

Azərbaycan  
Respublikası  
Səhiyyə  
Nazirliyi

# HAMİLƏLİK ZAMANI QANAXMALAR KLİNİK PROTOKOL

(2-ci nəşr, yenilənmiş)



Bakı  
2022

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin  
Elmi-Tibbi Şurasının 23 may 2022-ci il tarixli  
09 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**HAMİLƏLİK ZAMANI  
QANAXMALAR ÜZRƏ  
KLİNİK PROTOKOL**

**(2-ci nəşr, yenilənmiş)**

**BAKI – 2022**

618.3

H 26

H 26 Hamiləlik zamanı qanaxmalar üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). B.: 2022. – 40 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli 03 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Hamiləlik zamanı qanaxmalar üzrə klinik protokol”un yenilənmiş variantıdır.

***Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:***

- Cəmilə Qurbanova Elmi-Tədqiqat Mama-Ginekologiya  
Institutunun direktoru, “Ginekologiya və  
Perinatologiyanın İnkişafına Dəstək”  
assosasiyanın prezidenti, Oksford Akademik  
Birliyinin fəxri professoru, Beynəlxalq Elmlər  
Akademiyasının Azərbaycan bölməsinin  
akademiki, tibb elmləri doktoru
- Sevinc Məmmədova Səhiyyə Nazirliyinin mütəxəssis-eksperti, tibb  
üzrə fəlsəfə doktoru
- Afət Məmmədova İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin  
Monitorinq və Təhlil şöbəsinin həkim-  
metodisti

***Rəyçi:***

- Leyla Rzaquliyeva Əziz Əliyev adına Azərbaycan Dövlət  
Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Mamalıq  
və ginekologiya kafedrasının müdiri, tibb  
elmləri doktoru, professor

## İxtisarların siyahısı

<b>A/T</b>	arterial təzyiq
<b>ALT</b>	alanin-aminotransferaza
<b>AST</b>	aspartat-aminotransferaza
<b>CRL</b>	dölün təpə-büzdüm ölçüsü
<b>CVƏQ</b>	ciftin vaxtından əvvəl qopması
<b>D/D</b>	damar daxili
<b>DÜD</b>	dölün ürək döyünməsi
<b>ETN</b>	endotraxeal narkoz
<b>HCG</b>	insan xorion qonadotropin hormonu
<b>HZQ</b>	hamiləlik zamanı qanaxmalar
<b>XBT-10</b>	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu buraxılış)
<b>KT</b>	kompüter tomoqrafiyası
<b>KTQ</b>	kardiotokoqrafiya
<b>MRT</b>	maqnit-rezonans tomoqrafiyası
<b>PG</b>	prostaqlandin
<b>PG-E2</b>	prostaqlandin-E <sub>2</sub>
<b>TDP</b>	Təzə dondurulmuş plazma
<b>USM</b>	ultrasəs müayinəsi
<b>ÜD</b>	ürək döyüntüsü
<b>V/D</b>	vena daxili

**Protokol** mama-ginekoloqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur. Pasiyent qrupu: qanaxması olan hamilə qadınlar.

***Klinik protokolun məqsədləri:***

- ▶ Hamiləlik dövrü qanaxmasının profilaktika, diaqnostika və müalicəsinə sübutlu təbabət prinsiplərinə əsaslanan standart yanaşmanın formalaşdırılması
- ▶ Ana və perinatal xəstəlmə və ölüm hallarının azaldılması
- ▶ Hamilə qadınlara göstərilən tibbi xidmətin keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması və xidmətlərdən istifadə imkanının artırılması

## **ÜMUMİ MÜDDƏALAR**

Qanaxmalar – müasir mamalıqın aktual problemlərindən biri olaraq gündəmdə qalmaqdadır.

Hamiləlik vaxtı olan qanaxmalar şərti olaraq erkən və gec hamiləlik dövründə baş verən patologiyalar zamanı meydana çıxır. Odur ki, hamiləlik vaxtı qanaxmaları belə təsnif edirlər:

- ▶ Erkən hamiləlik zamanı qanaxmalar (hamiləliyin ilk 22 həftəsində vaginal qanaxmalar)
- ▶ Gec hamiləlik zamanı qanaxmalar (hamiləliyin 22 həftəsindən sonra baş verən vaginal qanaxmalar):
  - ✓ cift gəlişləri
  - ✓ ciftin vaxtından əvvəl qopması
  - ✓ uşaqlığın cırılması

## **ERKƏN HAMILƏLİK ZAMANI QANAXMALAR**

Hamiləliyin I trimestrində rast gəlinən fəsadlar ilbəil artır. Əksər hamilələr qanaxma, ağrı və ya hər ikisindən şikayət edirlər. Hamiləlik diaqnozu qoyulmuş qadınların 20%-də uşaqlıq yolundan qanaxma baş verə bilər və bu halların 50%-də spontan abort baş verir.

## **XBT-10 üzrə təsnifat**

- O 00** Uşaqlıqdankənar (ektopik) hamiləlik
- O 01** Beçəxor
- O 02** Döllənmənin digər anormal nəticələri
- O 03** Spontan abort
- O 04** Tibbi abort
- O 05** Abortun digər növləri
- O 06** Dəqiqləşdirilməmiş abort
- O 07** Abort cəhdinin uğursuzluğu
- O 08** Abort, uşaqlıqdankənar və molyar hamiləliklə əlaqədar ağırlaşmalar

### **Səbəblər**

- ▶ Hamiləliklə əlaqədar:
  - ✓ Özbaşına abort (abort təhlükəsi, başlanmış abort, natamam, tam, inkişafdən qalmış və septik abort forması ola bilər)
  - ✓ Uşaqlıqdankənar hamiləlik
  - ✓ Beçəxor (molyar hamiləlik)
- ▶ Hamiləlik zamanı ginekoloji patologiyalar:
  - ✓ Hamiləlik zamanı sarı cisim sistinin partlaması
  - ✓ Yumurtalıq sistinin partlaması
  - ✓ Üzərində törəmə olan ayaqcığın burulması və degenerasiyası.

## **ÖZBAŞINA ABORTLAR ZAMANI QANAXMALAR**

Özbaşına abort – bioloji olaraq hamiləlik elementlərinin dölün yaşama qabiliyyəti olmadan düşməsi və ya xaric olması kimi anlaşılar.

Epidemioloji olaraq – 500 qr-dan az çəkili dölün düşməsi və ya xaric edilməsi kimi başa düşülür.

### **Səbəblər və risk faktorlar:**

- ▶ Səbəbi məlum olmayan hallar – əksər hadisələrdə abortun səbəbi məlum olmur.
- ▶ Xromosom anomaliyaları – 50% hadisələrdə abortlar bu səbəbdən baş verir
- ▶ Rüşeymsiz hamiləlik – ciftin inkişaf anomaliyası olaraq hamiləlik vaxtı rüşeymin inkişaf etməməsinə deyilir.
- ▶ Çoxdöllü hamiləlik (iki və ya daha artıq dölün inkişafı).
- ▶ Uşaqlığın inkişaf qüsuru və baş verən uşaqlıq boynu çatışmazlığı.

- ▶ Sarı cisim çatışmazlığı (Yumurtalığın polisistik sindromu).
- ▶ İnfeksiyalar – məxmərək, sitomeqaliya və hər hansı kəskin qızdırma yaradan xəstəliklər.
- ▶ Ananın yaşlı olması, əvvəlki bir neçə hamiləliklərin erkən dövrdə düşüklə nəticələnməsi ən çox rast gəlinən risk faktorlarıdır. Digər risk faktorlarına isə spirtli içkilər, siqaret və kokainin istifadəsi aiddir.

### **Abort təhlükəsi**

Əlamətləri aşağıdakılardır:

- ▶ Aybaşının kəsilməsi və zəif vaginal qanaxmalar\*
- ▶ Uşaqlığın ölçüsü hamiləlik müddətinə uyğun gəlir
- ▶ Uşaqlıq boynu bağlıdır

Əgər ultrasəs müayinəsi dölün ürək döyümlərini qeydə alıbsa, 90% hamiləliklər uğurla başa çata bilər.

Medikamentoz müalicə adətən tələb olunmur.

Qadına fiziki yüklənmə və cinsi əlaqədən çəkinmək tövsiyə olunur, lakin yataq rejiminə ehtiyac yoxdur.

Hormon (məsələn, estrogen və ya progestinlər) və ya tokolitiklər (məsələn, salbutamol və ya indometazin) kimi dərman preparatları təyin olunmur, çünki onlar abortun qarşısını almayacaqdır.

### **Natamam (yolda olan) abort**

Əlamətləri aşağıdakılardır:

- ▶ Aybaşının kəsilməsi, güclü vaginal qanaxma\*\* ilə müşayiət edilir.
- ▶ Ağrı qanaxma zamanı artır.
- ▶ Uşaqlıq kiçik, böyük və ya hamiləlik müddətinə uyğun ölçüdə ola bilər.
- ▶ Uşaqlıq boynu – açıqdır, döl yumurtası elementləri dəlikdən xaric olur.

### **Qeyd edilən növ abort zamanı:**

- ▶ Gözləmə
- ▶ Konservativ
- ▶ Cərrahi taktika seçilə bilər.

---

\* Zəif vaginal qanaxma - təmiz bezin islanması üçün beş dəqiqə və ya daha çox vaxt tələb olunur

\*\* Güclü vaginal qanaxma: təmiz bezin islanması üçün beş dəqiqədən daha az vaxt tələb olunur



Əgər qanaxma güclüdirsə və qeyd edilməyən digər hallar təsadüf edilərsə, aktiv müdaxilə zəruridir:

- ▶ Erqometrin 0,02% 1 ml ə/d təyin edilib, uşaqlıq boşluğu evakuasiya edilir (vacuum-aspirasiya və ya kuretaj üsulu ilə)

**Cədvəl 1. Hestasiya yaşına görə başlanmış və natamam abortun idarəedilmə variantları**

Cərrahi müalicə		Konservativ müalicə		Gözləmə taktikası
12-14 həftədən kiçik	12-14 həftədən böyük	12-14 həftədən kiçik	12-14 həftədən böyük	24 həftədən az olan hər hansı bir hestasiya yaş
<b>Başlanmış (inevitable) abort</b>				
Manual vakuüm aspirasiya	Dilyatasiya (D) və Evakuasiya (E)	Mizoprostol 800 mkq vaginal və ya dilaltı hər 3-12 saatdan bir; maksimum üç doza	Mizoprostol 400 mkq vaginal və ya dilaltı hər üç saatdan bir, maksimum beş doza VƏ YA Oksitosin 40 BV 1 L mayədə V/D, dəqiqədə 40 damcı	Qadın hemodinamik cəhətdən stabildirsə, əsaslandırılmışdır
<b>Natamam (yolda olan) abort</b>				
Manual vakuüm aspirasiya	D и E	Mizoprostol 400 mkq dilaltı və ya 600 mkq ağızdan, bir doza	Mizoprostol 200 mkq vaginal hər dörd saatdan bir rüşeym, xaric olunana qədər; maksimum 800 mkq VƏ YA Oksitosin 40 BV 1 L mayədə V/D, dəqiqədə 40 damcı	Qadın hemodinamik cəhətdən stabildirsə, əsaslandırılmışdır

**Tam abortun əlamətləri:**

- ▶ Aybaşının kəsilməsi və davam etməyən qanaxma.
- ▶ Uşaqlığın güman olunan ölçüdən kiçik olması.
- ▶ Uşaqlıq boynunun bağlı olması.

Belə hallarda uşaqlığın boşluğunun təmizlənməsinə ehtiyac yoxdur. Güclü qanaxma olduqda, döl yumurtasının qalıqlarının

olmadığına əmin olmaq üçün manual vakuüm-aspirasiyaya aparılır və abortdan sonrakı qanaxmanın idarə edilməsi üçün 800 mkq mizoprostol tətbiq edilir. Müalicədən sonra pasiyent nəzarətdə saxlanılmalıdır.

### **Rüşeymsiz hamiləlik**

- ▶ Uşaqlıq daxilində hamiləlik kisəsi olsa da rüşeym yoxdur.
- ▶ Diaqnoz dinamikada 7 gün fasilə ilə aparılan transvaginal ultrasəs zamanı qoyulur.
- ▶ Sona çatdırılması – inkişafdan qalmış hamiləlik zamanı tövsiyə olunan üsullardır.

### **İnkişafdan qalmış abort**

Rüşeym və ya döl öldükdən sonra döl yumurtası elementlərinin uşaqlıq boşluğunda qalması hadisəsidir.

#### **Əlamətlər:**

- ▶ Aybaşının kəsilməsi zamanı zəif qanaxma halları müşahidə edilir.
- ▶ Erkən hamiləlik əlamətləri (qusma, ürəkbulanma) dayanır.
- ▶ Uşaqlığın ölçüləri hamiləlik zamanına nisbətən kiçik olur.
- ▶ Uşaqlıq boynu bağlı olur.
- ▶ Dinamikada 7 gün fasilə ilə icra edilmiş ultrasəs müayinəsi (transvaginal yoldan) embrionun ürək döyünməsinə aşkar etmir.
- ▶ Əgər döl kisəsinin diametri  $<15$  mm və təpə-büzdüm ölçüsü (CRL)  $<6$  mm olarsa, müayinə 2 həftə sonra təkrar aparılmalıdır.

Bu patologiyanın sona çatdırılması üçün diaqnoz qoyulduqdan sonra aktiv üsul ilə uşaqlıq boşluğu evakuasiya edilir (küretaj və ya vakuüm-aspirasiya yolu ilə)

### **Abortun sona çatdırılması üçün aktiv müdaxilə üsulları**

Hamiləlik müddətindən asılı olaraq 3 müxtəlif vəziyyətdə fərqli üsullar tətbiq edilə bilər:

**I vəziyyət:** 9 həftədən kiçik hamiləlikdə mizoprostol (saytotek) vaginal yoldan istifadə edilə bilər. Əgər xəstədə astma, ürək-qan damar, kəskin qaraciyər-böyrək çatışmazlığı olarsa, prostaqlandin əks-göstərişdir. Bu vəziyyətlərdə vakuüm ekstraksiyası seçim üsuludur.

**II vəziyyət:** 12-14 həftədən kiçik hamiləlikdə uşaqlıq boşluğu yerli anesteziya altında vakuüm-aspirasiya vasitəsilə ehtiyatla boşaldılır

**III vəziyyət:** Uşaqlıq >12 həftə ölçüdə hamiləlik hesabına böyüyübsə, ekstra-amniotik kateter qoyub prostaqlandin PG-E<sub>2</sub> (Dinoprostone) təyin etməklə hamiləlik sona çatdırılır.

### **Septik abort**

Natamam abort baş verən zaman uşaqlıq boşluğuna infeksiya yoluxur. Belə hallar kriminal (xəstəxanadan kənar) üsullar ilə hamiləlik pozulan zaman daha çox təsadüf edilir.

- ▶ Xəstədə qızdırma ( $t \geq 38^{\circ}\text{C}$ ), taxikardiya, ümumi zəiflik, abdominal ağrı, çox miqdarda pis qoxulu, irinli vaginal ifrazat və qasıq nahiyəsində gərginlik müşahidə edilir.
- ▶ Kəskin qarın yaradan səbəblər ilə diferensiasiya etmək vacibdir.

Septik abort inkişaf edən zaman servikal yaxma götürülüb mikrobioloji müayinə (flora və antibiotiklərə həssaslıq) və qanın əskilməsi məsləhətdir.

Koaqulopatia tez-tez inkişaf etdiyi üçün koaquloqrammanı yoxlamaq vacibdir.

Septik abortun müalicəsi mümkün qədər tez geniş spektrli intensiv antibakterial terapiyadan və uşaqlıq boşluğunun təmizlənməsindən (vakuüm-aspirasiya) ibarətdir. Məsələn, standart müalicə sxemi klindamisin 600-900 mq v/d 6-8 saatdan bir gentamisinlə 5 mq/kq bədən çəkisinə v/d gündə bir dəfə və ampisillin (və ya onsuz) 2 q v/d hər 4 saatdan bir; klindamisin olmadıqda, alternativ sxem: hər altı saatdan bir v/d 2 q ampisilin, gentamisin v/d hər 24 saatdan bir 5 mq/kq bədən çəkisinə və metronidazol 500 mq v/d hər 8 saatdan bir təyin edilir). Əgər uşaqlıq boynundan götürülmüş yaxmada fərqli antibiotikə həssaslıq təyin olunarsa, dərmanlar müvafiq olanlarla əvəz olunur.

Antibiotik təyini etdikdən 12 saat sonra uşaqlıq boşluğunun təmizlənməsi tövsiyə edilir. Lakin əməliyyatın başlanmasının vaxtı şəraitə uyğun dəyişə bilər. Bu diaqnozla xəstə daxil olduqda v/d Ringer-laktat, NaCl-0.9% – 500 ml, damcı şəklində 1500-2000 ml-ə qədər infuziya etmək və antibiotikləri v/d təyin etmək vacibdir.

## UŞAQLIQDAN KƏNAR HAMİLƏLİK

Hamiləlik uşaqlıqdan kənarada inkişaf edərsə, bu ektopik hamiləlik adlanır.

Hər 1000 hadisədən 2-də letal fəsad inkişaf etdiyi üçün öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ektopik hamiləlik qarın boşluğunda, yumurtalıq toxumasında, uşaqlıq borularının fimbriya, ampula, istmus, interstisial hissələrində [ektopik implantasiyanın ən çox rast gəlinən yeri (90%-dən çox)] və nadir halda uşaqlıq boynunda (servikal hamiləlik) inkişaf edə bilər.

### Simptomlar və əlamətlər:

- ▶ Simptomlar və əlamətlər hamiləliyin pozulub-pozulmamasından asılı olaraq son dərəcə dəyişkəndir:

### Cədvəl 2. Pozulmamış və yırtılmış uşaqlıqdan kənar hamiləliyin simptom və əlamətləri

Pozulmamış (yırtılmamış) uşaqlıqdan kənar hamiləlik	Yırtılmış uşaqlıqdan kənar hamiləlik
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 6-8 həftəyə qədər aybaşının kəsilməsi</li><li>✓ Erkən hamiləliyin simptomları (qeyri-müntəzəm qanaxma və ya qan ləkələri, ürəkbulanma, süd vəzilərinin şişkin olması, uşaqlıq yolunun və boynunun göy rəngə çalması, uşaqlıq boynunun yumşalması, uşaqlığın bir qədər böyüməsi, tez-tez sidik ifrazının olması)</li><li>✓ Qarın və çanaq nahiyəsində ağrılar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Sürətli, zəif nəbz (dəqiqədə 110 döyüntü və ya daha çox)</li><li>✓ Hipotenziya</li><li>✓ Hipovolemiya</li><li>✓ Kəskin qarın və çanaq ağrısı. Ağrıların çiyin nahiyəsinə irradiasiya etməsi</li><li>✓ Uşaqlıq müayinədə bir qədər böyük və uşaqlıq boynu hərəkət etdirilən zamanı çox ağrılıdır</li><li>✓ Uşaqlığın sağ və ya sol yan tərəfində daxili müayinədə böyük kütlə əllənilir</li><li>✓ Qarında köp, dəyişən kütlük (sərbəst qan)</li><li>✓ Peritonun qıcıqlanması simptomu</li><li>✓ Dərinin avazıması</li></ul>

Müayinə zamanı hamiləlik testi müsbət olub, US müayinəsində uşaqlıq boşdursa, stabil xəstələrdə qanda  $\beta$ -HCG titrini yoxlamaq məsləhətdir.

Əgər uşaqlıqdan kənar ektopik hamiləlik olarsa,  $\beta$ -HCG  $<3000$  BV/l olur. 2 gün sonra təkrar müayinədə titr ikiqat artarsa, hamiləliyin

uşaqlıq daxilində inkişaf etdiyini düşünməyə əsas verir. Əgər  $\beta$ -HCG titri zəif inkişaf edərsə, uşaqlıqdan kənar hamiləlik göz önünə gəlməlidir. Kuldosentez [arxa tağın (duqlas) punksiyası] pozulmuş uşaqlıqdan kənar hamiləliyin diaqnostikası üçün vacib vasitədir, lakin vaginal USM ilə birgə zərərddə  $\beta$ -HCG-nin təyin olunması diaqnostika üçün daha əhəmiyyətlidir. Hipovolemik şok zamanı laparotomiya tövsiyə edilir. Qan itkisi çox və təzyiq aşağı olarsa, təcili qan və qan əvəzedicilər infuziya edilərək cərrahi əməliyyat təxirə salınmadan aparılır. Pozulmamış (yırılmamış) uşaqlıqdan kənar hamiləlik diaqnozu qoyulmuş klinik stabil qadınlarda laparoskopik cərrahiyyə və ya metotreksatin əzələdaxili tətbiqi təhlükəsiz və effektiv müalicə üsuludur (Əlavə 3-4).

Uşaqlıqdan kənar hamiləliyin cərrahi və ya medikamentoz idarə olunması qərarı ilkin klinik əlamətlərə, laborator və radioloji müayinələrin nəticəsinə, eləcə də hər bir yanaşmanın fayda və risklərini müzakirə edərək, pasiyentin məlumatlı seçiminə əsaslanmalıdır.

- ✓ Boru hamiləliyinin cərrahi seçim müalicəsi salpinqektomiyadır. Nadir hallarda isə borunun zədəsi kiçik olduqda, salpinqotomiya edilə bilər (döl yumurtası elementləri çıxarılır və boru bərpa olunmaqla saxlanılır). Bu əməliyyat yalnız qadın üçün fertilliyin qorunması çox vacib olduqda və yanaşmanın risklərini müzakirə edərək, pasiyentin məlumatlı seçiminə əsaslanmalıdır.
- ✓ Uşaqlıq boynu hamiləliyi, interstisial, abdominal hamiləlikləri zamanı kombinə olunmuş müalicə (cərrahi və medikamentoz / konservativ) tətbiq edilir.
- ✓ Uşaqlıq boynu hamiləliyi zamanı profuz qanaxma başladıqda, xəstəni xilas etmək üçün total histerektomiya vacibdir. Diaqnoz transvaginal USM zamanı qoyulur.
- ✓ HCG-nin səviyyəsi aşağı (200-dən az) olduqda və artmadıqda gözləmə taktikasından istifadə olunur. Bir çox hallarda HCG-nin səviyyəsi aşağı olduqda, ektopik hamiləlik öz-özünə geriləyir.

## BEÇƏXOR

Hamiləliyin trofoblastik (molyar) xəstəliklərindən olub 1200 hamilə arasında 1 hadisədə təsadüf etsə də, öyrənilməsi I trimestr

qanaxmaları səbəbləri içərisində çox vacibdir.

Trofoblastik xəstəliklərin histoloji təsnifatı (FIGO, 2003):

- ▶ Beçəxor: a) tam və b) hissəvi
- ▶ İnvaziv beçəxor – metastatik beçəxor, xoriokarsinoma, plasentar yatağın şişi, epitelioid trofoblastik şiş.

Trofoblastik xəstəliyin histoloji forması proqnostik cəhətdən çox əhəmiyyətlidir; *invaziv beçəxora şübhə olduqda müayinə və müalicə onkoloqlar tərəfindən aparılır.*

Tam beçəxor zamanı xorion xovları hiperplaziya olur və döl inkişaf etmir. Bu hadisə mayalanmış yumurta nüvəsini itirmiş vəziyyətdə implantasiya etdikdə baş verir (xromosomların meyozu zamanı).

Hissəvi beçəxor zamanı trofoblast qismən zədələnir və döl inkişaf edə bilir.

Əksər hadisələrdə xromosom abnormallığı baş verir.

### **Əlamətlər:**

- ▶ Aybaşı olmadıqda müsbət hamiləlik testi.
- ▶ Aybaşı kəsilməsi zamanı hamiləliyin erkən əlamətləri (qusma, ürək bulanma) daha ağır keçir.
- ▶ Ara-sıra təkrarlanan vaginal qanaxma hadisələri baş verir.
- ▶ Uşaqlıq hamiləlik müddətinə nisbətən daha böyük olur.
- ▶ Çox vaxt sarı cisim toxumasının sisti (teka-lütein) inkişaf edir və hipertireoidizm əmələ gəlir.
- ▶ Erkən preeklampsiyaya səbəb ola bilər
- ▶ Metastatik embollar yarandıqda qanhayxırma və iflic (beyin əlamətləri) müşahidə oluna bilər

### **Diaqnoz**

Qanda  $\beta$  - HCG titri çox yüksək olur və USM zamanı “qar çovğunu” şəklini xatırladan təsvir müəyyən edilir. Dölü aşkar etmək olmur.

### **İdarə olunması**

Beçəxor zamanı uşaqlıq boşluğunun boşaldılması üçün vena daxili infuziya altında ümumi anesteziya ilə vakuüm-aspirasiyadan istifadə olunur.

- ✓ Manual vakuüm-aspirasiyası daha təhlükəsizdir və iti metal küretajla müqayisədə daha az qan itkisi verir. Metal küretaj zamanı perforasiya riski yüksəkdir.

- ✓ Uşaqlıq boşluğunda beçəxor elementləri çox olduğundan, onları sürətlə boşaltmaq vacibdir. Bu səbəbdən beçəxurun evakuasiyası üçün üç şpris hazırlanır və istifadə üçün hazır vəziyyətdə qoyulur.

Evakuasiyadan sonra qanaxmanın qarşısını almaq üçün 20 BV oksitosin\* - 1000 ml NaCl-0.9% və ya Ringer laktat v/d, dəqiqədə 60 damcı sürəti ilə yeridilməlidir

Əgər qanaxma halları təkrar olarsa və  $\beta$ -HCG 6 həftə ərzində yüksək qalarsa, vakuüm-aspirasiyası təkrar edilir və metotreksat inyeksiyası təyin edilir .

Yaşlı, çoxuşaqlı qadınlara histerektomiya məqsədəuyğun hesab edilir.

### **Sonrakı nəzarət**

Hamiləliyin qarşısını almaq üçün pasiyentə ən azı bir il ərzində hormonal kontraseptivin istifadəsi tövsiyə edilir. Əgər qadın bir daha uşaq istəmirsə, məlumatlı seçim etdikdə boruların bağlanması təklif oluna bilər.

3 ardıcıl mənfi nəticə əldə olunana qədər hər həftə sidikdə  $\beta$ -HCG səviyyəsi yoxlanılmalıdır, sonra isə bir il ərzində hər 8 həftədən bir yoxlanılmalıdır.

Əgər 8 həftədən sonra  $\beta$ -HCG mənfi deyilsə və ya ilk il ərzində yenidən müsbət nəticə verərsə, qadın sonrakı müayinə və müalicə üçün onkoloji müəssisəyə göndərilməlidir. Beçəxurun konservativ müalicəsi adətən kimyaterapiya (metotreksat) ilə aparılır.

### **Beçəxurun profilaktikası**

- ✓ Özbaşına düşüklər zamanı hamiləlik testinin 3 həftədən sonra aparılması tövsiyə edilə bilər.
- ✓ Tibbi abort zamanı dölün hissələri təyin edilmədikdə alınan materialın morfoloji və histoloji müayinəyə göndərilməsi tövsiyə olunur.
- ✓ Rezus-mənfi olan qadınlara anti-D immunoqlobulin təyin olunur.

---

\***Qeyd:** Stabil hemodinamikada oksitosin infuziyası yalnız bir dəfə, şiş toxumasının tam evakuasiyasından sonra istifadə edilməlidir. Çünki oksitosinin təsirindən uşaqlıqdaxili təzyiqin artması, trofoblastik toxumanın digər orqanlara miqrasiyası ilə nəticələnə bilər (məsələn, ağciyər arteriyasının emboliyası baş verə bilər). Xorion xovların qan axını ilə yayılması nəinki beçəxordan sonrakı trofoblastik şişlərin inkişaf riskini artırır, həm də ölümlə nəticələnə bilər.

## CİFT GƏLİŞLƏRİ

**Cift gəlişləri** (*placenta previa*) – ciftin anormal yerləşməsi, uşaqlığın daxili dəliyindən bir qədər hündürdə və ya dölün gələcək hissəsindən öndə yerləşməsidir.

### Epidemiologiya

Hamiləliyin III trimestrində cift gəlişlərinin rastgəlmə tezliyi ümumi doğuşların 0.2%-0.6%-ni təşkil edir.

Cift gəlişlərinin təxminən 80%-i çox doğan qadınlarda (anamnezində 2 doğuşdan artıq) müşahidə olunur. Hamiləliklərin 20%-i vaxtından əvvəl doğuşla nəticələnir. Ana xəstələnməsi – 23%, ölümü isə 0-0,9% təşkil edir. Perinatal ölüm yüksəkdir (təxminən 17-26%).

### Risk faktorları

- ▶ Qeysəriyyə əməliyyatından və uşaqlıqda aparılan digər əməliyyatlardan sonra uşaqlıqda qalan çapıq
- ▶ Anamnezdə cift gəlişi
- ▶ Uşaqlığın iltihab prosesləri (xroniki endometrit)
- ▶ Anamnezdə çoxsaylı doğuşlar
- ▶ Anamnezdə abortlar və abortdan sonrakı uşaqlığın iltihabi xəstəlikləri
- ▶ Uşaqlığın submukoz mioması
- ▶ Ekstrakorporal mayalanmadan sonra hamiləlik
- ▶ Yaşı 40-dan yuxarı olan qadının ilkin doğuşu
- ▶ Çoxdöllü hamiləlik
- ▶ Tütüncəkmə

### Fəsadlar

Cift gəlişlərində və ya ciftin aşağıda yerləşməsi hallarında mümkün olan fəsadlar: dölün qeyri-düzgün vəziyyəti, döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması, dölün inkişafının ləngiməsi, göbək ciyəsi gəlişi, göbək ciyəsinin döl qişalarına birləşməsi, damar gəlişi (*vasa previa*).

Əvvəllər qeysəriyyə əməliyyatı keçirmiş pasiyentlərdə cift gəlişi ciftin qeyri-normal bitişmə riskini artırır; risk əvvəlki qeysəriyyə əməliyyatlarının sayının artması ilə əhəmiyyətli dərəcədə artır (bir qeysəriyyə əməliyyatından sonra təxminən 10%-dən, >4 əməliyyatdan sonra >60%-ə qədər).



## XBT-10 üzrə təsnifat

**O 44** - Cift gəlişləri

**O 44.0** - Cift gəlişləri, təsdiq olunmuş qanaxmasız

**O 44.1** - Cift gəlişləri qanaxma ilə

### **Təsnifat (lokalizasiyasına görə)**

- ▶ Mərkəzi cift gəlişi – cift aşağı seqmentdə yerləşib, uşaqlıq boynunun daxili dəliyini tam örtür.
- ▶ Ciftin yan gəlişi – cift ancaq daxili dəliyin 2/3 hissəsini örtür.
- ▶ Ciftin kənar gəlişi – ciftin kənarı daxili dəliyə yaxın yerləşir və 1/3 hissəsini örtür.
- ▶ Ciftin aşağıda yerləşməsi – ciftin uşaqlığın aşağı seqmentində, daxili dəliyə çatmamış (6-7 sm) yerləşməsi.

Klinik gedişində, cift gəlişlərində qanaxma başlamamışdan az miqdarda qanlı ifrazat ola bilər. Mərkəzi cift gəlişində əsas klinik simptom, ağrı sindromu olmamaqla hamilənin progressiv qan azlığı ilə müşahidə olunan tez-tez və təkrar baş verən qanaxmalardır.

Qanaxmanın başlanması heç bir səbəb olmadan, qəflətən baş verə bilər. Bəzi hallarda fiziki gərginlikdən, alınan travmadan, cinsi əlaqədən və daxili müayinədən sonra baş verir.

Uşaqlıq qanaxmaları ən çox hamiləliyin 28-30-cu həftəsində, uşaqlığın aşağı seqmentinin aktivliyi (yığılma) nəticəsində baş verir. Qanaxma ancaq uşaqlıq əzələsinin yığılması və ciftin ayrılması dayandıqda, damarların trombozu baş verdikdə kəsilə bilər.

Qanaxmanın intensivliyi zədələnmiş damarların diametrinin ölçülərindən və sayından asılıdır. Cift damarlarından uşaqlıq yoluna axan qan hematoma yaratmır. Ona görə də, uşaqlığın bütün nahiyəsində ağrı və gərginlik olmur.

Hamilənin və dölün ümumi vəziyyəti qanaxmanın miqdarından asılıdır.

### **Diaqnostika**

Cift gəlişlərinin diaqnostikası hamilənin anamnezinə və şikayətlərinə, klinik və əlavə müayinə metodlarının (USM, MRT) nəticələrinə əsaslanır. Əsas cift gəlişlərinin əlaməti – bir qayda olaraq uşaqlıqda gərginlik və ağrı olmadığı halda qəflətən uşaqlıq yolundan al qanın müxtəlif miqdarda və müddətdə axmasıdır.

Əksər hallarda obyektiv müayinə zamanı dölün gələcək hissəsinin hündürdə durması, dölün düzgün yerləşməməsi və çanaq gəlişləri müşahidə olunur. Cift gəlişlərində uşaqlığın palpasiyası zamanı aşağı seqmentdə “xəmirvari” konsistensiyaya əllənir, auskultasiya zamanı isə ciftin damarlarının döyüntüsü eşidilə bilər.

Cift gəlişlərində uşaqlıq yolu müayinəsi aparılması məqsədəuyğun deyil, çünki ciftin qopması baş verə bilər, qanaxma güclənər. Lakin USM edilməsinə imkan olmadıqda, diaqnozu qoymaq məqsədilə ehtiyatla uşaqlıq yolu müayinəsi aparılmalıdır. Müayinə zamanı dölün gələcək hissəsi ilə barmaqlar arasında kövşək toxuma əllənir. Uşaqlıq yolu müayinəsi əməliyyat otağı hazır olduqdan sonra aparılmalıdır. Bu, qanaxma gücləndiyi halda təcili olaraq hamiləliyi qeysəriyyə əməliyyatı vasitəsilə başa çatdırmağa şərait yaratmış olur.

USM hamiləliyin erkən dövründən (9 həftəsindən) ciftin yerləşməsinin (95% cift gəlişlərinin), xüsusən uşaqlığın ön və yan divarlarında olduqda, geniş yayılmış, təhlükəsiz və dəqiq diaqnostik müayinə üsuludur. USM hamiləliyin 10-13, 16-24, 32-36 həftələrində aparılmalı və hər müayinə zamanı ciftin lokalizasiyası təsvir edilməlidir. Əgər diaqnozu dəqiqləşdirməkdə çətinlik yaranarsa (cift uşaqlığın ön divarında yerləşdikdə, bir necə US müayinələrinin nəticələri arasında ziddiyyət yarandıqda), MRT-dən istifadə oluna bilər.

### **Diferensial diaqnostika**

Aşağıdakı hallarla aparılır:

- ▶ normal yerləşən ciftin vaxtından qabaq qopması;
- ▶ ciftin kənar sinusunun cırılması;
- ▶ uşaqlığın cırılması;
- ▶ göbək ciyəsinin döl qişasında birləşdiyi zaman onun damarlarının cırılması;
- ▶ uşaqlıq yolunda damar genişlənməsinin (varikoz) cırılması;
- ▶ uşaqlıq boynunun patoloji prosesləri.

### **Profilaktika**

Abortların, iltihabi xəstəliklərin, lazımsız konservativ miomaektomiyanın və qeysəriyyə əməliyyatlarının sayının azaldılması.

## Müalicə prinsipləri

- ▶ Hospitalizasiya və hərəkət aktivliyinin məhdudlaşdırılması
- ▶ Qanaxma dayandıqda, hamiləliyin, hestasiyanın 36-37 həftəsində başa çatdırılması
- ▶ Qadının və dölün vəziyyətində problemlər yarıdıqda, hamiləliyin təcili başa çatdırılması

Pasiyentin müalicəsinə yanaşma cift gəlişinin formasından, əlamətlərindən və sosial-məişət şəraitdən asılı olaraq fərdi olmalıdır.

Konservativ gözləmə taktikası ancaq az miqdarda qanlı ifrazatın olması, dölün yetişməməsi, doğuş fəaliyyətinin olmaması, hamilə qadının vəziyyətinin stabil olması (daimi olaraq hamilə qadının hemostaz və hemodinamik göstəricilərinin monitorinqinin nəticələrinə əsaslanaraq) aparılır.

Hamiləliyin 1-2-ci trimestrlərində qanaxma olmadıqda hamilə ambulator şəraitdə mama-ginekoloqun nəzarətində saxlanıla bilər. Bu zaman, qanaxmaya səbəb olan amilləri (fiziki aktivlik, cinsi əlaqə, stres vəziyyətlər və s.) istisna etmək üçün qoruyucu rejim tövsiyə olunur.

Qanaxma cüzi olduqda və 36 həftədən əvvəl baş verdikdə, pasiyent hospitalizasiya olunmalı və o modifikasiya olunmuş yataq rejimini (qarın boşluğu təzyiqini artıran hər hansı fəaliyyətdən çəkinmək; məs., günün çox hissəsində ayaq üstə durmamalıdır) gözləməlidir; pasiyentin vəziyyəti nəzarətdə saxlanılmalı və venadaxili kristalloid məhlulları (Ringer ya fizioloji məhlullar) yeridilməlidir. Pasiyentin vəziyyəti yaxşılaşdıqdan sonra evə yazıla bilər; qadın ev şəraitində də ehtiyatlı olmalı və cinsi münasibətlərdən çəkinməlidir.

Təkrarlanan qanaxma – adətən, qanaxma təkrarlandıqda pasiyent yenidən xəstəxanaya yerləşdirilir və orada doğuş başlayana qədər müşahidə altında saxlanıla bilər. Xəstəxanada hamilədə venoz tromboemboliya risk faktorları (trombofiliya və s.) araşdırılmalı və qiymətləndirilməlidir; lazım olduqda müvafiq profilaktik tədbirlər görülməlidir [aşağı-molekulyar ağırlıqlı heparinin (AMAH) təyin olunması]. Bu, cift gəlişində və ya aşağıda yerləşən ciftədən qanaxma riski ilə venoz tromboemboliyanın yaranma riskini tarazlaşdırılmalıdır.

Hamiləliyin təcili başa çatdırılması tələb olunduqda (hamiləlik 24 həftə 6 gündən - 34 həftə 6 günədək) dölün respirator distress-sindromunun profilaktikası aparılmalı, yüksək dozada

qlükokortikoidlər – deksametazon gündə 8-12 mq 2-3 gün ərzində verilməlidir.

Cift gəlişi 2-ci trimestrdə dölün ölümü ilə ağırlaşdıqda təxminən 4 həftə ərzində gözləmə idarəetmə taktikası tövsiyə edilə bilər; çünki 4 həftə ərzində anada kooqulopatiyanın başlanması olduqca nadir haldır. Bu müddət ərzində dölün və ciftin atrofiyası gözlənilir və böyük ehtimalla spontan doğuş başlaya bilər. Əgər doğuş 4 həftədən sonra başlamazsa, dilatasiyya və uşaqlıq boşluğunun evakuasiyası və ya doğuşun induksiyası nəzərdən keçirilə bilər. Doğuşun qeysəriyyə yolu ilə başa çatdırılması axırıncı seçim olmalıdır.

3-cü trimestrdə asimptomatik/ simptomsuz cift gəlişi olan və ya cift aşağıda yerləşən pasiyentlər ambulator şəraitdə idarə oluna bilər. Hamilələrin aparılması alqoritmi (uşaqlıq yolundan qanaxma olmazsa) ümumi hamilələrin aparılma standartından fərqlənmir (Əlavə 1, 2). Lakin əlavə olaraq hemostaz göstəricilərinin müntəzəm müayinələri aparılmalı və 3-4 həftədən bir ciftin USM vasitəsilə yerləşməsinə nəzarət olunmalıdır. Simptomsuz pasiyentlər vaxtından əvvəl doğuş və mamalıq qanaxma riskinin mümkünlüyü barədə xəbərdar olunmalıdırlar; ehtiyat tədbirləri ilə bağlı məsləhətlər verilməlidir. Asimptomatik pasiyentin yanında hər zaman ona kömək edən insan olmalı və xəstəxanaya qısa müddətdə ( $\approx 20$  dəq.) çatdırılmaq imkanı olmalıdır. 3-cü trimestrdə evdə müalicə alan hər bir pasiyentə aydın olmalıdır ki, o, hər hansı qanaxma, o cümlədən ləkə, sancı və ya ağrı (həmçinin aybaşı ağrısına bənzər) hiss edərsə, dərhal xəstəxanaya müraciət etməlidir.

### **Doğuşun aparılması**

Doğuşu təbii doğum yolları ilə idarə etmək qərarı hamiləliyin müddətindən, dölün vəziyyətindən, ciftin yerləşməsindən, qanaxmanın miqdarından asılı olaraq qəbul olunur. Bu zaman göstəriş olduqda doğuşu təcili operativ yolla başa çatdırmaq hazırlığı zəruridir.

Hamilə qadının vəziyyəti kafidirsə, az miqdarda qanaxma vardırırsa, amniotomiya əməliyyatı aparılmalıdır. Dölyanı mayenin bir hissəsi axdıqdan sonra dölün gələcək hissəsi aşağı enib cifti sıxır. Bu vaxt qanaxmanın dayanmasına və doğuşu təbii yolla idarə edilməsinə şərait yarana bilər.

## **Cərrahi müalicə**

Hamiləliyin əməliyyat vasitəsilə başa çatdırılması hamilə qadının ümumi vəziyyəti, hamiləliyin müddəti, itirilmiş qanın miqdarı, dölün vəziyyəti və gəlişindən, cift gəlişinin növündən asılı olaraq qərara alınır.

Mərkəzi cift gəlişində, hətta qanaxma olmadıqda hamiləliyin 37-38 həftəsində planlı şəkildə qeysəriyyə əməliyyatı vasitəsilə başa çatdırılmalıdır.

Qanaxma 250 ml və ya artıq olarsa, hamiləliyin müddətindən və ciftin yerləşməsindən asılı olmayaraq təcili qeysəriyyə əməliyyatı aparılmalıdır.

Cift gəlişində və aşağıda yerləşən cift ön divara bitişdikdə (ciftin həqiqi bitişməsi/*placenta accrete* və s.) ağır qanaxma və histerektomiya riski daha yüksəkdir və bu nəzərdə saxlanılmalıdır.

Cift gəlişlərində və ya cift aşağıda yerləşdikdə regional anesteziya təhlükəsiz hesab edilir; ümumi anesteziya ilə müqayisədə qanaxma riski daha azdır. Ancaq, qadınlar məlumatlandırılmalıdır ki, tələb olunduqda ümumi anesteziyaya keçmək lazım ola bilər və razılıq istənilir. (RCOG, 2018).

Rezus-mənfi qadınlara anti-D immunoqlobulin təyin olunur.

## **CİFTİN VAXTINDAN ƏVVƏL QOPMASI**

Ciftin vaxtından əvvəl qopması (CVƏQ) – döl doğulmamışdan əvvəl normal yerləşmiş ciftin öz bitişmə yerindən vaxtından qabaq ayrılmasıdır.

CVƏQ-in rast gəlmə tezliyi 0,4-1,4% təşkil edir. 30% hallarda CVƏQ massiv qanaxmaların səbəbi olub, ananın ölümü ilə nəticələnir. CVƏQ zamanı ana ölümü 1,6-15,6%, perinatal ölüm 20,0-35,0% təşkil edir.

### **Risk amilləri:**

- ▶ Anamnezində CVƏQ-in olması
- ▶ Hamiləlikdən əvvəl və hamiləlik zamanı arterial hipertenziyanın olması
- ▶ Hamilə qadına qarşı zorakı hərəkətlər, yığılmalar, travmalar
- ▶ Tütün çəkmə, narkotiklərdən istifadə
- ▶ Ekstragenital patologiyalar (qlomerulonefrit, ağır anemiya)
- ▶ Autoimmun vəziyyətlər (antifosfolipid sindromu, sistemli qırmızı

qurd eşənəyi)

- ▶ Tromboza meyillilik yaradan hemostazın genetik qüsurları
- ▶ Qısa göbək ciyəsi, cift gəlişi
- ▶ Həddindən artıq dartılmış uşaqlığın sürətli dekompressiyası (çoxdöllü hamiləlik, çoxsululuq zamanı);
- ▶ Coxsaylı doğuşlar, anamnezində qeysəriyyə kəsiyi
- ▶ Bətdaxili infeksiyalar
- ▶ Uşaqlığın inkişaf anomaliyaları və şişləri
- ▶ İlk dəfə doğan qadının yaşı (gənc və ya 40-dan yuxarı)

Yuxarıda qeyd olunan risk amili olan hamilələr müşahidə məqsədi ilə mamalıq stasionarına vaxtından əvvəl göndərilməlidirlər.

### **XBT-10 üzrə təsnifat**

- O 45** Ciftin vaxtından əvvəl qopması
- O 45.0** Ciftin qanın laxtalanma pozğunluqları ilə gedən vaxtından əvvəl qopması
  - *afibrinogenemiya ilə*
  - *disseminə olunmuş damardaxili laxtalanma ilə*
  - *hiperfibrinoliz ilə*
  - *hipofibrinogenemiya ilə*
- O 45.8** Ciftin digər vaxtından əvvəl qopması
- O 45.9** Ciftin dəqiqləşdirilməmiş vaxtından qabaq qopması

### **Klinik təsnifat**

- ▶ **Yüngül dərəcəli** – ciftin kiçik hissəsinin qopması
  - ✓ uşaqlıq yolundan qan itkisinin həcmi 100 ml-dən az.
  - ✓ Retroplasentar hematoma əmələ gəldikdə qanlı ifrazat olmur
  - ✓ uşaqlığın tonusu bir qədər yüksəkdir
  - ✓ dölün ürək döyüntüsü tezliyi norma daxilindədir
  - ✓ qanın laxtalanma sisteminin göstəriciləri və əsas fizioloji meyarları norma daxilindədir.
- ▶ **Orta dərəcəli** – ciftin  $\frac{1}{4}$  hissəsinin qopması
  - ✓ uşaqlıq yolundan qan itkisinin həcmi 100-500 ml-dən az.
  - ✓ Retroplasentar hematoma əmələ gəldikdə qanlı ifrazat olmur
  - ✓ uşaqlığın tonusu bir qədər yüksəkdir, palpasiya zamanı bərk, asimmetrik,
  - ✓ kəskin ağrıdır

- ✓ dölün ürək döyüntüsünün xarakteri dəyişilib (dəqiqədə 100-dən az və ya 180-dən çox), dölün hərəkət fəallığı artıb və ya zəifləyib
  - ✓ hamilənin dərisi avazımış, tənəffüsü tezləşmiş, nəbzi zəif dolğunluqda tezləşmiş, təzyiqi normadan aşağıdır
  - ✓ fibrinogenin səviyyəsinin 150-250 mq-dan aşağı düşməsi mümkündür.
- ▶ **Ağır dərəcəli** – ciftin 2/3 hissəsinin qopması
- ✓ uşaqlıq yolundan qan itkisinin həcmi 500 ml-dan çox.
  - ✓ Retroplasentar hematoma əmələ gəldikdə qanlı ifrazat olmur
  - ✓ hamilənin qarında kəskin ağrılar, ümumi zəiflik, baş gicəllənməsi,
  - ✓ bayılma vəziyyəti qeyd edilir. Nəbzi tezləşmiş, zəif dolğunluqda. Arterial təzyiq kəskin aşağı səviyyədədir
  - ✓ uşaqlıq həddindən artıq gərgin və palpasiya zamanı ağrılıdır
  - ✓ döl adətən tələf olur
  - ✓ çox vaxt damardaxili laxtalanma sindromu qoşulur.

### **Diaqnostika**

Diaqnoz aşağıdakı klinik əlamətlər və obyektiv müayinələrin nəticələri əsasında qoyulur:

- ▶ uşaqlıq yolundan qanaxma,
- ▶ qarında ağrılar,
- ▶ uşaqlığın gərginliyi və palpasiya zamanı ağrılı olması.

## Diferensial diaqnostika

Simptomlar	CVƏQ	Cift gəlişi	Damar gəlişi (vasa praevia)	Yalançı doğuş sancıları	Uşaqıq boynunun şişləri
<b>Ağrı sindromu</b>	Yüngül ağrıdan şiddətliyə qədər	Yoxdur	Yoxdur	Sancı xarakterli	Yoxdur
<b>Qanaxma</b>	CVƏQ-nin simptomsuz/gizli formasının 20%-də olmaya bilər.	Cüzidən güclü qanaxmaya qədər	Amniotomi-yadan və ya dölyanı mayenin axmasından dərhal sonra	Yoxdur	Cüzidən güclü qanaxmaya qədər
<b>Uşaqıqın tonusu / gərginliyi</b>	Mütəmadi hipertonus	Yoxdur	Yoxdur	Sancılar arasında zəifləyir	Yoxdur
<b>Hemodinamik göstəricilər</b>	Aşağı düşür	Dəyişmir / aşağı düşür	Dəyişmir / aşağı düşür	Dəyişmir / aşağı düşür	Dəyişmir / aşağı düşür
<b>Dölnün vəziyyəti</b>	Ciftin divardan ayrılması davam etdikdə dölnün vəziyyəti antenatal ölümə qədər tədricən pisləşir	Qənaət-bəxşdir	Tədricən pisləşir	Qənaət-bəxşdir	Qənaətbəxşdir

### Laborator müayinələr

Qanın və sidiiyin ümumi analizi, koaquloqramma, qanın biokimyəvi və elektrolit göstəricilərinin təhlili, qanın qurdeşənəyi antikoagulyantına müayinəsi, qara ciyər fermentlərinin funksional aktivliyinin vəziyyətinin müayinəsi (ALT və AST).

Hemoqramda: trombositlərin, fibrinogenin, protrombinin miqdarı, aktivləşdirilmiş parsial tromboplastin zamanı, V və VIII faktorların, fibrinogenin deqradasiya məhsullarının səviyyəsi.

### Instrumental müayinələr

- ▶ Kardiotoqrafiya (KTQ)
- ▶ Ultrasəs müayinəsi



## Müalicə

CVƏQ zamanı müalicə taktikasının seçimi qan itkisinin həcmi və miqdarından, hamilənin və dölün ümumi vəziyyətindən asılıdır.

**I. Ciftin qopması hamiləlik zamanı** baş verərsə, ananın və dölün vəziyyətini nəzərə alaraq:

**a. hamiləliyin 24 həftə 6 gündən - 34 həftəlik müddətində** – mamalıq stasionarına təxirəsalınmaz hospitalizasiya olunmalıdır ki, dölün distress-sindromunun profilaktikası aparıldıqdan sonra abdominal doğuşa müvafiq əməliyyat önu hazırlıq aparılsın.  $\beta$ -mimetiklərin istifadəsi qadağandır!

**b. hamiləliyin müddəti 34 həftə və yuxarı olduqda** – ETN altında qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı vasitəsi ilə təcili doğuş: qopma inkişaf etdikdə, təkrar qanaxma olduqda, hamiləlik zamanı ciftin qopmasının kəskin klinik mənzərəsi olduğu halda.

Abdominal doğuş icra olunduqdan sonra qanaxma davam edərsə, magistral damarların bağlanması göstərişdir.

Qeysəriyyə kəsiyi ilə əməliyyat aparılan zaman uşaqlığın seroz qişası altında qansızmalar aşkarlanan hallarda (Kyuverler uşaqlıq) – taktika uşaqlığın yığılma qabiliyyətindən asılıdır. Uşaqlığın artımlarsız ekstirpasiyası uşaqlıq əzələlərinin yığılma qabiliyyəti pozulduqda və ya olmadığı hallarda icra olunur.

CVƏQ-ə görə icra olunan əməliyyat zamanı izo- və ya hipokoaqulyasiya olduqda, hemostatik məqsədlə təzə dondurulmuş plazmanın istifadəsi göstərişdir. Oliquriya olduğu zaman furosemidin istifadəsi qadağandır.

Furosemid ağ ciyərlərdə durğunluq zamanı istifadə olunur.

**II. Ciftin qopması doğuşun I dövründə** baş verərsə, hamilədə kəskin qanaxma olmadığı hallarda, ananın kafi vəziyyətində, dölün bətdaxili hipoksiyası olmadığı hallarda, su kisəsi tam və gərgin olduqda amniotomiya göstərişdir. Vaginal doğuş uşaqlığın yığılma qabiliyyətinin və eyni zamanda dölün ürək döyüntüsünün mütəmadi monitor nəzarəti altında aparılmalıdır. Ciftin qopması doğuşun I dövründə baş verən zaman oksitosinin istifadəsi qadağandır.

**III. Cift qopmasının doğuşun II dövründə** diaqnostikası – dölün kəskin hipoksiyası əsasında təyin olunur. Müvafiq şərait olduqda

təcili doğuzdurma göstərişdir: mamalıq maşalarının və ya vakuüm-ekstraktorun istifadəsi, sağrı gəlişlərində isə dölün ekstraksiyası yolu ilə.

**IV. Son və zahılıq dövründə** – qanaxmanın profilaktikası məqsədi ilə uterotonik vasitələrin təyini:

- ✓ Oksitosin – 10 BV ə/d və ya 5 BV 50 ml mayedə (NaCl-0.9%) dozatordan istifadə edərək 16,2 ml / saat sürəti ilə yavaş-yavaş venadaxili yeridilir və ya
- ✓ Metilerqometrin – 1ml- 0, 2mq v/d və ya 1ml ə/d tədricən (arterial hipertenziya olmadıqda) və ya
- ✓ Mizoprostol – 600 mq peroral (və ya dilaltına) və ya düz bağırsağa bir dəfə

Qanaxma riski yüksək olan qadınlara oksitosinə əlavə olaraq 0,5-1,0 q traneksam turşusu venadaxili yeridilə bilər

**Qeysəriyyə əməliyyatı zamanı doğuşdan sonrakı qanaxmanın profilaktikası:**

Oksitosinin 1 ml (5 BV) venadaxili yavaş-yavaş (1-2 dəqiqə ərzində) yeridilməsi və ya 5 BV50 ml mayedə (NaCl-0.9%) dozatordan istifadə edərək 16,2 ml / saat (27 mBV/dəq) sürəti ilə venadaxili yeridilməsi; həmçinin oksitosin (5 BV- 500 ml fizioloji məhlulda) venadaxili damcı üsulu ilə 40 damcı /dəq sürətlə yeridilə bilər və ya karbetosin\* (*Carbetocin*) 1 ml (100 mq) dölün doğulmasından dərhal sonra 1 dəqiqə ərzində yavaş-yavaş venadaxili yeridilir.

**Koagulopatik qanaxmanın** dayandırılması məqsədi ilə konservativ müalicə:

- ▶ Mümkün qədər tez laxtalanma sisteminin komponentlərinin (trombositlər, qan laxtalanma faktorlarını) səviyyəsini bərpa etmək və qanaxmanı dayandırmaq lazımdır.
- ▶ Ağır qan itkisində, "massiv transfuziya protokolu" müvafiq olaraq qan komponentləri tətbiq edilməlidir – ("eritrositlər:TDP:

---

\* Doğuşdan sonrakı qanaxmanın profilaktikasının Karbetosinlə aparılması standart oksitosinə nisbətən daha effektiv olduğu sübut edilmişdir. Karbetosin uterotonikdir, qeysəriyyə əməliyyatında ehtiyat preparatı kimi deyil, profilaktik məqsədlə istifadə olunur. Karbetosin uzun müddətli uterotonikdir: planlı qeysəriyyə əməliyyatı zamanı oksitosinin fasiləsiz infuziyası əvəzinə 1 dəqiqə ərzində bolyus formada 100 mq/ml yeridildikdə uterotoniklərə ehtiyac azalır. Yüksək qanaxma riski olan qadınlarda oksitosinin və ya karbetosinin bolyus və uzun müddətli infuziya üsulunun birgə istifadəsi mümkündür.

trombositlər:kriopresipitat") 1:1:1:1 nisbətində. Eritrositlərin və TDP (təzə dondurulmuş plazma) nisbəti 1,4:1 ilə 2:1 arasında dəyişə bilər.

- Qan itkisi zamanı fibrin lizisinin qarşısını almaq üçün traneksam turşunun erkən tətbiqi (mümkün olduqda hospitalizasiyadan əvvəl) tövsiyə olunur.

Fibrinogenin konsentrasiyası 2,0 q/l-dən az olduqda kriopresipitat təyin edilir (10 kq bədən kütləsi üçün 1 doza). Qan laxtalanmasının plazma faktorlarının (II, VII, IX, X) kompleksinin (protrombin kompleksi konsentratı - PKK) istifadəsi yalnız qanaxmalarda K vitamini antaqonistlərinin təsirinin reversiyası (qaytarılması) üçün və ya kəskin qaraciyər çatışmazlığında tövsiyə olunur. PKK-nın istifadəsi yalnız doğuşdan sonrakı qanaxmalarda həyati təhlükə olduqda və müvəqqəti tədbir kimi qan laxtalanma faktorlarının səviyyəsini artırmaq üçün başqa seçim olmadıqda, TDP-nin köçürülməsindən əvvəl istifadə edilə bilər. Qeyd: bir çox hallarda kəskin qan itkisi nəticəsində baş verən koagulopatiyanın qarşısını, itirilən qanın həcmi dərhal bərpa etməklə (NaCl-0.9% və ya Ringer laktat v/d) almaq olar.

## *CVƏQ zamanı müalicə taktikasının seçimi*

### **CVƏQ hamiləlik zamanı (hamiləliyin 28-34 həftəsi)**

↓  
Təxirəsalınmaz hospitalizasiya  
↓  
Dölün distress-sindromunun profilaktikası,  
əməliyyatönü hazırlıq  
↓  
Abdominal doğuş

### **CVƏQ hamiləlik zamanı (34 və yuxarı həftəsində)**

↓  
Abdominal doğuş

### **CVƏQ doğuşun I dövründə:**

hamilənin vəziyyəti kafi və dölün bətn daxili hipoksiyası olmadıqda

↓  
amniotomiya  
↓  
vaginal doğuş

### **CVƏQ doğuşun II dövründə:**

döldə kəskin hipoksiya olduqda

↓  
Təxirəsalınmaz doğuzdurma: məməliq maşaları vakuüm-ekstraktor  
dölün sağrı gəlişində ekstraksiya

### **CVƏQ son və zahılıq dövründə:**

↓  
Qanaxmanın profilaktikası

## **CVƏQ zamanı:**

### **I. Stasionara gətirilənə qədər vaginal müayinə aparılmadan:**

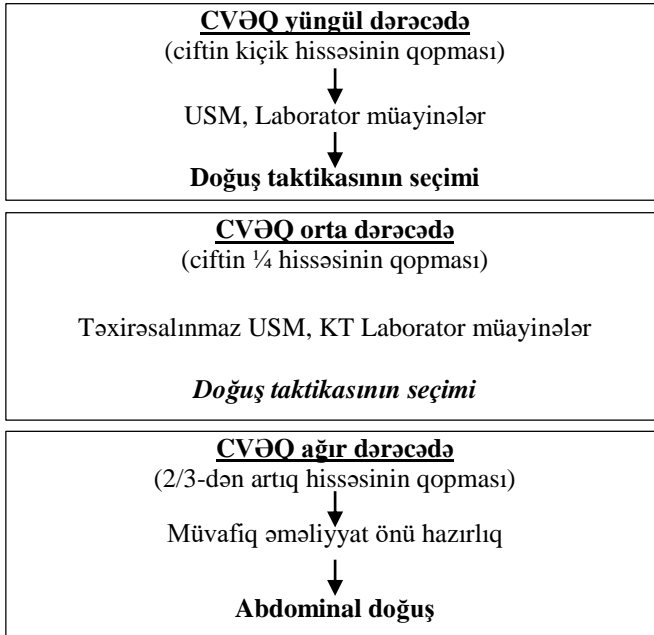
- ▶ Venanın kateterizasiyası
- ▶ Təcili maye köçürmək: ağır qanaxmalar və ya şok halları olduqda
- ▶ Hamiləni təxirə salınmadan stasionara çatdırma

### **II. Stasionarda**

- ▶ Təcili klinik situasiyanın qiymətləndirilməsi
- ▶ Qan itkisinin həcmninə qiymətləndirilməsi
- ▶ Səbəblərinin aşkarlanması və diferensial diaqnostikanın aparılması:
  - ✓ Cift gəlişi
  - ✓ Kənar sinusun cırılması
  - ✓ Göbək ciyəsi damarlarının cırılması
  - ✓ Uşaqlığın cırılması
  - ✓ Uşaqlıq boynunun cırılması ilə.

**Vaginal müayinə cift gəlişi istisna olunduqdan sonra aparılır.**

### ***CVƏQ zamanı pasiyentin aparılma algoritmi***



## **CVƏQ-in profilaktikası**

Damar pozulmaları ilə müşayiət olunan mamalıq və ekstragenital patologiyanın vaxtında aşkarlanması və müalicəsidir: məsələn, hestozun müalicəsi, uşaqlıq tonusunun azalması, hemostazın korreksiyası.

## **CVƏQ zamanı hospitalizasiyaya göstəriş**

Hamilənin cinsiyyət yollarından hər hansı bir qanlı ifrazatın və/ya uşaqlıq nahiyəsində kəskin ağrıların olması.

## **UŞAQLIĞIN CIRILMASI**

**Uşaqlığın cırılması** dölün qarın boşluğuna düşməsi ilə nəticələnə bilən uşaqlığın tamlığının spontan pozulmasıdır; nadir hallarda rast gəlinir.

Uşaqlığın cırılması daha çox əvvələr keçirilmiş qeysəriyyə əməliyyatından sonrakı çapıq boyunca baş verir. Digər meylləndirici amillərə uşaqlığın anadangəlmə inkişaf qüsurları, travma və miomektomiya və ya açıq ana-döl əməliyyatı kimi uşaqlıq üzərində digər cərrahiyyə əməliyyatları aiddir.

Uşaqlığın cırılmasının səbəbləri:

- ▶ Uşaqlığın həddindən artıq dartılması (çoxdöllü hamiləlik, çoxsululuq və ya dölün anomaliyalarına görə)
- ▶ Dölün xaricdən və ya daxildən mamalıq döndərilməsi
- ▶ Yatrogen perforasiya
- ▶ Uterotoniklərin həddindən artıq istifadəsi
- ▶ Həddindən artıq uşaqlıq yığılmaları əlamətləri ilə doğuş fəaliyyətinin diskordinasiyasının uşaqlığın aşağı seqmentindəki kontraksiyon həlqədən ayırd edilə bilinməməsi.

**Qeyd:** Əgər əvvəllər qeysəriyyə əməliyyatı keçirmiş qadın şərait olduqda vaginal doğuş seçirsə (Əlavə 5), prostaqlandinlərdən (mizoprostol) istifadə edilməməlidir çünki onlar uşaqlığın cırılması riskini artırır.

## **Diaqnostika**

Səciyyəvi simptom və əlamətlər:

- ▶ Qanaxma (qarın boşluğuna və/və ya uşaqlıq yolundan)
- ▶ Qarın nahiyəsində şiddətli ağrılar (uşaqlığın cırılması baş verdikdən sonra azala bilər)

Bəzən mövcud olan simptom və əlamətlər:

- ▶ Hipovolemiyanın sübutu/şok
- ▶ Qarında köp/qarın boşluğunda sərbəst maye
- ▶ Uşaqlığın qeyri-adi konturları
- ▶ Qarın nahiyəsinin ağırlı olması
- ▶ Dölün gələcək hissəsinin olmaması (servikal müayinə zamanı aşkar edilir) və ya qarın boşluğunda döl hissələrinin asan palpasiya olunması
- ▶ Dölün bradikardiyası, deselerasiyaların variabelliği (dəyişkənliyi) və ya dölün hərəkətlərinin və ürək döyüntülərinin olmaması
- ▶ Ananın nəbzinin tezləşməsi

Döl uşaqlıqdan qarın boşluğuna düşdükdə, dölün və ananın vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsi və ölüm riski əhəmiyyətli dərəcədə artır.

Vaginal qanaxmanın miqdarı və növü uşaqlığın hansı hissəsində cırılmanın baş verməsindən və sidik kisəsi ilə əlaqəli olub-olmamasından asılıdır; vaginal qanaxma, qarın boşluğuna çox miqdarda qansızma baş verdikdə belə mülayim ola bilər. Cırılma uşaqlıq boynu və vaginal divarın yuxarı hissəsinə qədər uzandıqda adətən qanaxma ağır olur. Amma cırılma uşaqlığın aşağı seqmentindən enli bağa tərəf uzandıqda isə qan qarın boşluğuna sızmayacaq (Şəkil: Uşaqlığın enli bağına qansızma). Cırılma sidik kisəsinə qədər uzanarsa, hematuriya müşahidə oluna bilər.

Uşaqlığın cırılması diaqnozu laparotomiya ilə təsdiqlənir.



**Şəkil: Uşaqlığın aşağı seqmenti enli bağa tərəf cırıldıqda qan qarın boşluğuna deyil enli bağa sızacaq.**

### **Müalicə**

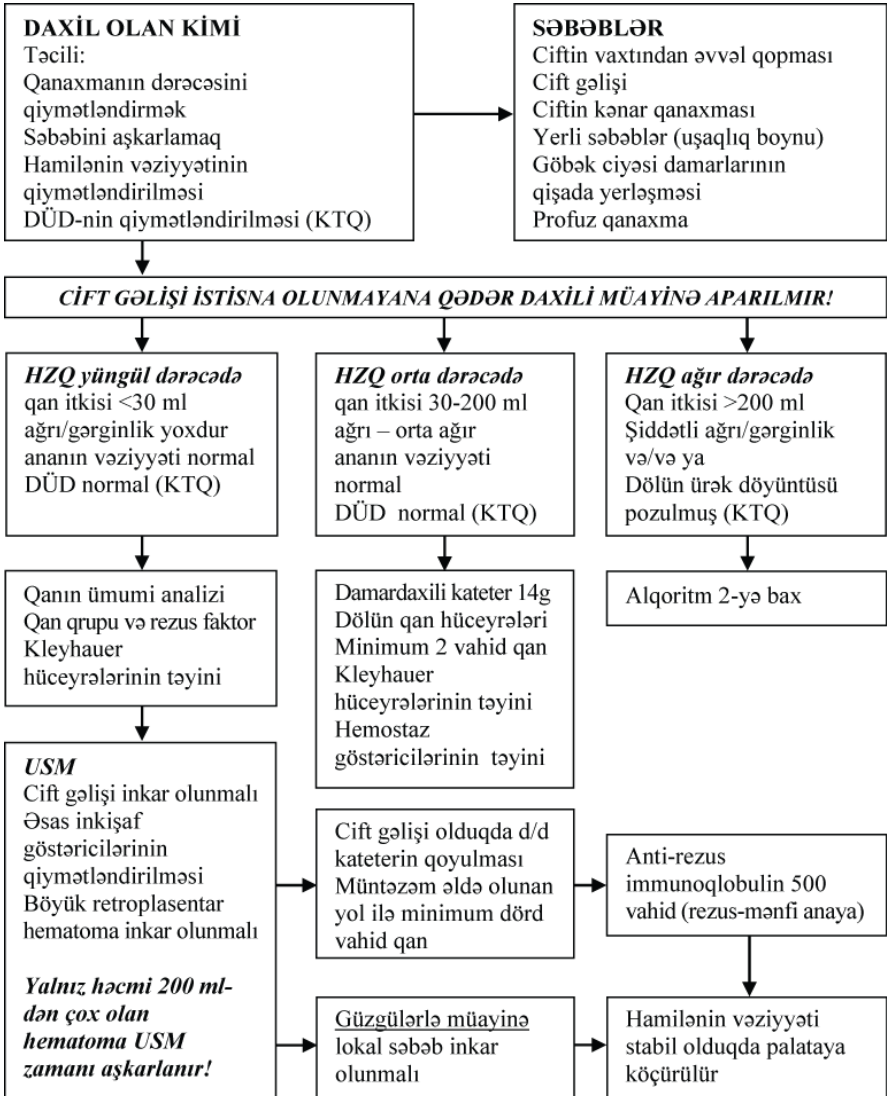
- ▶ Əməliyyatdan əvvəl mayelərin venadaxili (fizioloji məhlul və ya Ringer laktat) infuziyası ilə qanın həcmi bərpa edilməlidir.
- ▶ Vəziyyət stabilləşdikdə, körpənin doğulması və ciftin xaric edilməsi üçün dərhal laparotomiya edilməlidir.
- ▶ Əgər uşaqlıq histerektomiya ilə müqayisədə daha kiçik əməliyyat riski ilə bərpa oluna bilərsə (cırılmanın kənarlarında nekroz izləri yoxdursa), uşaqlığın tamlığı bərpa edilməlidir. Bu histerektomiya ilə müqayisədə daha az vaxt aparır və qan itkisini azaldır.
- ▶ Əgər uşaqlığın tamlığını bərpa etmək mümkün deyilsə, o zaman subtotal histerektomiya icra edilməlidir. Əgər cırılma uşaqlıq boynu və uşaqlıq yolundan keçərsə, total histerektomiya lazım ola bilər.

**Qeyd:** Sonrakı hamiləliklərdə uşaqlığın cırılması riski yüksək olduğu üçün təhlükə aradan qaldırıldıqdan sonra qadınla daimi kontrasepsiya üsulunun seçilməsi müzakirə edilməlidir.

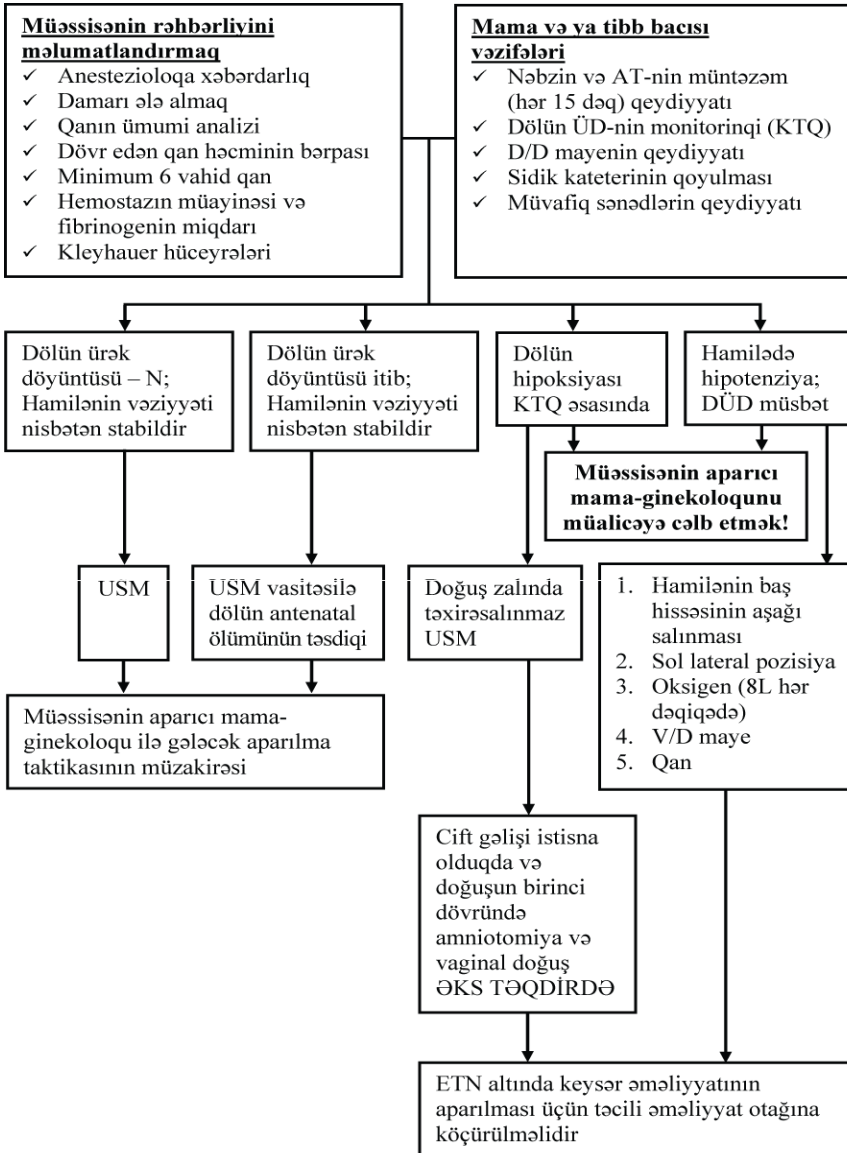


**Hamiləlik zamanı qanaxmanın stasionarda aparılma algoritmi**

**Hamilə qadında uşaqlıq yolundan hər hansı bir qanaxma olarsa, onun stasionarda müalicəsi zəruridir.**



## Ağır qanaxmaların aparılma algoritmi



## Uşaqlıqdan kənar hamiləliyin konservativ/medikamentoz müalicəsi

Medikamentoz (metotreksatla) müalicə ilkin klinik, laborator, radioloji müayinələrin nəticəsinə, eləcə də metodun fayda və risklərinin müzakirəsinə əsaslanaraq, xəstənin məlumatlı seçiminə əsaslanmalıdır (NICE, 2019):

Metotreksat terapiyasına göstərişlər:

- ▶ Təsdiqlənmiş ektofik hamiləlik və ya yüksək kliniki şübhə
- ▶ Diqqətli nəzarət və mümkün fəsadların vaxtında aşkarlanması üçün yalnız stasionarda (planlı şəkildə) müşahidə
- ▶ Əhəmiyyətli ağrının olmaması
- ▶ Ektofik hamiləlik pozulmamış olduqda: USM-də döl yumurtasının diametri 35 mm-dən az olan, ürək döyüntüləri görünməyən, inkişaf edən ektofik hamiləlik;
- ▶ Pasiyent hemodinamik cəhətdən stabildir
- ▶ Zərdabda beta-HCG səviyyəsi 1500-5000 BV /l arasındadır
- ▶ Metotreksatın tətbiqinə mütləq əks göstərişlərin olmaması.

**Qeyd:** Metotreksat pasiyentin ilk gəlişində təyin olunmamalıdır, yalnız uşaqlıqdan kənar hamiləlik diaqnozu tamamilə aydın olduğu və həyat qabiliyyəti olan uşaqlıq hamiləliyi halları istisnadır.

Metotreksat terapiyasına mütləq əks göstərişlər:

- ▶ Uşaqlıqdaxili hamiləlik
- ▶ Təsdiqlənmiş immun çatışmazlığı
- ▶ Orta dərəcəli və ya ağır anemiya, leykopeniya və ya trombositopeniya
- ▶ Metotreksata qarşı həssaslıq
- ▶ Aktiv ağciyər xəstəlikləri
- ▶ Aktiv peptik xora xəstəliyi
- ▶ Klinik əhəmiyyətli qaraciyər disfunksiyası
- ▶ Klinik əhəmiyyətli böyrək disfunksiyası
- ▶ Döşlə əmizdirən pasiyentlər
- ▶ Yırtılmış ektofik hamiləlik
- ▶ Qeyri-sabit hemodinamikası olan pasiyentlər
- ▶ Sonrakı nəzarət mümkün olmayan pasiyentlər

## Metotreksatla Müalicə Protokolları

### Bir dozalı müalicə protokolu:

- ▶ 1-ci gün – Metotreksat 50 mq / m<sup>2</sup> (m<sup>2</sup> - insan bədəninin səthinin sahəsi) dozada əzələdaxili yeridilir;
- ▶ Müalicədən sonrakı 4-cü və 7-ci gündə – β -HCG səviyyəsi təyin edilir
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən çox olarsa, β- HCG səviyyəsi hamiləlik olmayan səviyyəyə (15 BV/l-dən az) çatana qədər hər həftə ölçülməlidir.
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən azdırsa, yenidən metotreksat 50 mq/m<sup>2</sup> dozada əzələdaxili təyin edilir və HCG səviyyəsi təkrar yoxlanılır.
  - ✓ İki dozadan sonra HCG azalmırsa, cərrahi müalicə nəzərdən keçirilməlidir
- ▶ Əgər sonrakı nəzarət zamanı β - HCG plato (eyni) səviyyəsindədir və ya yüksəlsə, inkişafda olan uşaqlıqdan kənar hamiləliyin\* müalicəsi üçün metotreksatın tətbiqi müzakirə edilməlidir.

### İki dozalı müalicə protokolu:

- ▶ 1-ci gün - Metotreksat 50 mq / m<sup>2</sup> dozada əzələdaxili yeridilir
- ▶ 4-cü gün - Metotreksat 50 mq / m<sup>2</sup> dozada əzələdaxili yeridilir
- ▶ Müalicədən sonrakı 4-cü və 7-ci gündə - HCG səviyyəsi təyin edilir
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən çox olarsa, β-HCG hamiləlik olmayan səviyyəyə çatana qədər hər həftə ölçülməlidir.
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən azdırsa, 7-ci gün metotreksat 50 mq/m<sup>2</sup> əzələdaxili təkrar yeridilir və 11-ci gündə HCG-nin səviyyəsi yoxlanılır.
  - ✓ Əgər 7 -11-ci günlər arası β -HCG səviyyəsi 15% azalarsa, onun, hamiləlik olmayan səviyyəyə çatana qədər hər həftə ölçülməsi davam etdirilməlidir.
  - ✓ Əgər 7- 11-ci günlər arası azalma 15%-dən az olarsa, 11-ci

---

\* inkişafda olan uşaqlıqdan kənar hamiləlik - β-HCG səviyyəsinin azalmaması və ya onun konsentrasiyasının 3000 BV/l-dən yuxarı olması və burada aktiv qan axınının olmasıdır.

gündə 50 mq/m<sup>2</sup> metotreksat əzələdaxili yenidən təyin edilir və 14-cü gündə HCG səviyyəsi yoxlanılır.

- ✓ Dörd dozadan sonra HCG azalmırsa, cərrahi müalicə barədə düşünmək lazımdır
- ▶ Əgər sonrakı nəzarət zamanı  $\beta$  - HCG plato səviyyəsindədirsə və ya yüksəlişə, davamlı uşaqlıqdan kənar hamiləliyin müalicəsi üçün metotreksatın tətbiqi müzakirə edilməlidir.

### **Dəyişməyən çox dozalı müalicə protokolu:**

- ▶ 1, 3, 5, 7-ci günlərdə metotreksat 1 mq/kq əzələdaxili yeridilir; 2, 4, 6, 8-ci günlərdə əzələdaxili 0,1 mq/kq fol turşusu ilə növbələnir.
- ▶ Metotreksat vurulan günlərdə  $\beta$  - HCG səviyyəsi ölçülməlidir və HCG əvvəlki ölçüdə 15% azalana qədər davam etdirilməlidir.
  - ✓ Əgər azalma 15%-dən çox olarsa, metotreksatın qəbulunu dayandırın və hamiləlik olmayan səviyyəyə çatana qədər  $\beta$  - HCG səviyyəsi hər həftə ölçülməlidir (son nəticədə bir, iki, üç və ya dörd doza tələb oluna bilər).
  - ✓ Dörd dozadan sonra HCG azalmasa, cərrahi müalicə nəzərdən keçirilməlidir.
- ▶ Əgər sonrakı nəzarət zamanı  $\beta$  - HCG plato səviyyəsindədirsə və ya yüksəlişə, davamlı uşaqlıqdan kənar hamiləliyin müalicəsi üçün metotreksatın tətbiqi müzakirə edilməlidir.

Randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatların (RKT) sistemativ icmalı göstərir ki, bir dozalı və çox dozalı müalicə sxemlərinin nəticəsi eyni dərəcədə effektivdir; çox dozalı protokolun istifadəsində əlavə təsir riskinin artması müşahidə olunur.

Metotreksatın bir və iki dozalı müalicə protokollarının nəticələrini müqayisə etdikdə tədqiqatlar göstərir ki, HCG-nin ilkin səviyyəsi 3,600-5,500 BV/L arasında olduğu pasiyentlərdə iki dozalı rejim statistik olaraq daha yüksək dərəcədə effektivdir (88,9% - 57,9%-ə qarşı).

Medikamentoz müalicədən sonra zərərabda  $\beta$ -HCG səviyyəsinin normallaşması 2-4 həftə ərzində tamamlanır, lakin 8 həftəyə qədər də davam edə bilər. İki dozalı metotreksat rejimi istifadə edildikdə pasiyentlərin sağlması tək dozalı rejimlə müqayisədə daha sürətli gedir (25,7+13,6 günə qarşı 31,9+14,1)

**Əvvəlki qeysəriyyədən sonra təbii doğuşun (QSTD)  
müvəffəqiyyətli olmasına müsbət təsir edən və müvəffəqiyyətini  
azaldan amillər**

<b>QSTD-nın müvəffəqiyyətli olmasına müsbət təsir edən amillər:</b>	<b>QSTD-nın müvəffəqiyyətini azaldan amillər:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Əvvəlki vaginal doğuş</li> <li>✓ Əvvəlki qeysəriyyə əməliyyatının səbəbi dölün qeyri-düzgün vəziyyəti/ gəlişi olmuşdur</li> <li>✓ Doğuşun spontan başlanğıcı</li> <li>✓ Bişop şkalasına əsasən qiymətləndirmədə daha yüksək ballar</li> <li>✓ Fəsadlaşmamış, aşağı riskli hamiləlik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Əvvəl vaginal doğuşun olmaması</li> <li>✓ Əvvəlki qeysəriyyənin səbəbi doğuş fəaliyyətinin anomaliyası idi</li> <li>✓ Hazırki doğuşun induksiyası</li> <li>✓ Hamiləliyi ağırlaşdıran hipertenziv vəziyyətlər</li> <li>✓ BKİ &gt;30 kq /m<sup>2</sup></li> <li>✓ Ananın yaşı ≥40</li> <li>✓ İri döl (makrosomiya) ≥4000 q</li> <li>✓ Diabet (həm hestasion, həm də əvvəllər mövcud olan)</li> <li>✓ Anamnezdə dölün antenatal ölümü</li> <li>✓ Coxdöllü hamiləlik</li> <li>✓ Əvvəlki qeysəriyyə əməliyyatlarının birdən çox olması</li> <li>✓ Uşaqlığın çapıq boyunca cırılması riskini artıran bilən amillər.</li> </ul>

## Ədəbiyyat

1. Zahılıq dövrünün qanaxmaları üzrə klinik protokol, 2011 [https://www.isim.az/upload/File/reports/46\\_Zahiliq\\_dovrunun\\_qanaxmalari\\_W.pdf](https://www.isim.az/upload/File/reports/46_Zahiliq_dovrunun_qanaxmalari_W.pdf)
2. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. World Health Organization 2017 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf>
3. Spontaneous Abortion. Last Update: July 20, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>
4. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21), Published: 04/11/2016 <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg21/>
5. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy 2018 [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/02000/ACOG\\_Practice\\_Bulletin\\_No\\_\\_191\\_\\_Tubal\\_Ectopic.38.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/02000/ACOG_Practice_Bulletin_No__191__Tubal_Ectopic.38.aspx)
6. Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy, sept. 2021 <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy>
7. Vaginal Bleeding During Late Pregnancy. Last full review/revision Dec 2020 <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/symptoms-during-pregnancy/vaginal-bleeding-during-late-pregnancy>.
8. Management of Gestational Trophoblastic Disease, RCOG Green-top Guideline No. 38, September 2020 <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg38/>
9. Uterine Rupture. Last full review/revision Jul 2021. <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-and-complications-of-labor-and-delivery/uterine-rupture>
10. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management Green-top Guideline No. 27a, September 2018/ <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27a/>
11. Management of fetal death complicated by placenta previa during

- the midtrimester, 2017/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494400/#:~:text=We%20recommend%20an%20expectant%20management,during%20the%204%20E2%80%90week%20expectant>
12. Placenta previa: Management, 2021. <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management>
  13. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a, 2015 <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>
  14. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Last Update: August 2, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/>
  15. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. ACOG Practice Bulletin, 2019 <http://medi-guide.meditool.cn/ympdf/952D113A-E18B-95C6-4450-BCBD6EF9154C.pdf>
  16. Vaginal birth after caesarean (VBAC). Publication date: September 2020 [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0022/140836/g-vbac.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/140836/g-vbac.pdf)
  17. Vasa Previa <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-of-pregnancy/vasa-previa>
  18. Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27b, 2018 <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/vasa-praevia-diagnosis-and-management-green-top-guideline-27b/>
  19. Внематочная (эктопическая) беременность. [письмо Минздрава РФ от 6 февраля 2017 г. №15-4/10/2-729] <http://surl.li/dwfjw>
  20. Интенсивная терапия синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром, коагулопатия) в акушерстве. <https://www.mediasphera.ru/issues/anesteziologiya-i-reanimatologiya/2019/2/1020175632019021005>
  21. Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных новообразований плаценты (Трофобластическая болезнь) <http://www.oncology.ru/association/clinical->



guidelines/2014/52.pdf

22. Роды через влагалище после предыдущего кесарева сечения. Клинические протоколы МЗ РК – 2018 <http://surl.li/dwfk1>
23. Патология плаценты. Предлежание плаценты, 2017/ <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B/15699>
24. Послеродовые кровотечения (2019) <http://surl.li/dwfk1>
25. Предлежание плаценты. Последнее изменение содержания окт. 2020 <http://surl.li/dwfk1>
26. Преждевременная отслойка плаценты. Клинические протоколы МЗ РК – 2017 <http://surl.li/dwfk1>
27. Септический аборт. Последнее изменение содержания июнь 2019 <http://surl.li/dwfk1>
28. Трофобластические опухоли. Клинические рекомендации (утв. Минздравом России), 2018 <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-trofoblasticheskie-opukholi-utv-minzdravom-rossii/>
29. Хирургический метод в лечении трофобластических опухолей/[https://rosoncology.ru/library/journals/practical\\_oncology/arh035/08.pdf](https://rosoncology.ru/library/journals/practical_oncology/arh035/08.pdf)