***Mamalıqda operativ müdaxilələr.***

 Kiçik çanaq dölün irəlilədiyi doğum kanalını əmələ gətirir. Kiçik çanağın yumşaq toxumaları doğuş kanalının divarlarını əhatə edir. Ananın doğuş travmatizmi dedikdə kiçikçanağın sümük əsası və yumşaq toxumaların zədələnməsi başa düşülür. Ananın doğuş travmalarına 2istiqamətdə yanaşmaq lazımdır .

***I.Yumşaq toxumaların travmaları :***

1.Aralıq travmaları

2.Vulvanın travması(kiçik cinsiyyət dodaqlarının, kiltorun )

3.Uşaqlıq yolunun (vagina)

4.Uşaqlıq boynunun (servix )

5.Uşaqlığın cırılması (uterus rüptürü)

6.Uşaqlığın çevrilməsi (inversiyası)

7.hematomalar,fistullar

***II.Sümük əsasın travmaları***

1.Qasıq birləşməsinin aralanması

2.Qasıq birləşməsinin cırılması

3.Qalça – sakral birləşməsinin gərginləşməsi

 ***Aralığın zədələnmələri*** yatrogen və sponton olmaqla 2qrupa ,dərəcələrə görə isə 4 dərəcəyə bölünür:

1.dərəcə - arxa bitismə, aralıq dərisi, vajina mukozası zədələnir. Fasya və aralıq əzələləri zədələnmir. Bu laserasyonlara qanamaya səbəb olan periüretral zədələnmələr də aiddir.

2.dərəcə - perineal cismin fasya və əzələləri də zədələnir. Anal sfinkter zədələnmir. Bu qrupa laserasyonlar daha çox vaginanın 1 və ya 2 tərəfindən yuxarı doğru uzanır və üçbucaq formasında kənarları qeyri – düzgün formada olan yaralanmalar aiddir.

3.dərəcə - anal sfinkter də zədələnir.

4.dərəcə - laserasyonlar düz bağırsaq lumeni də daxil rektal mukoza boyunca uzanlr.

**-Zədələnmə riskləri:**

Venkates və dostları (1989) 20.500 vaginal doğuşda III və IV dərəcə aralıq zədələnmələrinin rast gəlmə tezliyini 5% olaraq bildirmişdilər. Zədələrin primer bərpa edildiyi 1040 xəstənin təxminən 10%-ində postoperativ yara açılması baş verdi. Və 2/3-nə təkrar cərrahi müdaxilə lazım oldu. Williams və Chames (2006) mediolateral epizyotomiyanın yara açılmasının ən əsas səbəbi olduğunu göstərdi. Goldaber və dostları (1993) IV dərəcə laserasyonu olan 390 qadının 21-inin (5.4%) xüsusi morbiditeye sahib olduğunu göstərdilər. Bu xəstələrin 1.8% -ində yara açılması, 2.8%-ində yara açılması ilə birlikdə izolə infeksiya vardı. Perioperativ İV 2gr sefazolin tətbiqi bu morbidite ehtimalını azaltsa da tam olaraq ortadan qaldıra bilmədiyi göstərilmişdir.

 Aralığın zədələnmələri hər hansı bir normal doğumda baş verə bilər. Amma Combs və bir qrup alim 1990-cu ildə 3. Və 4. Dərəcə zədələnmələr də başqa yanaşı risk faktorlarının olduğunu müəyyən etmişlər. Bu risk faktorlarına aşağıdakılar aiddir:

1. Mediyan epizyotomi
2. Nullipar
3. Doğuşun II dövrünün zəifliyi
4. Maşaların qoyulması
5. Lokal anestezi istifadəsi
6. Asya irq
7. Gələcək hissənin anormal prezentasiyaları və s.

 Epizyotomiya tam olaraq pudentanın insiyonudur. Perineotomiya perienin insizyonudur. Amma genis bir şəkildə epizyotomi praktik olaraq perineotomiyayla eyni mənada istifadə olunur. Epizyotomiya mediyan və mediolateral olaraq ayrılır.

**-Epizyotomiyanın məqsədləri:**

Epizyotomiya ən çox edilən obstetrik müdaxilə olsa da, istifadəsi son 25 ildə çox azalmışdır. Weber və Meyn (2001) ABŞ da 1979-1997 illər arasındakı epizyotomiya istifadəsi tezliyini qiymətləndirdilər: 1979-cu ildə vaginal doğuşda 65%, 1997-ci ildə - 39%, 2003-cu ildə 18% epizyotomiya olunmuşdur. 1970-cı illərdə ilk doğuşların demək olarki hamısında epiztomiya icra olunurdu. Ən əsas səbəblərdən biri kimi kənarları nahamar 1 yara yerinə daha asan bərpa edilə bilən düzgün-hamar 1 cərrahi kəsik olmasıdır. Ancaq uzunmüddətli yırtıqlarla müqayisədə epizyotomiyada postoperativ ağrının daha az olduğu, sağalmanın daha asan olduğu inancının səhv olduğu məlum olmuşdur ( Larisson,1991).

 Rutin epizyotominin tam olaraq təsdiq olunmamış 1 özəlliyi çanaq dibinin komplikasyonlarının (Məs.: vaginal divar dəstəyi defektləri və inkontinans) qarşısını olmağıdır. Angioli, Easo 2000-ci , Rodriguez- 2008 –ci illərdə apardıqları araşdırmalar nəticəsində rutin epizyotomiyanın anal sfinkteri və rektal yırtıqların rast gəlmə tezliyində artışla əlaqəli olduğu , epizyotomiyanın perineal cismi qorumadığı, III və IV dərəcə cırılma riskini artıraraq anal inkontinansa səbəb olduğu göstərilmişdir. Signorella –(2000) doğuş sonrası sağlam aralığı olanlara nəzərən epizyotomiyası olan qadınlarda nəcis və qaz saxlamamanın 4 ya 6 dəfə artdığını göstərmişdir. Sponton laserayonlarla müqayisədə belə epizyotomiyanın nəcis inkontinansı riskini 3dəfə, qaz inkontinansı riskini 4dəfə artırır. Alper (2008) ilk doğuşda epizyotomiya etmənin II doğuşda II dərəcə və ya daha dərin zədələnmə riskini 5dəfəyə qədər artırdığı bildirilmişdir.

 Bütün sadalananlara əsasən Amerika Mamalıq və Ginekologiya dərnəyi (2006) rutin epizyotomiyanın məhdud epizyotomiya ilə əvəz olunmasının daha doğru olduğu qənaətinə gəldi və epizyotomiyanın istifadəsinə seçici davranaraq, müvafiq göstərişlər olduqda icrasının daha düzgün olduğunu göstərdilər. Bu göstərişlərə çiyin distoniyası, sağrı gəlişi kimi fetal səbəblər, vakuum və ya maşa ilə doğuşlar, arxa ənsə gəlişi və epizyotomiya olmadığı təqdirdə sponton cırılma ehtimalının yüksək olduğu hallar aiddir.

 **-Epizyotomiyanın zamanlaması :**

 Erkən edilərsə yəni kəsik və doğuş arasında keçən zaman uzun olarsa bu müddətdə epizyotomiyaya bağlı qanama olduqca çox miqdarda ola bilər. Çox gec olarsa, sponton laserasiyaların qarşısını almayacaqdır. Epizyotomiyanın ən ideal edilmə vaxtı baş kontraksiyonu zamanıdır. Maşalar qoyulacaqsa əgər, maşalar qoyulduqdan sonra edilməsi məqsədəuyğundur.

 **-Mediyan və Mediyolateral epizyotomiya**

 Hollandiya Beynəlxalq Mamalıq və Ginekologiya dərnəyinin apardığı araşdırmalar , mediyan epizyotomiyayla müqayisədə mediolateral epizyotomiya sonrası ciddi perine laserasyonun rast gəlmə tezliyinin 4dəfə daha az olduğunu göstərdi.

1. Midline ( və mediolateral) epizyotomiya özəllikləri
* Cərrahi bərpa daha asan ( daha çətin)
* Qüsürlu sağalma nadir ( daha sıx)
* Postoperativ ağrı çox az (geniş)
* Anatomik nəticələr mükəmməl ( problemli)
* Qanama az (çox)
* Disparoni nadir ( bəzən)

* **Epizyotomiyanın bərpası**

 Bir qayda olaraq epizyotomiyanın bərpası son xaric olandan sonra aparılmalıdır. Bu həm diqqətin ciftin ayrılmasının və bütün pay və qışalarıyla xaric olmasına yönəlməsinə, həm də ciftin əllə ayrılması lazim gələrsə, bərpa prosesini yarımçıq saxlamaq məcburiyyətində qalınmaz. Tək bir dezavantaji , bərpa tamamlanana qədər kəsik sahəsində qanamanın davam etməsidir.

 Epizyotomiyanın bərpasının müxtəlif üsulları vardır. Amma hər hansı bir üsulun uğurlu olmağı üçün çoxlu tikiş etmədən hemostaz və anatomik bütövlüyü yenidən təmin olunmalıdır. Bərpa zamanı mütləq yerli anestetiklər istifadə edilməlidir. Mornar və Perlov (2008) bərpa üçün küt iynələrin daha uyğun olduğunu və iynə yaralanma insidansını azaltdığını göstərmişdir.Ən çox istifadə edilən tikiş materialı 2-0 kromik ketkutdur. I və II dərəcə zədələnmələrin Bərpa ardıcıllığı:

* Vagina insizyonu tikildikdən və himen halqasının kəsilmiş kənarları bərpa edildikdən sonra aralığın bərpasına keçilir.
* 2-0 və ya 3-0 saplardan istifadə edilərək birbaşa tikiş üsulundan istifadə edərək perinenin kəsilən fasya və əzələləri bərpa edilir.
* Daha sonra dərialtını bağlamaq üçün davamlı tikişlə yuxarı dpğru davam edilir və son düyün himen halqasının proksimalında bağlanılır.

 **IV dərəcə laserasiyanın bərpası**

Bununla bağlı fərqli metodlar olsa da hamısında rektal muskularisə təxminən 0.5sm aralıqlarla yerləştirilən sütürlərlə rektal mukozanın yırtılan kənarlarının birnirinə yaxınlaşdırılması vacibdir. Bu muskuler təbəqə daha sonra fasyal təbəqə ilə örtülür. Son olaraq anal sfinkterin kəsilən ucları sərbəstləşdirilir, yaxınlaşdırılır və tək-tək 3 və ya 4 tikişlə birləştirilir. Ardıcıllıq aşağıdakı kimidir:

* 3-0 və ya 4-0 krome və ya Vikril kimi incə, sorulan sapla tək-tək və ya davamlı şəkildə anorektal mukoza və submukoza təbəqələri yaxınlaşdırılır. Tikişlər anal sərhəddin alt kənarından təxmini 0.5sm məsafəda anorektumun submukozası boyunca yerləştirilir.
* II qat 3-0 Vikril ilə davamlı və ya tək-tək tikişlə rektumun əzələ təbəqəsi boyunca bərpa edilir. Zədələnən internal sfinkter də bərpa edilir.
* Daha sonra Eksternal anal sfinkter bərpa edilir.
* Davamı epizyotomiyada olduğu kimidir.

***Vaginal travmalar:***

Vaginanın orta ya da üst üçdə birini əhatə edən amma aralıq ya da serviks zədələnməsinin olmadığı izolə travmaları daha az rast gəlinir. Bunlar əsasən boylama zədələrdir və daha çox vakuum ya da maşalarla gedən doğuşlarla əlaqəli olaraq meydana çıxır. Belə zədələnmələr daha çox dərin təbəqələrə,altdakı toxumalara qədər uzanaraq, tikişlərlə kontrol edilməsi mümkün olan qanamalara səbəb olurlar. Bunlar, üst vaginaya diqqətli baxış aparılmasa gözdən qaça bilər. Uterus güclü yığılmasıyla meydana gələn qanama genital sistem zədələnməsini, plasenta parçalarının qalmasından və ya elə hər ikisindən də xəbər verir.

 Uretraya çox yaxın olan vagina ön divarının laserasyonları daha çoxdur. Bunlar əsasən ya qanama verməyən ya da çox az qanayan səthi yaralardır və bərpasına da çox vaxt ehtiyac qalmır. Əgər geniş yaralanmalar olarsa, sidik ifrazında çətinlik yaradar və daimi kateter yerləştirilir.

 ***Servix yaralanmaları :***

* I dərəcə 2 sm qədər
* II Dərəcə 2 sm artıqdır ancaq uşaqlıq yolu tağına çatmır
* III Dərəcə Tağ cırılır, hətta tağı da keçir

 Vaginal doğuşların yarısından çoxunda serviks zədələnmələri olur. Bunların da çoxu 0.5smdən kiçikdir, ancaq dərin servikal cırıqlar vaginanın üst 2/3 hissəsinə qədər uzana bilər. Nadir hallarda serviks , vaginadan qismən və ya tam olaraq ayrıla bilər.Belə bir kolporeksis ön,arxa və ya yan fornikslərdə ola bilər. Bu tip zədələnmələr bəzən çətin maşa rotasiyalarında ya da yetərsiz açıklığı olan serviksdə, maşa kənarlarının serviksə tətbiq olunduğu doğuşlarda yarana bilər. Serviks cırılmaları nadir hallarda alt uterin segmentinə, uterin arteriya və ana şaxələrinə və hətta peritona qədər irəliləyə bilər.

 Vaginaya qədər uzanmış yırtıklar ciddi bir şəkildə araşdırılmalıdır. Peritoneal perforasiya ya da retroperitoneal və intraperitoneal qanama şübhəsi varsa, laparatomiya düşünülməlidir.

 2sm-ə qədər olan servikal laserasiyaların demək olarki hər doğuşda görülməsi mümkündür. Belə zədələr asanlıqıa sağalır, sağalarkən oval formada olan external osda dəyişikliklərə səbəb olur: doğumdan əvvəl oval formalı extarnal os doğumdan sonra genişlənir və xətt şəklində qalır.

 Bəzən doğuş zamanı ödemli olan serviksin ön dodağı fetal baş və simfiz pubis arasıda sıxılaraq təzyiqə məruz qalır. Ciddi işemiya olarsa servikal dodaq nekroz olabilər və hətta qopa bilər.

 Doğuşun III fazasında və sonrasında həddən artıq xüsusən uterus kontrakte olduqda qanama yaranan hallarda dərin bir serviks cırılmasından şübhələnmək lazımdır. Ətraflı müayinə lazımdır və yumşaq serviksin təkcə barmaqla müayinəsi əsasən kifayət etmir. Bu səbəblə zədələnmənin ölçüləri serviksin ətraflı inspeksiyasından sonra müəyyənləşə bilər. Ən yaxşı baxış, cərrahın açıq serviksi bir halqavari forsepslə tutması zamanı asistent tərəfindən uterusun aşağıya tərəf üstdən sıxılması ilə əldə edilir.

 Böyük operativ müdaxilələrdən sonra yaranan dərin yırtıqların baş vermə ehtimalının yüksək olduğu nəzərə alındıqda serviks bütün çətin doğuşlardan sonra hətta heç qanaxma olmasa belə 3-cü fazadan sonra rutin olaraq yoxlanılmalıdır.

 Müalicə: dərin serviks zədələnmələri əsasən cərrahi bərpa zəruri edir. Laserasyon servikslə sərhədli olduğundan, ya da vaginal tağlara qədər uzanmış olsa belə serviksin tikilməsi ilə yaxşı nəticələr alınır. Qanama əsasən yaranın üst bucağından yarandığından ilk tikiş bucağın proksimalına edilir. Tikişin davamı xaricə doğru cərrah istiqamətində aparılır. Servikal laserasyonlar bərpa olunarkən qanamanı azaltmaq üçün əlaqəli vaginal laserasyonlar üzərinə tampon tətbiq edilə bilər. Bərpa prosesində aralıqlı ya da davamlı sorula bilən saplar istifadə edilir.

 ***Puerperal (zahılıq) hematomalar:***

 Aparılan araşdırmalarda Cunningham (2002) 1000 normal doğuşda 1 belə vəziyyətin yarandığının şahidi olmuşdur. Bununla bağlı əsas ,ən çəx rast gəlinən risk faktorları kimi – nulliparite, epizyotomiya və maşalarla gedən doğuşlar göstərilmişdir. Bundan əlavə hematomalar, səthi toxumalarda heç bir zədələnmə olmadan hər hansı bir qan damarının zədələnməsi nəticəsində də yarana bilər. Bunlar sponton və ya cərrahi doğuşda da ola bilər və qanama nisbətən gecikə bilər. Von-Villibrand xəstəliyi kimi nadir səbəblərdən də baş verə bilər.

 Puerperal hematomalar vulvar, vulvovaginal, paravaginal, retroperitoneal olmaqda təsnif edilir. Vulvar hematomalarda əsasən posterior rektal, transvers perineal ya da posterior labial arteriyadan təşkil olunmuş pudental arteriya şaxələrini əhatə edər. Paravaginal hematomalar, uterin enən arteriyasının şaxələrini əhatə edə bilər. Nadir hallarda parçalanmış damar pelvik fasiyanın üzərində ola bilər, o zaman hematom pelvik fasiyanln üstündə yaranır. Erkən mərhələlərdə hematom vaginanın üst hissəsinə qədər uzanan bir şişkinlik yaradır və hətta vagina boşluğunu bağlaya bilər. Qanaxma davam edərsə , retroperitonu yayılar və bu şəkildə inguinal ligamentin üstündə əllənən bir kütlə yarada bilər.Ya da yuxarı doğru yayılaraq diyafragmanın alt sərhəddinə çata bilər.

***Vulva hematomaları***

İlk simptom kimi getdikcə artan ağrılar qeyd olunur. Orta böyüklükdəki hematomalar öz-özünə də sorula bilər. Hematomaların təzyiqinə məruz qalan toxumalarında nekroz buna bağlı toxumalarda rüptür və nəticədə güclü qanaxma da baş verə bilər. Hematomalar özləri də partalayaraq qan və laxtalar şəklində açıla bilər.

 Tünd göy rəngdə, elastik konsistensiyalı, fluktuasiya verən , konturları aydın olmayan, palpasiyada kəskin ağrı ilə özünü göstərən şişəbənzər törəmə kimi anidən ortaya çıxmasına əsasən asanlıqla diaqnoz qoyula bilər.

Tenezmlər,düz bağırsağa, sidik kisəsinə , böyük cinsiyyət dodaqlarına,aralıq nahiyəsinə irradiasiya edən ağrılar bunlar üçün xarakterikdir.

 Müalicəsi: Doğuşdan sonra erkən zahılıqda müəyyən edilən kiçik vulvar hematomalar sponton absorbsiya oluna biləcəkləri üçün heç bir müdaxilə etmədən nəzarətdə saxlanıla bilər. Amma əgər şiddətli ağrı varsa və ya hematoma böyüməyə davam edirsə , en ideal müalicə kəsik aparılaraq ,drenaj qoyulmasıdır. Bu kəsik əsasən hematomada gərginliyin ən çox olduğu nöqtədən edilir, hematomanın içi boşaldıqdan sonra, boşluğu tikişlərlə bağlanılır. Əgər hematoma boşaldıldıqdan sonra qanama mənbəyi aşkar edilməsə hematoma boşluğu cərrahi yolla bağlanılır və vaginaya 12-24 saatlıq tampon yerləşdirilir. Orqanizmin qan itkisi olduğundan hipovolemiya, şiddətli anemiyanın profilaktikası qan, qan elementləriylə edilməli və cərrahi bərpa ehtiyac olduğu hematomalı xəstələrə əlavə olaraq maye transfuzıyası da olunmalıdır.

 Subperitoneal və supravaginal hematomaların müalicəsi cərrahi olaraq bu sahələrə çatmaq çətin olduğu üçün dah çox diqqət tələb edir. Bunların bəziləri vulvar və ya vaginal insizyonla boşaldıla bilinər amma tam hemostazın bərpası alınmırsa laparotomiya məsləhət görülür.

 Doğuşla əlaqəli olaraq yaranan qanaxmalarda aşağıdakı cərrahi yöntəmlər istifadə edilə bilər:

* Uşaqlıq arteriyasının ligasyonu
* Uşaqlığa sıxıcı tikislərin qoyulması
* Daxili qalça arteriyasının liqasyonu
* Angioqrafik embolizasiya

***Uterus rüptürü***

Əvvəlcədən mövcud olan zədə və ya anomaliyanın nəticəsi olaraq, travma ilə əlaqədar və ya normal fizioloji doğuşun 1 ağırlaşması kimi meydana çıxa bilər.Uterus rüptürünün en sıx səbəbi əvvəlki QKƏ çapığının yararsızlığıdır.

Etiologiyası:

1.Miometriumla əlaqəli əməliyyatlar

* Keysəriyyə kəsiyi əməliyyatı və histerotomiya
* Uterus rüptürünün bərpası anamnezi
* Interstisial hissənin dərin kornual rezeksiyası və s.

2.Təsadüfi uterus travmaları :

* əvvəlki hamiləlikdə səssiz rüptür
* iti və ya küt travmalar
* küretaj

3.Kongenital anomaliya

* tam inkişaf etməmis uşaqlıq buynuzundakl hamiləlik

4.Doğuşdan əvvəl:

* davamlı, güclü uşaqlıq yığılmaları
* doğuşun stimulyasiyası – oksitosin, PG
* İntraamniyotik maye tətbiqi – salin və ya PG
* Uşaqlığın həddən artıq gərilməsi- polihidramniyon, multipl hamiləlik

5.Doğuş zamanı:

* Maşalarla doğuş
* Daxili cevrilmə aparılan doğuşlar
* Sürətli doğuş
* Alt seqmentin gərilməsinə səbəb olan fetal anomaliyalar
* Doğuş zamanı güclü uşaqlıqdaxili təzyiq
* Plasentanın əllə macburi çıxarılması

6.Qazanılmış səbəblər:

* Plasenta inkreta
* Gestasyonal trofoblastik neoplaziya
* Adenomiyozis və s.

 Uterus rüptürü təsnifatı :

A )klinik gedişatına görə:

1. Komplet (tam ) – uterus divarının bütün qatları ayrılmışdır, Seroza ilə miometriyanın sıx birləşdiyi nahiyələrdə olur
2. Inkomplet (natamam) – uterus əzələ qatı parçalanmış, amma visseral periton intaktdır, Parametral toxumada hematoma Istənilən yerdə rast gəlinir

B) patogenetik olaraq :

1. Sponton -heç bir kənar müdaxilə olmadan baş verir
2. Travmatik - düzgün icra olunmayan mamalıq müdaxilələri nəticəsində baş verir

C) Lokalizasiyasina görə:

1. Uşaqliq dibində
2. uşaqliqin cismində
3. aşagi seqmentdə
4. uşaqliqin taglardan
5. Ayrilmasi – qopması

Uşaqlığın rüptürü təhlükəsi zamanı klinika əvvəlcə:

* Güclü doğum fəaliyyəti, kəskin ağrılı
* Uşaqlığın uzununa dartılması
* Uşaqlığın dibi orta xətdən kənarda
* Girdə bağlar gərgin və ağrılıdır
* Kontraksion həlqə (uşaqlığın cismi ilə aşağı seqmenti arasında əmələ gələn )tam açıqlıqda göbək səviyyəsinə qədər qalxır , çəp durur, uşaqlıq qum saatı formasını alır
* Uşaqlığın aşağı seqmenti həddindən artıq gərilmiş və nazilmiş, palpasiya zamanı kəskin ağrılı, gələcək hissəni təyin etmək mümkün deyil
* Dölün başı və çanaq sümüyü arasında sidik kisəsinin və ya uretranın sıxılması nəticəsində sidik ifrazının çətinləşməsi
* Qeyri iradi və effektsiz gücənmələr və gələcək hissənin irəliləməsi
* Xəstənin həddindən artıq narahat vəziyyəti

Vaxtında yardım olunmasa başlanmış vəziyyətə keçir və klinika dəyişir:

* Sancılar qıcolma xarakterlidir
* Doğuş yollarından qanlı ifrazatın gəlməsi
* Sidikdə qanın olması
* Dölün vəziyyətinin pisləşməsi (ən əsas göstəricisi gec deselerasyalar, bradikardiyadır ki, fetusun həyati təhlükəsindən xəbər verir )
* Doğan qadının həddindən artıq oyanıq olması

Uşaqlığın Cırılması zamanı doğan qadın çox güclü , kəsici ağrı hiss edir

* Dərhal doğuş fəaliyyəti dayanır
* Doğan qadın dərhal apatik olur
* Ümumi vəziyyətinin pisləşməsi ilə dəri örtükləri solğunlaşır, nəbzin tezləşməsi, onun dolğunluğunun azalması, arterial təzyiqin azalması kimi tipik şok elamətləri yaranır
* Baş vermış cırıqlar zamanı qarının forması dəyişilir, girdə bağların gərginliyi azalır
* Döl tam və ya hissəvi qarın boşluğuna düşür
* Palpasiya zamanı döl hissəcikləri bilavasitə qarın divarının altında əllənir, vaginal müayinədə gələcək hissə müəyyən edilmir.
* DÜD itir
* Xarici qanaxma adətən güclü olmur

 Müalicə : Təcili laparotomiya, Yaranın kənarları kəsildikdən sonra cırığın tikilməsi. Uşaqlıq arteriyalarının və ya daxili qalça arteriyalarının bağlanması.Qarın boşluğunun drenə edilməsi

 ***Uterusun inversiyası***

 Uşağın doğulmasından sonra yarana biləcək tam uşaqlıq inversiyası əsasən uşaqlıq dibinə implantasiya olmuş plasentaya birləşmiş göbək ciyəsinin güclü traksiyasının bir nəticəsidir (plasenta akreta).Tam inversiyayla yanaşı natamam inversiya da baş verə bilər. Fundusa edilən təzyiq ilə uşaqlığın aşağı seqmenti və serviks də daxil , uşaqlıqla bərabər, asanlıqla ayrılmayan göbək ciyəsinin traksiyasıyla uterus inversiyası baş verir.

 Uterus inversiyası rast gəlmə tezliyi dəyişkəndir və Achanna( 2006) , Baskett (2002), Patt və Druzin (1981) araşdırmalarında 3000 normal doğuşda görülmə sıxlığı 1(bir) olmuşdur.

*İdarə edilməsi* ***:***  Uterus inversiyası təcili, həyatı önəm daşiyan qanaxmayla birlikdə olur. Təcili müdaxilənin gecikməsi mortalite riskini dəfələrlə artırır. Ona görə də eyni zamanda aşağıdakılar edilməlidir:

1. Anestezioloq və reanimatoloji briqada təmin edilməlidir
2. Plasentası ayrılmış, inversiyanın lap erkən fazasında, uterus, fundus vagina boyunca ovuc içi və barmaqlarla yuxarıya doğru itələnərək yerinə yerləşdirilə bilinər.
3. Hipovolemik vəziyyətın qarşısını almaq üçün yetərli miqdarda qan ,qan elementləri və kristalloid verilir.
4. Plasenta hələ də uterusa birləşmiş vəziyyətdədirsə, yetərli maye infuzyonu edilmədən,halogenli inhalyasyon elementləri kimi uterusu yumşaldan anestetiklər verilənə qədər plasentani çıxarmağa çalışmaq olmaz. Bu hallarda Terbutalin, Ritodrin ,Mg sulfat və nitroqliserinkimi digər tokolitik maddələr uterusun \*boşalmasına\* və yerinə yerləştirilməsi zamanı geniş istifadə edilir. Yadda saxlamaq lazımdır ki , əgər uşaqlıq vaginadan kənara çıxıbsa hazırlıq mərhələsi tamamlanana qədər vagina içinə salınmış vəziyyətdə saxlamaq lazımdır.
5. Bütün hazırlıqlar tamamlandıqdan sonra, plasenta çıxarılır,onu dilatasiya olmuş serviksə itələmək üçün invertasiya olmuş uterus fundusuna davamlı yumruqla sıxıcı təzyıq edilir. Alternativ olaraq 2 barmaq sərt şəkildə fundusun mərkəzini yuxarı doğru itələmək üçün istifadə edilir. Dİqqət!!! Barmaq ucları ilə uterusu perforə edə biləcəyimizi unutmamalıyıq!!! Uterus yerinə yerləştirildək sonra tokolitik dərmanlar kəsilir. Cərrah uterusu normal anatomik pozisyasında qalmasını təmin edəcək şəkildə saxlayarkən artıq oksitosin infuzyasına başlanılır.
6. Uterus yığıldıqdan sonra gələcəkdəki inversiyalar baxımından cərrah vaginal kontrol edər.

*Cərrahi müdaxilə****:*** Uterus inversiyası yuxarıdakı sadalanan manevralarla çox vaxt əvvəlki vəziyyətinə gətirilir. Amma bəzi hallarda, uşaqlığı kəskin yığılma vəziyyətində olması səbəbiylə vaginal manipulyasiyayla əvvəli halına gətirmək mümkün olmur (Kochenour 2002). Bu hallarda laparatomiya mütləq seçimdir. Fundus aşağıdan yuxarıya doğru itələnərkən eyni zamanda yuxarıdan da çəkiləbilər. Dərin traksiyon sütürü, inversiyadakı uterusa komək edə bilər. Yaranmış kontraksiya həlqəsi laparatomiyadan sonra belə uterusu yerinə yerləştirməyə mane olursa, fundusu ortaya çıxarmaq üçün həlqənin arxa tərəfinə diqqətli şəkildə bir kəsik edilir (Van Vugt 1981) (Robson (2005) fundusun təpə hissəsini tutmaq üçün toxuma forsepsinin fərqli bir istifadə şəklini göstərmişdir). Fundus yerləşdirildikdən sonra miometriumun yığılmasını boşaltmaq üçün istifadə edilən anestetik kəsilir, oksitosin infuzyası başlanılır və uterusdakı kəsik də bərpa olunur.

 ***Uterus atoniyası :***

 Obstetrik qanaxmanın ən sıx səbəbi doğuş sonrası uterus yığılmasının yetəri qədər olmamasındadır. Risk faktorları:

A)həddən artıq gərilmiş uterus

1. İri fetus
2. Multipl hamiləlik
3. Polihidramniyon
4. Laxtalarla yaranan genişlənmələr

B) doğuşun stimulyasiyası

C) anesteziya və ya analgeziya

1. Halogenli vasitələr
2. Hipotansiyona səbəb olan analgeziya

D)\*yorğun\* miometrium

1. Sürətli doğuş
2. Uzanmış doğuş
3. Oksitosin və PG stimulyasiyası
4. Koryoamniyonit

E) uterin atoni anamnezi

 Uterus atoniyası risk faktorları bilinsə də hansı qadınlarda hansı hallarda yarana biləcəyini müəyyən etmək çox çətin məsələdir. Bütün hallarda bu vəziyyətlə qarşılaşdıqda aşağıdakılar edilməlidir:

1. Uterotonik vasitələr: oksitosin, PG, ergot tərkibli dərmanlar
2. Medikamentoz nəticə əldə edilmədikdə ,ən sadə müdaxilə bimanual uterus sıxılması tətbiq edilir: bir əllə abdominal olaraq uterusun arxa tərəfini fundus hissəsi və digər yumruq halinda əllə vaginal yoldan uterusun ön tərəfinə masaj edilməsidir.
3. Hipovolemik şokun profilaktikasına başlamaq.
4. Plasenta hissəciklərinin qalma ehtimalını dəyərləndirmək üçün uşaqlıq boşluğunu daxili müayinə ilə kontrol etmək.
5. Stabilizasiya etdikdən sonra servikal və vaginal zədələnmələrin olub olmadığını müəyyən etmək üçün ətraflı baxış aparmaq.
6. Böyrək funksiyasının nəzarəti məqsədilə foley kateteri yerləştirmək.
7. Nəticə əldə olunmadıqda Transfuziya+ iv oksitosin+bimanual uterus masajı edilərək cərrahi müdaxiləyə hazırlıq

*Cərrahi müdaxilə****:***  Uterin atoniyada uşaqlıq arteriyasının bağlanması internal iliak arteriyanın bağlanmasına nəzərən daha az əhəmiyyətlidir. Daxili qalça arteriyasının bağlanması da texniki olaraq çətin olması, histerektomiya lazım gələrsə zaman itkisinə səbəb olduğundan dolayı çox da seçılən metod deyildir.

 B-Lynch (1997) postpartum atoniya üçün uterusun bir cüt #2 kromik sütürlə vertikal olaraq tikildiği bir üsulu- uterus kompressiyası tikişlərini təqdim etmişdir:

1. Uşaqlığın aşağı seqmentində kəsiyin başlanğıcının altından salınan cərrahi iynə uşaqlıq boşluğunu keçərək kəsiyin üst tərəfindən çıxarılır.
2. Tikiş uterusun arxa tərəfinə doğru vertikal ox boyunca davam etdirilirArxa divarda xəyali olaraq \*öndəki kəsik\* səviyyəsində saxlanılır
3. Həmin nöqtədə yenidən iynə uşaqlıq boşluğuna salınır soldan --- sağa köndələn istiqamətdə irəliləyərək arxa divarda əks tərəfdən çıxarılır.
4. Həmin nöqtədən yenə vertikal ox boyunca fundusu keçməklə uterusun ön divarına doğru tikiş davam etdirilir.
5. Kəsik nahiyyəsinə çatdıqda yenidən uşaqlıq boşluğuna girilib , kəsiyin altından iynə çixarılır və həm yerdə düyün vurulur.

 Bu üsulun həyat qurtarıcı müsbət tərəflərə olsa da , bəzi ağırlaşmaları da qeyd olunur. Araşdırmalarda ,peritonit, işemik nekroz ,sonrakı hamiləlikdə uterusda deffektlər müəyyən edilmişdir (Gottlieb, Joshi, Ochoa,Treloar) .

 **Uterus tamponu**

 Fertilliyi qorumaq istəyən qadınlarda uşaqlıq atoniyası ilə əlaqədar postpartum qanaxmalarda istifadə edilir. 20. əsrin ilk yarısında məşhurlaşan bu metod, gizli qanama və infeksiya riskləri səbəbiylə artıq öz önəmini itirmişdir.Bu kimi ağırlaşmaların daha az olduğu yeni formaları yaranmışdır (Roman və Rebarber 2003). Bunların birində ,30ml-lik balonu olan 24F Foley kateterin ucu uşaqlıq boşluğuna yerləşdirilir və 60-80ml salin ilə şişirdilir. Açıq ucu uşaqlıq boşluğundan daimi drenaja şərait yaradlr.Qanaxma əgər dayanarsa, 12-24saat sonra kateter çıxarılır.

 ***Fistullar:***
 Doğuş zamanı başın uzun müddət(2 saatdan çox) bir səviyyədə dayanması nəticəsində ətraf toxumaların qan təchizatının pozulması, sonradan nekrozu və fistulun( vezikovaginal, vezikoservikal, rektovaginal) yaranmasına səbəb olur .Fistullar doğuşdan 6-7 sutka sonra əmələ gəlir
Fistullar aralığın travmalarının bərpasının II-li sağalması zamanı da baş verə bilər,
laparotomiya zamanı bağırsaq və sidik kisəsinin zədələnməsi zamanı da yarana bilər. Əsas kliniki əlamətləri:

* Sidiyin , qazın, nəcisin qeyri iradi uşaqlıq yolundan ifrazı
* Uşaqlıq yolunda yerli iltihabi proseslər

Müalicəsi : doğuşdan 4 – 6 ay sonra aparılan plastik əməliyyatlar

***Doğuş zamanı sümük əsasın travmaları:***

 Hamiləlik zamanı relaksin və progesteron hormonlarının təsiri ilə bu birləşmənin yumşalması baş verir. Bu qasıq bitişməsinin hərəkətliliyinin artmasına, ağrıların əmələ gəlməsinə səbəb olur .

Doğuş zamanı simfiz pubis və ya sakroiliak sinxondrozislərinin birinin ayrılması güclü ağrı və hərəki məhdudluğa səbəb olabilər. Araşdırmalara görə simptomatik ayrılma nadirdir. Simptomatik ayrılma yəni ağrı doğuş zamanı başlayır ,antepartum və ya postpartum 48 saata qədər keçib gedir (snov və Neobert 1997). Bu zaman müalicə sadəcə konservativdir. Yan pozisiyada uzadılır və sıx pelvik bandaj istifadə edilir. Simfizin 4sm-dən çox ayrıldığı bəzi hallarda cərrahi müdaxilə lazım gəlir. Simfiz ayrılmasının sonrakı hamiləlikdə təkrarlanma ehtimalı 50% - dən çox olduğundan Cullingan( 2002) operativ yolla doğuşu məsləhət görürlər.

I Mamalıq Ginekologiya kafedrası dos.Sultanova Səadət