის გამოვლენისთანავე, გრძელდება სისხლდენის სრულ კუპირებამდე.

8. რეკომენდაციები

განმარტება:

- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა (PPH) გადაუდებელი სამედიცინო მდგომარეობაა, რომელიც ვითარდება ვაგინალური მშობიარობის (სისხლის დანაკარგი > 500 მლ) ან საკეისრო კვეთის შემდეგ (სისხლის დანაკარგი > 1000 მლ) ან ნებისმიერი სისხლდენა, რომელიც ვერ კომპენსირდება ფიზიოლოგიური მექანიზმებით;
- პირველადი PPH – მშობიარობიდან 24 სთ-ის განმავლობაში განვითარებული სისხლდენა;
- მეორადი PPH - მშობიარობიდან 24 სთ-დან - 12 კვირის განმავლობაში განვითარებული სისხლდენა.

ზოგადი დებულებები:

- დედათა სიკვდილობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს მშობიარობის შემდგომი პირველადი სისხლდენა წარმოადგენს;
- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენით გამოწვეული დედათა სიკვდილობის თავიდან აცილება შესაძლებელია დროული და ადეკვატური მართვით;
- მიზანშეწონილია ანემიის დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ორსულობის პერიოდში, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს მშობიარობის შემდგომ სისხლდენასთან დაკავშირებულ ანემიას;
- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ძირითად მიზეზს საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითება (ჰიპოტონია) წარმოადგენს (70-80%);
- მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვა მნიშვნელოვნად ამცირებს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის განვითარების რისკს და სისხლის დანაკარგის რაოდენობას;
- მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვის და საკეისრო კვეთის შემთხვევაში საუკეთესო და ყველაზე ეფექტური არჩევის უტეროტონულ პრეპარატს

ოქსიტოცინი წარმოადგენს; ოქსიტოცინის არარსებობის შემთხვევაში ალტერნატივად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მიზოპროსტოლი ან სხვა ინექციური უტეროტონიკები;

- ჭიპლარის ადრეული გადაკვეთა <1წთ. მშობიარობის (ვაგინალური და საკეისრო კვეთის) შემდეგ არ არის რეკომენდებული, თუ ახალშობილი არ საჭიროებს რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარებას;
- რეკომენდებულია საშვილოსნოს შეკუმშვის ხარისხის რეგულარული შეფასება საშვილოსნოს ატონიის ადრეული დიაგნოსტიკების მიზნით;
- მშობიარობის შემდგომი სისხლის დანაკარგის ვიზუალური შეფასება არაზუსტია. მნიშვნელოვანია სისხლის დანაკარგის ვიზუალურ შეფასებასთან ერთად გავითვალისწინოთ კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები;
- სისხლის დენის შეფასება უნდა მოხდეს გრავიმეტრული მეთოდით;
- მშრალი მასალის წონა მშობიარობამდე უნდა იყოს ცნობილი (საფენი, ტამპონი და სხვა);
- მშობიარობის შემდეგ გაჯდენთილი მასალა უნდა აიწონოს და გამოაკლდეს მშრალი მასალის წონა. 1 გრამი უდრის 1 მლ დაკარგულ სისხლს (არ უნდა გაერიოს სანაყოფე წყლები);
- აუცილებელია ნათელი კომუნიკაცია მშობიარესთან და თანხმლებ პირთან და მიმდინარე პროცესებზე გასაგები ენით ინფორმაციის მიწოდება;
- მშობიარობის შემდეგ პერიოდში რეკომენდებულია დედის სასიცოცხლო ნიშნების და მდგომარეობის, დაკარგული სისხლის რაოდენობის, საშვილოსნოს ტონუსის და ზომის შეფასება და დოკუმენტირება, რათა დროულად იქნას ამოცნობილი სისხლდენა, დაწყებულ იქნას ადეკვატური ქმედება, შეფასდეს ჩარევის მასშტაბი;
- კლინიკური ნიშნებით სისხლდენის შეფასების დიაგნოსტიკური ღირებულება განსაკუთრებით მაღალია შინაგანი სისხლდენის დროს, მაგალითად საკეისრო კვეთის შემდეგ, განიერი იოგის ან საშოს ჰემატომის არსებობის დროს;
- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის სწრაფი დიაგნოსტიკა PPH-ის წარმატებული მართვის მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს, რადგან დროულად დაწყებული ადეკვატური ინტერვენციები აუმჯობესებს გამოსავალს;
- ადრეულ და ადეკვატურ ინტერვენციას შეუძლია განაპირობოს შოკის და პოტენციურად საშიში სასიკვდილო ტრიადის - ჰიპოთერმია, აციდოზი და კოაგულოპათიის განვითარების პრევენცია;
- ჰემორაგიით განპირობებული დედათა სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს PPH-ის პროტოკოლის დაგვიანებული ინიციაცია;
- მეანის მიერ დაწყებული და თანმიმდევრულად განხორციელებული არა-ოპერაციული და ოპერაციული ინტერვენციების მიზანია:

- სასიცოცხლო ორგანოების ჰიპოპერფუზიის პრევენცია მოცირკულირე სისხლის მოცულობის ადეკვატური აღდგენა/შენარჩუნებით;
- ქსოვილთა ადეკვატური ოქსიგენაციის აღდგენა/შენარჩუნება;
- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის სამეანო მიზეზის აღმოფხვრა;
- კოაგულოპათიის პრევენცია და/ან მკურნალობა;
- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პირველსაწყისი მკურნალობის ერთ-ერთ ძირითად მეთოდს წარმოადგენს საშვილოსნოს მასაჟი და სითხის, უპირატესად კრისტალოიდების ინფუზიის დაწყება;
- სამშობიარო ბლოკში სისხლდენის ყუთის არსებობა - ყველა საჭირო მედიკამენტის და გადასასხმელი ხსნარით.
- იმ პერიოდამდე სანამ სისხლი იქნება ხელმისაწვდომი, მიზანშეწონილია გამთბარი კრისტალოიდებით ინფუზია 1:3 -საწყისი: 2 ლ თბილი იზოტონური კრისტალოიდი, შემდგომ სითხის შევსება გაგრძელდეს დამატებით იზოტონური კრისტალოიდით ან კოლოიდით- გახსოვდეთ: 18 G 1,000 ml დაცლას სიმძიმით სჭირდება 30წ, 16 G – 18წ, 14 G – 9წ.

საყოველთაოდ მიღებულია რეანიმაციის ეტაპობრივი (საფეხურებრივი) მიდგომა, რომელიც იწყება კრისტალოიდების ინფუზიით, შემდეგ გრძელდება ერთთროციტარული მასით და გრძელდება სისხლის შემადედებელი ფაქტორების ან თრომბოციტების გადასხმით (გამონაკლისს წარმოადგენს მასიური სისხლდენა).

- რეკომენდებულია ერთთროციტარული მასის და ახლადგაყინული პლაზმის შემდეგი თანაფარდობით გამოყენება: 1:1 ან 2:1;
- რეკომენდებულია სისხლის და სისხლის კომპონენტების ტრანსფუზიის დაწყება ლაბორატორიული კვლევების შედეგების მიღებამდე პროტოკოლში მოცემული რეკომენდაციების შესაბამისად (იხ.ქვემოთ);
- თუ განხორციელებული ინტერვენციები არაეფექტურია, სწრაფად უნდა იქნას დაწყებული რიგით შემდგომი მკურნალობა;
- ინტერვენციების გადავადება იწვევს სისხლისდანაკარგის ზრდას, რაც თავის მხრივ განაპირობებს მწვავე ჰიპოვოლემიას, ქსოვილთა ჰიპოქსიას, ჰიპოთერმიას და აციდოზს, რაც ართულებს სისხლდენის მართვას და ზრდის ჰისტერექტომიის წარმოების, შოკის და სიკვდილის სიხშირეს;
- სისხლდენის მიზეზის დადგენის პარალელურად, თუ სისხლდენა გრძელდება სისხლის დანაკარგის მინიმალიზაციის მიზნით რეკომენდებულია (გუნდის სხვა წევრის მიერ) სისხლდენის დროებითი შეჩერების მეთოდების გამოყენება;
- ატონური სისხლდენის ფარმაკოლოგიური მკურნალობის მიზნით რეკომენდებულია: ოქსიტოცინის, ერგომეტრინის და პროსტაგლანდინების გამოყენება;

- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პირველი რიგის მკურნალობის მეთოდს ოქსიტოცინის ინტრავენური შეყვანა წარმოადგენს, მიუხედავად იმისა, გამოყენებული იყო თუ არა ოქსიტოცინი პროფილაქტიკურად;
- მიზოპროსტოლის და ოქსიტოცინის ერთდროული გამოყენება საშვილოსნოს ატონიის მკურნალობის მიზნით არ არის რეკომენდებული;
- საშვილოსნოს ბიმანუალური კომპრესია და მუცლის აორტის კომპრესია რეკომენდებულია მხოლოდ, როგორც სისხლდენის დროებითი შეჩერების მეთოდები, სანამ ხორციელდება PPH მართვის ადეკვატური ინტერვენციები;
- თუ კონსერვატიული ინტერვენციები არაეფექტურია და სისხლდენა გრძელდება, რეკომენდებულია, ქირურგიული ინტერვენციების განხორციელება გადავადების გარეშე;
- ლაპაროტომიის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება ქვედა სიგრძით განაკვეთს;
- ლაპაროტომიის წარმოების შემთხვევაში, ქირურგის სათანადო გამოცდილების დროს ეფექტურია (80-85%) სისხლდენის შეჩერების ნაკლებად რადიკალური მეთოდების გამოყენება (B-ლინჩის ან სხვა კომპრესიული ნაკერები, მაგისტრალური სისხლძარღვების ლიგირება);
- სისხლძარღვების ლიგირების შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება ადვილად შესასრულებელ და უფრო ეფექტურ ჩარევას - საშვილოსნოს მკვებავი არტერიების გადაკვანძვას (80-96%), ვიდრე თემოს შიდა არტერიის ლიგაციას;
- ჰისტერექტომიის საჭიროების შემთხვევაში არჩევის ოპერაციას წარმოადგენს სუბტოტალური ჰისტერექტომია (საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაცია);
- ტოტალური ჰისტერექტომია (საშვილოსნოს ამოკვეთა საშვილოსნოს ყელთან ერთად) გამართლებულია იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლდენის ადგილს საშვილოსნოს ყელი წარმოადგენს (ტრავმული დაზიანება, პლაცენტის წინმდებარეობა ან მიხორცება);
- არ შეიძლება ჰისტერექტომიის უკიდურეს მდგომარეობამდე გადავადება ან იმ დრომდე, სანამ უფრო ნაკლებად რადიკალური მეთოდები (კომპრესიული ნაკერები, მაგისტრალური სისხლძარღვების ლიგირება) იქნება ნაცადი;
- საშვილოსნოს ჰიპო-ატონიური სისხლდენისას განვითარებული დისემინირებული სისხლძარღვთაშიდა შედეგების სინდრომის დროს, ჰისტერექტომიის გადავადება არ შეიძლება; ამ შემთხვევაში აუცილებელია ჰისტერექტომია განხორციელდეს ადეკვატური ინტრავენური მასიური ტრანსფუზიის/კორექციის უზრუნველყოფის ფონზე.

ცხრილი 1. მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის რისკ ფაქტორები შეფასება

დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი
ერთნაყოფიანი ორსულობა	ანამნეზში საკეისრო კვეთა ან ქირურგიული ჩარევა საშვილოსნოზე	პლაცენტა პრევია, ინკრეტა, აკრეტა, პერკრეტა
4-ზე ნაკლები მშობიარობა ანამნეზში	4-ზე მეტი მშობიარობა ანამნეზში	HCT<30
საშვილოსნოზე ნაწიბურის არარსებობა	მრავალნაყოფიანი ორსულობა	სისხლდენა შემოსვლისას
ანამნეზში მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის არარსებობა	დიდი ზომის მიომის კვანძი	დადგენილი კოაგულაციური დარღვევები
	ქორიოამნიონიტი	ანამნეზში მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის არსებობა

❖ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის გართულებები

- დედის გარდაცვალება;
- ჰიპოვოლემიური შოკი და ორგანოთა უკმარისობა (თირკმლის უკმარისობა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ჰიპოპიტუიტარიზმი);
- სითხეებით გადატვირთვა (ფილტვების შეშუპება, დილუციური კოაგულოპათია);
- ანემია;
- მწვავე რესპირატორული დისტრეს სინდრომი;
- ტრანსფუზიასთან დაკავშირებული გართულებები;
- ვენური თრომბოზი და თრომბოემბოლია;
- ანესთეზიასთან დაკავშირებული გართულებები;
- ქირურგიული გართულებები;
- სეფსისი, ჭრილობის ინფექცია;
- აშერმანის სინდრომი.

- საშოსმხრივი მშობიარობის შემთხვევაში, ოქსიტოცინი (10 iu ი/მ ინექცია) არის არჩევის პრეპარატი მშობიარობის მესამე პერიოდში. ოქსიტოცინის უფრო მაღალი დოზა სავარაუდოდ არაა ეფექტური

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პროფილაქტიკა

- საშუალო და მაღალი სისხლდენის რისკ-ფაქტორების მქონე პაციენტთა გამოვლენა, კონსულტირება და მშობიარობის ადგილის დაგეგმვა პერინატალური მოვლის II და III დონის კლინიკებში.
- ყველა ორსულს წინასწარ უნდა ჰქონდეს დადგენილი პლაცენტის ლოკალიზაცია ულტრაბგერით. პლაცენტა პრევიას ან საექვო პლაცენტის ჩაზრდა მნიშვნელოვნად ზრდის კატასტროფულ სისხლდენას და სიკვდილობას.
- მიზანშეწონილია ანემიის დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ორსულობის პერიოდში, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს მშობიარობის შემდგომ სისხლდენასთან დაკავშირებულ ანემიას.
- WHO რეკომენდაციების მიხედვით (2018) ეფექტური პროფილაქტიკისთვის შესაძლებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი უტეროტონიკებიდან მხოლოდ ერთის გამოყენება
 - ✓ ოქსიტოცინი
 - ✓ კარბეტოცინი
 - ✓ ერგომეტრინი/მეთილერგომეტრინი
 - ✓ მიზოპროსტოლი

მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვა:

- მშობიარობიდან პირველი 1 წუთის განმავლობაში 10 ერთ. ოქსიტოცინის კუნთებში ინექცია;
- ჭიპლარის გადაკვეთა მშობიარობიდან სრულ 1 წუთში;
- ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია საშვილოსნოს შეკუმშვის შემდეგ (ე.წ. ბრანდტ-ანდრეესის მანევრი);
- საშვილოსნოს გარეგანი მასაჟი;
- საკეისრო კვეთის შემთხვევაში (5ერთ ი/ვ ინექცია) ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და ამცირებს სისხლის დანაკარგს;
- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის რისკ-ფაქტორების მქონე პაციენტთა გამოვლენა, კონსულტირება და მშობიარობის ადგილის დაგეგმვა პერინატალური მოვლის II და III დონის კლინიკებში.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის დროული გამოვლენა

- საშვილოსნოს ტონუსის და ზომის შეფასება მშობიარობიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში საშვილოსნოს გარეგანი მასაჟით:
 - ყოველ 15 წუთში ერთხელ მშობიარობიდან 2 საათის განმავლობაში;
 - მე-2, მე-3 და მე-4 საათის ბოლოს.

- ყოველ 4 საათში ერთხელ პირველი 24 საათის განმავლობაში;
- სისხლის დანაკარგის რაოდენობრივი შეფასება.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის დროული დიაგნოსტიკა და სისხლის დანაკარგის ზუსტი შეფასება/კლასიფიცირება

მშობიარობის შემდგომი სისხლის დანაკარგის ვიზუალური შეფასება არაზუსტია, სისხლის დენის შეფასებასთან ერთად მნიშვნელოვანია:

- კლინიკური ნიშნების და სიმპტომების გათვალისწინება.
- სისხლის დანაკარგის შეფასება კლინიკური ნიშნების მიხედვით (იხ. ცხრილი №2) და/ან სასიცოცხლო ნიშნების ცვლილება>15%-ით.

ცხრილი 2: სისხლის დანაკარგის შეფასება და კლასიფიცირება

შოკის ხარისხები	I კლასი კომპენსირებული	II კლასი მსუბუქი	III კლასი საშუალო	IV კლასი მძიმე
სისხლის დანაკარგი პროცენტულად (%)	10-15%	15-30%	30-40%	>40%
პულსი (დარტყმა/წთ)	<120'	>120'	>120'	სუსტი, მწელად ისინჯება
სისტოლური არტერიული წნევა (მმ.ვწყ.სვ)	100/60მმ.ვრცხ.სვ.	<100/60 მაგრამ >80/40მმ.ვრცხ.სვ.	<60/0მმ.ვრცხ.სვ.	არ ისინჯება
საშუალო არტერიული წნევა (მმ.ვწყ.სვ)	80-90	80-90	50-70	50
ქსოვილების პერფუზია	ნათელი გონება, შესაძლო პოსტურალური ჰიპოტენზია	სისუსტე, წყურვილის გრძნობა პერიფერიული ვაზოკონსტრიქცია	სიფერმკრთალე, მოუსვენრობა, ოლიგურია, ჰაერის უკმარისობა, კომა	კოლაფსი, ანურია, ჰაერის უკმარისობა, კომა, მომაკვდავი

❖ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის მართვა

თუ სისხლისდენამ მიაღწია 500 დან -1,000მლ-მდე, შოკის კლინიკური ნიშნების გარეშე

პროტოკოლის საწყისი ნაბიჯები:

1. მუცლის აორტის კომპრესია.
2. მეანის ან ბეზიაქალის მიერ განგაშის ზარის გააქტიურება.
3. სისხლდენის ყუთის გახსნა და შიგთავსის მაგიდაზე განლაგება.
4. დამხმარე პერსონალის მობილიზება (პერსონალის შემადგენლობა და მათი მოვალეობები უნდა განისაზღვროს ლოკალური შესაძლებლობების მიხედვით) გუნდური მუშაობის პრინციპების უზრუნველყოფით.
5. იდაყვის ვენაში მსხვილი დიამეტრის (G14-18) კათეტერის ჩადგმა.
6. 40 ერთ. ოქსიტოცინი 500 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში 125მლ/სთ ინტრავენურად (41 წვეთი//წთ) ეფექტის (შეფასების დრო 3-5წთ).
7. 20 მლ სისხლის აღება ანალიზებისათვის:
 - a. სისხლის საერთო ანალიზი;
 - b. სისხლის ჯგუფი, რეზუს კუთვნილება;
 - c. სისხლის შედედების დრო (ლი-უაიტის სინჯი).
 - d. კოაგულოგრამა – PT, APTT, თრომბოციტები და ფიბრინოგენი
8. მეორე ვენაში მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შევსების დაწყება 1,000მლ კრისტალოიდებით ნაკადურად; გაითვალისწინეთ, რომ G14 კათეტერით 1,000 მლ იცლება - 9 წუთში, G16- 18 წუთში, G18 – 30 წუთში.
9. საშვილოსნოს პერიოდული მასაჟი კუმშვადობის შესამოწმებლად.

თუ სისხლისდენა აღემატება 1,000 მლ და გრძელდება ან სახეზეა შოკის კლინიკური ნიშნები

სრული პროტოკოლის ამუშავება:

1. ბიმანუალრი კომპრესია - მაქსიმალური დრო 10 წუთი.
2. პაციენტისათვის ჟანგბადის მიწოდება ნილბით (10-15 ლ/წთ).
3. ქვედა კიდურების მალა აწევა.
4. პაციენტის გათბობის უზრუნველყოფა არსებული რესურსის გამოყენებით.
5. მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შევსების გაგრძელება გამთბარი კრისტალოიდებით 1:3 შეფარდებით (სისხლის დანაკარგი 1,500მლ-მდე, შემდეგ კოლოიდების გამოყენება).
6. შარდის ბუმტის კათეტერიზაცია.
7. პირველი საათის განმავლობაში 1.0 ტრანექსამის მჟავის შეყვანა ი/ვ 10 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში 10 წუთის განმავლობაში.

8. ლაბორატორიული მონაცემების მიღებამდე, იმ შემთხვევაში თუ 2-3 ლ კრისტალოიდების გადასხმის შემდეგ ჰემოდინამიკური მაჩვენებელი არ გამოსწორდა და სისხლდენა გრძელდება, რეკომენდებულია 2 პაკეტი ერთორციტული მასის გადასხმა 1 პაკეტ ახლად გაყინულ პლაზმასთან ერთად ჰემოგლობინის მაჩვენებლის მიღების გარეშე.
9. შემდგომში 2 პაკეტ ერთორციტარულ მასასთან ერთად 1 პაკეტი ახლადგაყინული პლაზმის გადასხმა გრძელდება, ვიდრე პაციენტის ჰემოდინამიკური და ლაბორატორიული ტესტების მაჩვენებლები არ ნორმალიზდება:
 - a. ჰემოგლობინი > 7.5 გ/დლ
 - b. თრომბოციტები > 50,000/მკ.ლ
 - c. ფიბრინოგენი > 100მგ/დლ
10. სასიცოცხლო მაჩვენებლების მონიტორირება:
 - არტერიული წნევა;
 - გულისცემის სიხშირე;
 - სატურაცია;
 - კანის ფერი;
 - ტემპერატურის გაზომვა ყოველ 15 წუთში
 - დიურეზი;
 - სასიცოცხლო მაჩვენებლების მონიტორინგი ყოველ 5წთ-ში ჩატარებულ ღონისძიებთან ერთად და დოკუმენტირება;
11. პროთრომბინი (PT) და აქტივირებული პარციალური თრომბოპლასტინის დრო (APTT) საკონტროლო მაჩვენებელთან შედარებით 1,5-ჯერ ნაკლები.
12. სისხლის პროდუქტების ჩანაცვლებითი თერაპიის ეფექტურობის შეფასების მიზნით რეკომენდებულია 30-60წთ-ში ერთხელ ლაბორატორიული კვლევების განმეორებით ჩატარება.

***მანიპულაციას ასრულებს ტრანსფუზიოლოგი ან შესაბამისი სერტიფიკატის მქონე ექიმი.*

სისხლდენის დროებით შეჩერების მეთოდები:

შენიშვნა: გამოიყენება სისხლის დანაკარგის მინიმალიზაციის მიზნით, ლაპაროტომიის დაწყებამდე.

- საშვილოსნოს ბიმანუალური კომპრესია;
- მუცლის აორტის კომპრესია.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის 4 T მიზეზი

- ტონუსი (Tone)- საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითება (70-80%);
- ქსოვილი(Tissue) - მომყოლის გამოძევების და მოცილების პათოლოგია;
- ტრავმა(Trauma) -რბილი საშობიარო გზების დაზიანება;
- თრომბინი(Trombin) -კოაგულოპათია.

**შენიშვნა: პირველსაწყისი სარეანიმაციო ღონისძიებების პარალელურად აუცილებელია სისხლდენის მიზეზის დადგენა და შესაბამისი ღონისძიებების გატარებით გამოვლენილი მიზეზის აღმოფხვრა!*

საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითებით გამოწვეული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის მართვის ნაბიჯები:

დეფინიცია: მშობიარობის შემდეგ პერიოდში საშვილოსნოს ტონუსისა და შეკუმშვის უნარის დაქვეითება ან სრულიად გაქრობა.

საშვილოსნოს ტონუსის დაქვეითებით გამოწვეული სისხლდენის დიაგნოზი ისმება იმ შემთხვევაში, თუ გარეგანი მასაჟისა და უტეროტონიკების გამოყენების შემდეგ საშვილოსნო პერიოდულად დუნდება ან საერთოდ არ იკუმშება.

მექანიკური მეთოდები -

- საშვილოსნოს მასაჟი ან ბიმანუალური კომპრესია (აუცილებელია შარდის ბუშტის დაცლა);
- გამოცდილების და შესაძლებლობების არსებობისას - საშვილოსნოს ტამპონადის ტესტი - Senstaken/Blakemore, Rusch, ან Bacri-ს ბალონების გამოყენება.

ეფექტის მიღწევის შემთხვევაში (5-7წთ) ოქსიტოცინის ინფუზია გრძელდება (იგივე ხსნარით) შემანარჩუნებელი დოზით 40 წვ/წთ-ში.

ფარმაკოლოგიური მეთოდები

- **პირველი რიგის მკურნალობა** - ოქსიტოცინის გამოყენება:

საწყისი დოზა:

- 20 ერთ. ოქსიტოცინი 500 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში 60 წვეთი/წთ-ში ინტრავენურად (მაქსიმალური ოქსიტოცინის გადასხმის დოზა 60 ერთ);

ან

- 40 ერთ. ოქსიტოცინი 500 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში 125მლ/სთ ინტრავენურად (41 წვეთი//წთ) ეფექტის შეფასების დრო 3-5წთ;

ან

- 10 ერთ. ოქსიტოცინი ინტრამუსკულარულად მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შეუძლებელია ინტრავენურად გადასხმა; ეფექტის შეფასების დრო 3-5წთ.

ეფექტის მიღწევის შემთხვევაში ოქსიტოცინის ინფუზია გრძელდება (იგივე ხსნარით) შემანარჩუნებელი დოზით 40 წვ/წთ-ში.

- **მეორე რიგის მკურნალობა** - მეთილერგონოვინის გამოყენება:

თუ ოქსიტოცინის გამოყენება არაეფექტურია, რეკომენდებულია მკურნალობის გაგრძელება - მეთილერგონოვინი 0,2 კუნთებში (არ გამოიყენება ინტრავენურად), ეფექტის შეფასების ხანგრძლივობა 2-5 წთ.

- **მესამე რიგის მკურნალობა - მიზოპროსტოლის გამოყენება:**

თუ მეთილერგონოვინის პირველ დოზაზე შესაბამისი პასუხი არ იქნა მიღებული (2-5წთ-ში) რეკომენდებულია მკურნალობის გაგრძელება მიზოპროსტოლით 800-1000მკგ სუბლინგუალურად ან რექტალურად.

მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან პარალელურად მიზანშეწონილია ტრანექსამის მჟავის შეყვანა სისხლის დანაკარგის არსებობის დროს (500 მლ მშობიარობის შემდეგ, 1000 მლ საკეისრო კვეთის შემდეგ) პირველი 1 საათის განმავლობაში - 1.0 გრ ინტრავენურად (100მგ/მლ ხსნარის 10 მლ) - 10 წუთის განმავლობაში. შესაძლებელია განმეორება 30 წუთში.

შენიშვნა: რეკომენდებული უტეროტონული საშუალებების შესახებ ინფორმაცია იხილეთ ცხრილში №3.

ცხრილი 3: PPH მართვის მიზნით რეკომენდებული უტეროტონული მედიკამენტები

მედიკამენტი	დოზირება	შეყვანის გზა	შეყვანის წესი	გვერდითი მოვლენები	უკუჩვენება	შენახვის წესი
ოქსიტოცინი (პიტოცინი) 10 ერთ/მლ	გახსენით -20ერთეული 500 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში ან. 40 ერთ. ოქსიტოცინი 500 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში	ინტრავენურად (თუ შეუძლებელია ინტრავენურად, 10 ერთეული ოქსიტოცინი კუნთებში)	60 წვეთი/წთ-ში 125მლ/სთ (41 წვეთი/წთ)	გულისრევა, ღებინება, წყლის ინტოქსიკაცია ხანგრძლივი ინტრავენური გამოყენებისას	ჰიპერმგრძობელობა წამლის მიმართ	შეინახეთ ოთახის ტემპერატურაზე
მეთილერგონოვინი (მეთერგინი) 0.მგ/მლ	0.2 მგ	კუნთებში	ყოველ 2 – 4 სთ	გულისრევა, ღებინება, ჰიპერტენზია, განსაკუთრებით ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზიის ან	ჰიპერტენზია, პრეეკლამსია, ჰიპერმგრძობელობა წამლის მიმართ	შეინახეთ მაცივარში, დაიცავით სინათლის ზემოქმედებისაგან

					ქრონიკული ჰიპერტენზიის შემთხვევებში		
მიზოპროსტოლი 100 და 200 მკგ-იანი ტაბლეტები	800-1000 ან	მკგ	რექტალურად სუბლინგუალურად	ერთჯერადი დოზა	გულისრევა, ღებინება, კანკალი, ტემპერატურა, დიარეა	ჰიპერმგრძნობელობა წამლის მიმართ	შეინახეთ ოთახის ტემპერატურაზე
კარბეტოცინი ხანგრძლივად მოქმედი ოქსიტოცინის აგონისტი, მისი სინთეზური ანალოგი	100მკგ		ი/ვ და კუნთებში				
კარბოპროსტი (ჰემაბატი) 15-მეთილPG F2a 0.25მგ/მლ	0.25 მგ		კუნთებში, მიომეტრიუმში	ყოველ 15- 90 წუთში, არაუმეტეს 8 დოზისა	გულისრევა, ღებინება, დიარეა, ტემპერატურა/კანკალი, სტენოკარდია, ჰიპერტენზია, ბრონქოკონსტრიქცია	ჰიპერმგრძნობელობა წამლის მიმართ, ფრთხილად გამოიყენეთ პრეპარატი ჰიპერტენზიის ან ასთმის შემთხვევაში	შეინახეთ მაცივარში

❖ ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები (იხ.დანართი №1)

ოპერაციულ ჩარევამდე პაციენტის მდგომარეობის განმეორებით შეფასება;

თუ სისხლდენა ისევ გრძელდება, რეკომენდებულია ლაპაროტომიის წარმოება, პრინციპით: „სჯობს ადრე, ვიდრე გვიან.“ (იგულისხმება ორგანო

შემანარჩუნებელი ქირურგიული მეთოდების გამოყენება, ჰისტერექტომის გადაწყვეტილების მიღებამდე)

ლაპაროტომიის წარმოების შემდეგ რეკომენდებული ქმედების ნაბიჯები:

- ლაპაროტომიის შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება სიგრძით განაკვეთს;
- საშვილოსნოს კუნთში კარბოპროსტის შეყვანა (ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში);
- ქირურგის სათანადო გამოცდილების დროს ეფექტურია (80-85%) სისხლდენის შეჩერების ნაკლებად რადიკალური მეთოდების გამოყენება (B-ლინჩის, ჰაიმანის ან მაცუბარა-იანოს ნაკერები, მაგისტრალური სისხლძარღვების ლიგირება); იხ დანართი;
- სისხლძარღვების ლიგირების შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება ადვილად შესასრულებელ და უფრო ეფექტურ ჩარევას - საშვილოსნოს მკვებავი არტერიების გადაკვანძვას (80-96%), ვიდრე თემოსშიდა არტერიის ლიგაციას;
- ჰისტერექტომიის საჭიროების შემთხვევაში, არჩევის ოპერაციას წარმოადგენს სუბტოტალური ჰისტერექტომია (საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაცია);
- საშვილოსნოს ექსტირპაცია (საშვილოსნოს ამოკვეთა საშვილოსნოს ყელთან ერთად) გამართლებულია იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლდენის ადგილს საშვილოსნოს ყელი წარმოადგენს (ტრავმული დაზიანება, პლაცენტის წინ მდებარეობა ან მიხორცება);
- საშვილოსნოს ჰიპო-ატონიური სისხლდენისას განვითარებული დისსემინირებული სისხლძარღვთაშიდა შედეგების დროს, ჰისტერექტომიის გადავადება არ შეიძლება; ამ შემთხვევაში აუცილებელია ჰისტერექტომია განხორციელდეს ადექვატური ინტრავენური მასიური ტრანსფუზიის/კორექციის უზრუნველყოფის ფონზე (იხ. მასიური სისხლდენის მართვის პროტოკოლი).
- მასიური სისხლის დანაკარგის შემთხვევაში (სისხლის დანაკარგი >1500მლ) განიხილეთ მონიტორინგის და მკურნალობის გაგრძელება ინტენსიურ/კრიტიკული მოვლის განყოფილებაში.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვა ხელს შეუწყობს ლოგინობის ხანაში განვითარებული სისხლდენით გამოწვეულ დედათა სიკვდილობის შემცირებას.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?

- დაწესებულების რამდენმა ექიმმა(%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- რამდენ მელოგინეს (%) PPH შემთხვევათა ჩაუტარდა სისხლის და სისხლის კომპონენტების ტრანსფუზია ჩვენების მიხედვით?
- რამდენ მელოგინეს (%) PPH შემთხვევათა განუვითარდა მასიური სისხლდენა?
- რამდენ მელოგინეს (%) PPH შემთხვევათა ჩაუტარდა ჰისტერექტომია PPH მკურნალობის მიზნით?
- როგორ მუშაობს განგაშის შეტყობინება და პროტოკოლი განგაშის დროს?

11.პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლი უნდა გადაიხედოს 3 წლის შემდეგ.

12.პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ძირითადი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ ცხრილში №4.

ასევე, შესაძლებელია გარკვეული ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი შემუშავებულ იქნას ინდივიდუალურად დაწესებულების მიერ.

ცხრილი №4 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
მეან-გინეკოლოგი, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი ოჯახის ექიმი გადაუდებელი დახმარების ექიმი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური და ქირურგიული მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ბებია ქალი	რისკის პროფილის შეფასება, პროტოკოლის ინიცირება, რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	ლაბორანტისა და სხვა მედ. პერსონალის გამოძახება. შემთხვევის მართვის საფეხურების დაწვრილებით დოკუმენტირება	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
რისკის შეფასების სქემა	1. რისკის პროფილის შეფასება	2. სავალდებულო
3. ლაბორატორია: სისხლის ანალიზის, რეზუს ფაქტორის, სისხლის ჯგუფის, კოაგულოგრამის, ლი-უაიტით სისხლის შედედების დროის განსაზღვრა	4. რისკის პროფილის შეფასება	5. სავალდებულო

<p>სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა:</p> <p>ულტრაბგერა საანესთეზიო მოწყობილობა სრულად აღჭურვილი საოპერაციო</p>	<p>დიაგნოზის დადასტურება რისკის შეფასება მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება ოპერაციული ჩარევა</p>	<p>სავალდებულო</p>
<p>პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები</p>	<p>პაციენტის ინფორმირება</p>	<p>სავალდებულო</p>

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში დასაწერად მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge).
2. პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის (როგორც პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ასევე, სტაციონარებში მომუშავეთათვის) ტრენინგების ორგანიზება.
3. პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

14. პროტოკოლის ავტორები

ნიკოლოზ კინტრია - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველო მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი; საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი.

პლატონ მაჭავარიანი - მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კლინიკის პროფესორი; საქართველოს საპატრიარქოს წმ. იოაკიმესა და ანა სსახ. სამედიცინო ცენტრის მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი;

ნინო ბერძული - მეან-გინეკოლოგი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტი, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამების მენეჯერი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია;

თენგიზ ასათიანი - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი; დიდი ბრიტანეთის სამეფო კოლეჯის წევრი, FRCOG;

თამარ ანთელავა - მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ-პროფესორი, ევექსის სამედიცინო ქსელის სამედიცინო მიმართულების ხელმძღვანელი, მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

მამუკა ნემსაძე - მე-5 კლინიკური საავადმყოფოს სამედიცინო გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი; კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი;

თინათინ გაგუა - მედიცინის დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული- პროფესორი;

ფატმან ცაავა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ-პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ვერიკო ზაზიარი - მეან-გინეკოლოგი, მედიცინის დოქტორი;

მაკა ჩიქოვანი - აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი.

აკაკი ზაქრაძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა იოაკიმესა და ანას სახელობის სამშობიარო სახლის დირექტორი სამკურნალო დარგში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის გამგეობის წევრი;

ნოდარ ზალდასტანიშვილი - მედიცინის დოქტორი, კლინიკა ჰერა 2011 სამედიცინო ხელმძღვანელი

ზაზა სინაურიძე - მედიცინის დოქტორი, საქართველოს პერინატოლოგთა ასოციაციის გამგეობის თავჯდომარე;

15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No.52. 2009.
2. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. British Journal of Obstetrics and Gynaecology: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2008; 115:1265-72.

3. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. ArtNo.: CD004074. DOI: 4.1002/14651858.CD004074.pub2
4. Silverman F, Bornstein E. Management of the third stage of labor. UpToDate. 2012 [cited 2012 May 15]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
5. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*. 2010; 115(3):637-44.
6. Bingham, D., Melsop, K., Main, E. (2010). CMQCC Obstetric Hemorrhage Hospital Level Implementation Guide. The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC). Stanford University, Palo Alto, CA.

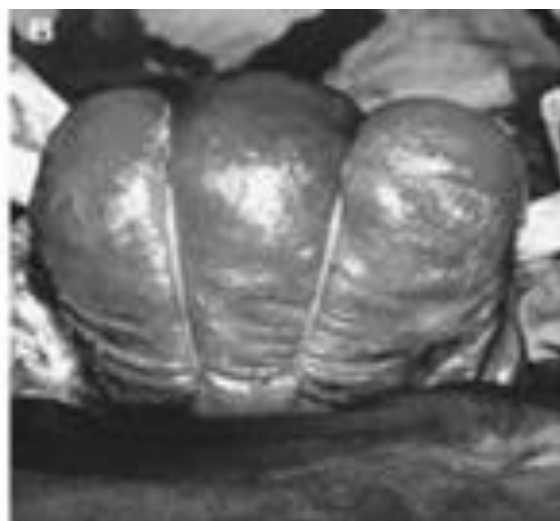
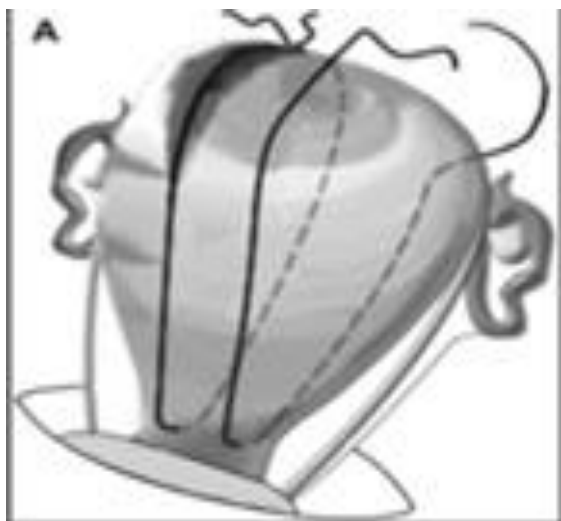
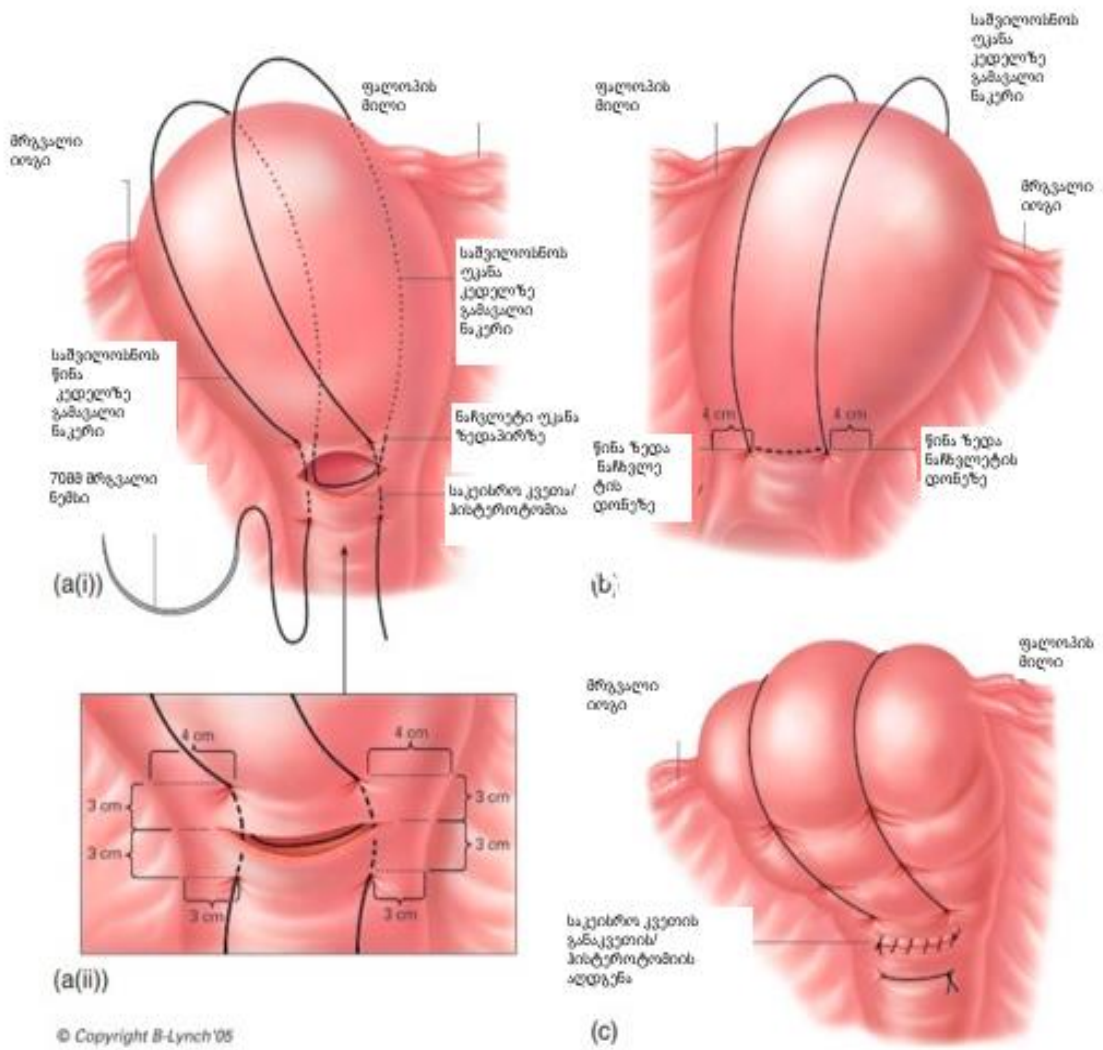
დანართი 1: ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები

B-Lynch-ის კომპრესიული ნაკერის დადების ტექნიკა: (საკეისრო კვეთის შემდეგ)

- ნაკერის დადებამდე შეამოწმეთ ნაკერის პოტენციური ეფექტურობა;
- აწარმოეთ საშვილოსნოს ექსტერიორიზაცია (ამოტანა ჭრილობაში);
- აწარმოეთ საშვილოსნოს კომპრესია (ქირურგის ერთი ხელი მოთავსებულია საშვილოსნოს უკანა კედელზე და მეორე ხელის თითები ყელის დონეზე წინა კედელზე შარდის ბუშტის ზემოთ);
- ასისტენტი დგას პაციენტის ფეხებთან და პერიოდულად ამოწმებს საშოდან სისხლდენის არსებობას საშოს დოლბანდით გამოსუფთავებით;
- თუ სისხლდენა შეჩერდა კომპრესიის შემდეგ, დიდი ალბათობით B-Lynch ნაკერი ეფექტური იქნება.

ტექნიკა:

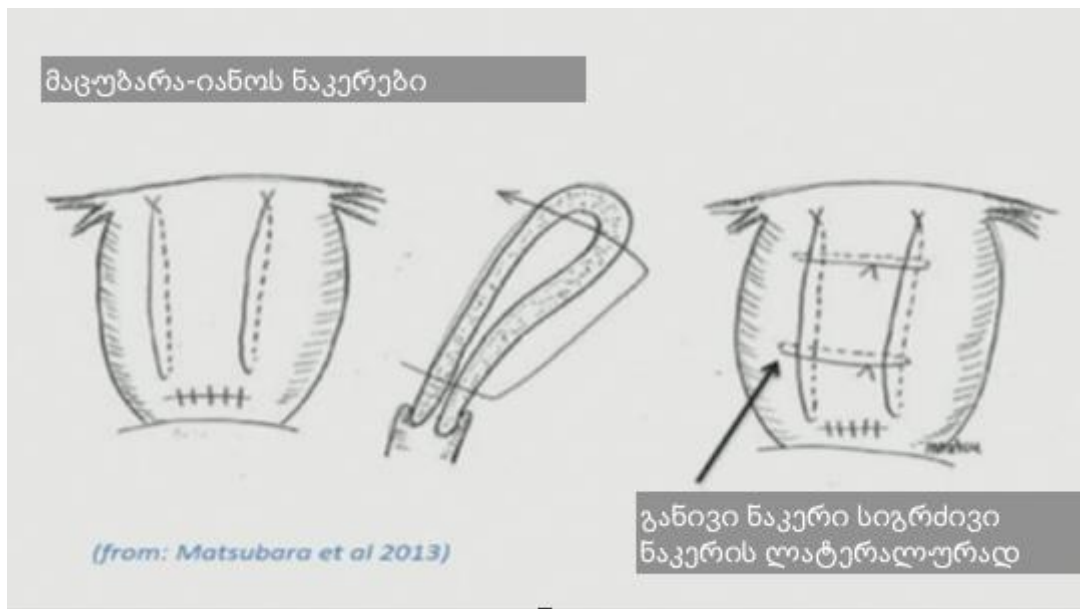
- დიდი ზომის მეიოს ნემსით №1 ან №2 ქრომირებული კეტგუტის ძაფით აწარმოეთ ჩაჩხვლეტა ჭრილობის მარჯვენა მხარეს, ქვედა კიდიდან 3 სმ-ით ქვევით და საშვილოსნოს გვერდითი კიდიდან 3 სმ-ზე;
- ამოჩხვლეტა აწარმოეთ ჭრილობის ზედა კიდიდან 3 სმ-ით ზევით და საშვილოსნოს გვერდითი კიდიდან 4 სმ-ზე;
- გადაატარეთ კეტგუტის ძაფი საშვილოსნოს ფუძეზე მარჯვენა კვერცხსავალი მილის კუთხიდან 3-4 სმ-ზე;
- საშვილოსნოს უკანა კედელზე აწარმოეთ ჩაჩხვლეტა-ამოჩხვლეტა წინა კედელზე ნაწარმოები ჩხვლეტის პარალელურად;
- აწარმოეთ საშვილოსნოს მანუალური კომპრესია;
- გადაატარეთ კეტგუტის ძაფი საშვილოსნოს ფუძის ზემოთ მარცხნივ;
- აწარმოეთ ჩაჩხვლეტა-ამოჩხვლეტა საშვილოსნოს ჭრილობის მარცხენა მხარეს მარჯვენა მხარეს ნაწარმოები პროცედურის ანალოგიურად და სიმეტრიულად;
- ასისტენტის მიერ წარმოებული საშვილოსნოს მანუალური კომპრესიის დროს მოახდინეთ კეტგუტის გაკვანძვა ჭრილობის ქვედა კიდის გასწვრივ.



ჰაიმანის ნაკერები - არ საჭიროებს ჰისტეროტომიას

- აწარმოეთ საშვილოსნოს ექსტერიორიზაცია (ამოტანა ჭრილობაში);
- ნაკერის დადებამდე შეამოწმეთ ნაკერის პოტენციური ეფექტურობა(ზემოთ აღწერილი წესით);
- დიდი ზომის მეიოს ნემსით №1 ან №2 გამწოვი ძაფით აწარმოეთ ჩაჩხვლეტა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში მთელ სიღრმეზე მარჯვენა მხარეს;
- გადაატარეთ გამწოვი ძაფი საშვილოსნოს ფუძეზე;
- აწარმოეთ საშვილოსნოს მანუალური კომპრესია;
- აწარმოეთ იგივე მარცხენა მხარეს;
- ასისტენტის მიერ წარმოებული საშვილოსნოს მანუალური კომპრესიის დროს მოახდინეთ გაკვანძვა საშვილოსნოს ფუძეზე.

მაცუბარა იანოს ნაკერი



- აწარმოეთ საშვილოსნოს ექსტერიორიზაცია (ამოტანა ჭრილობაში).
- ნაკერის დადებამდე შეამოწმეთ ნაკერის პოტენციური ეფექტურობა(ზემოთ აღწერილი წესით).
- დიდი ზომის მეიოს ნემსით №1 ან №2 გამწოვი ძაფით აწარმოეთ ჩაჩხვლეტა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში მთელ სიღრმეზე წინა კედლიდან უკან კედლისკენ.
- შემდეგ იგივე ნემსით აწარმოეთ ჩაჩხვლეტა საშვილოსნოს ფუძესთან უკან კედლიდან წინა კედლისკენ.
- ასისტენტის მიერ წარმოებული საშვილოსნოს მანუალური კომპრესიის დროს მოახდინეთ გაკვანძვა.
- ორი განივი ნაკერი ედება იგივე პრინციპით სიგრძითი ნაკერის ლატერალურად.

საშვილოსნოს მკვებავი სისხლძარღვების გადაკვანძვის ტექნიკა:

- გადაადგილეთ საშვილოსნო ზევით და ლიგაციის წარმოების მხარის საპირისპიროდ.
- გამწოვი მასალის გამოყენებით დიდი ნემსით დაადეთ ნაკერი საშვილოსნოს არტერიის აღმავალი ტოტის და ვენის გარშემო მიომეტრიუმს 2-4სმ-ის სიღრმეზე, განიერი იოგის არა-ვასკულარიზებულ არეში, საშვილოსნოს ჯერ ერთ და შემდეგ მეორე მხარეს.
- საკეისრო კვეთის წარმოების შემთხვევაში ნაკერი დაადეთ საშვილოსნოს მაგისტრალური სისხლძარღვების საპროექციო არეში განაკვეთის ქვემოთ, შარდის ბუმბ-საშვილოსნოს ნაოჭის უკან.
- დამატებით შესაძლებელია ბილატერალურად საშვილოსნო-საკვერცხის არტერიის ლიგირებაც.
- ნაკერი დაადეთ გამწოვი მასალის გამოყენებით საკვერცხის არტერიის და საშვილოსნოს არტერიის საკვერცხის ტოტის ანასტომოზის ახლოს, საშვილოსნო-საკვერცხის იოგის არეში.

დანართი 2: ჰიპო-ატონური სისხლდენის მართვის ალგორითმი

სარეანიმაციო ღონისძიებები, მონიტორინგი და მკურნალობა ხდება პარალელურ რეჟიმში

