

**Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті
Акушерлік және гинекология кафедрасы**

СӨЖ

**Тақырыбы: «Жатырдан тыс жүктілік. Аналық
безінің апоплексиясы. Кистаның жарылуы.
Асқынған босанудан кейінгі, гинекологиялық
операцилардан кейінгі пациенттердің
реабилитациясы».**

**Орындаған: Қазақбай Б.А
Тексерген: Жанабаева С.У.**

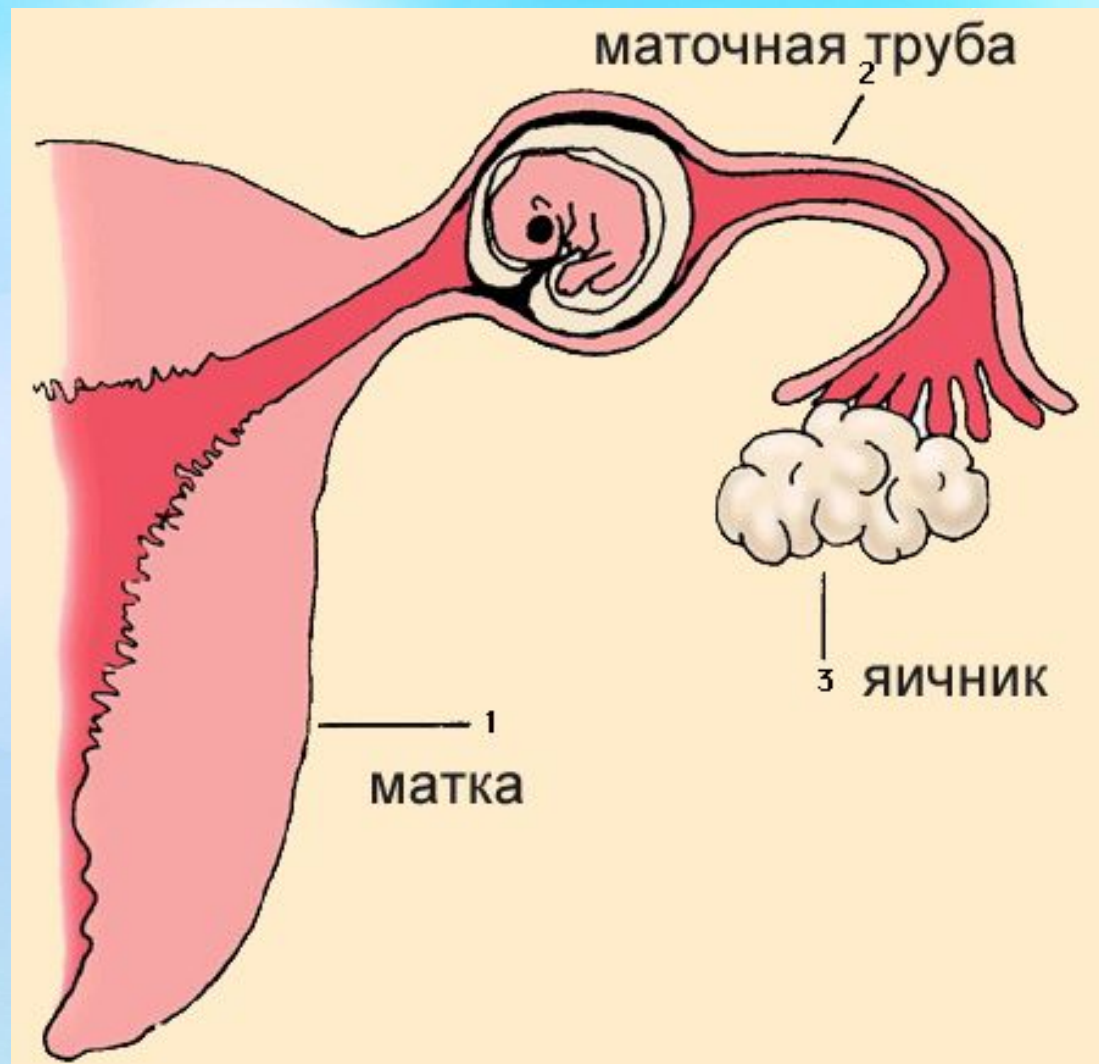
Қарағанды 2015 жыл

Кіріспе

Соңғы 20 жылда жатырдан тыс жүктілік жиі кездесуі анықталады. Ол түсіктер санының жоғарылауымен, жыныс мүшелерінің қабыну ауруларымен, ЖІС қолдану, нейроэндокринді бұзылыстар, қосымша репродуктивті технологияны қолдану, психоэмоционалды бұзылыстарға байланысты. ЖТЖ құрылымында қабыну аурулары 42 ден 80% құрайды. Қазіргі заманға дейін шұғыл гинекологиялық аурулар арасында 2-ші орын алады, құрсақ ішіне қан құйылулармен кездесетін аурулар ішінде бірінші орын алады. ЖТЖ репродуктивті 23 және 40 жас аралығында оң жақтық жиі кездеседі. Ол қалыпты алғаш және қайта босанатындар арасында және жатырдан тыс жүктіліктен кейін де кездесуі мүмкін. Қайталамалы эктопиялық жүктілік 7,5-22% әйелдер арасында кездеседі. 36-80% әйелдерде ол екіншілік бедеуліктің себебі болып табылады.

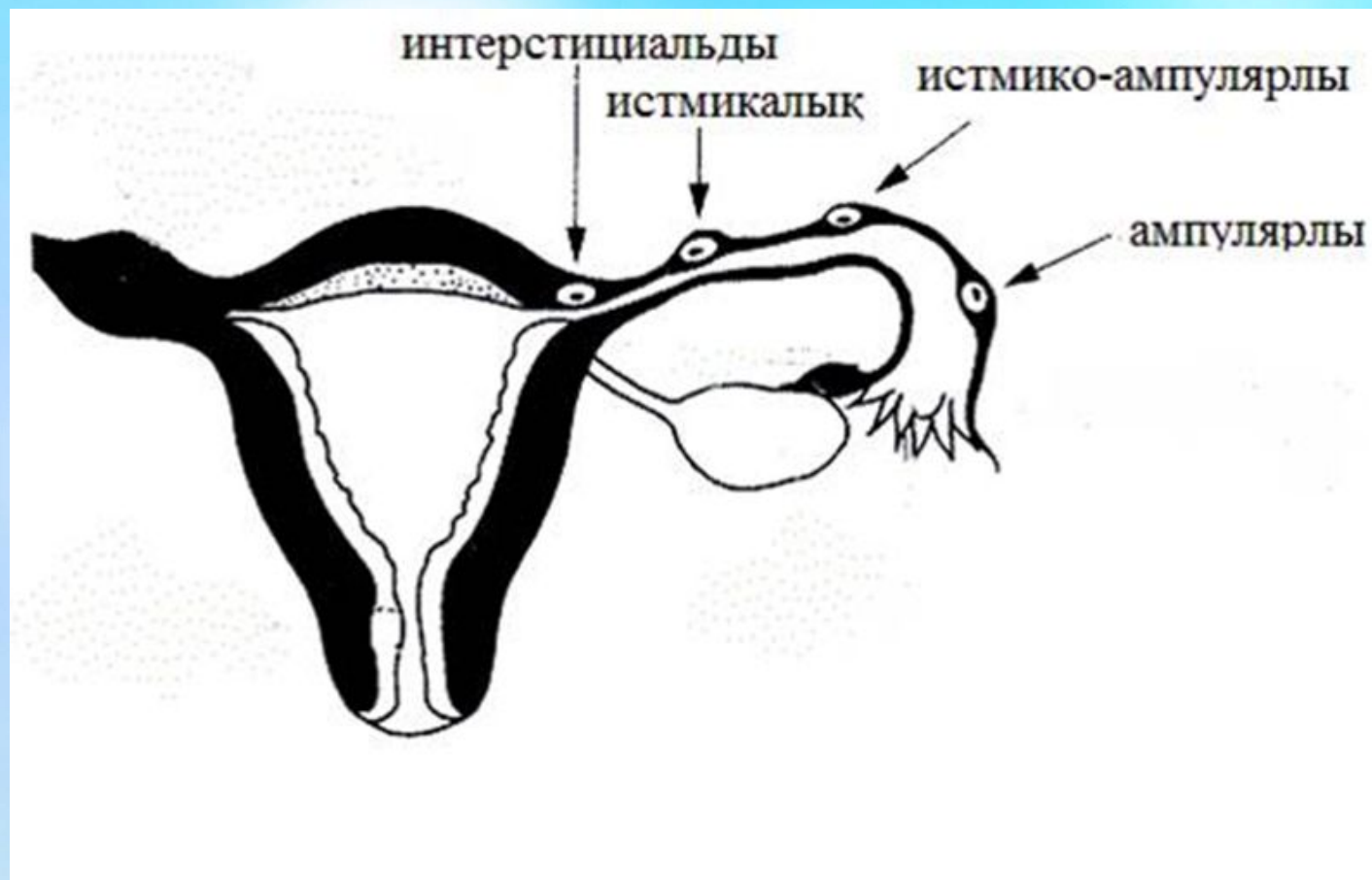
Жатырдан тыс жүктілік деп жатырдан басқа жерде орналасқан ұрығы бар кез келген жүктілік.

Жатырдан тыс түтікшелі жүктілік дегеніміз- жатырда емес, түтікшеде орналасып, дамып келе жатқан жүктілікті айтады.



Ұрықтың имплантациялану орнына қарай түтіктік жүктілікті бөледі:

- Жатыр түтігінің ампулярлы бөлігінде;
- Жатыр түтігінің истмикалық бөлігінде;
- Жатыр түтігінің истмика-ампулярлы бөлігінде;
- Жатыр түтігінің интерстициальды бөлігінде.
- жатырдан тыс жүктілік



Механизм

Қалыпты жүктілік кезінде жұмыртқаның сперматозоидпен ұрықтануы жатыр түтігінде жүреді. Кейін зигота жатыр түтігіне түседі. Жатырдан тыс жүктілік кезінде зигота жатыр қуысына жетпей түтікте бекітіледі немесе түтікте қарсы бағытта жылжып, аналық безге немесе қоршаған іш қуысында бекітіледі. Эмбрион дамуы үшін жатырдан тыс ортада қалыпты жағдай болмағандықтан, хорион қылталары ағза тіндеріне еніп зақымдайды, іш қуысының қан құйылуына алып келеді.



- ДДҰ-ның жіктеуі ұрық орналасуына негізделген, эктопиялық жүктіліктің мына формаларын ажыратады:
- Абдоминальды (құрсақ ішілік) жүктілік (0,3-0,4%).
- Түтіктік жүктілік (98-99%).
- Анабездік жүктілік (0,1-0,7%).
- Жатырдан тыс жүктіліктің басқа формалары:
- Жатыр мойындық(0,1-0,4%).
- Жатыр мүйізшесіндегі (0,2-0,9%).
- Интралигаментарлы (0,1%).

Этиология және патогенез

- Келесі қауіп қатер топтарын ажыратады:
- КЖМҚА;
- Түсіктер;
- ЖІС қолдану;
- Нейроэндокриндік бұзылыстар;
- Психоэмоционалдық жүктеме

Диагностикалық критерилер

Шағымдар мен анамнез:

Жатырдан тыс жүктілік үдеген кезіндегі шағымдар:

- Етеккірдің айлық келуінің кідіруі;
- Сүт безінің (емшектің) үрпюі (нагрубание);
- Жүрек айну;
- Жеркену;
- Іштің төменгі жағының;
- Ауық-ауық толғату секілді ауруы;
- Жыныс жолдарының қанаралас сұйықтың бөлінуі;
- Түрлі науқастардағы клиникалық көрінісінің ауырлығы вариацияланады;
- Жатырдан тыс жүктілік тоқтатылған кездегі шағымдар.

Үдемелі түтіктік жүктілік

Жатырдан тыс жүктілік кезінде қалыпты жатырлық жүктілікте сияқты әйел организмі өзгерістерге ұшырайды: етеккірдің тоқтауы, сүт бездерінің дөрекіленуі, уыздың пайда болуы, жүрек айну, тәбеттің бұрмалануы кездеседі. Қынаптың және жатыр мойнының кілегей қабатының цианозы анықталады. Жатыр үлкееді және жұмсарады. Жатырдың кілегей қабаты децидуальды қабатқа айналады. Анабездерде жүктіліктің сары денесі түзіледі. Жүктіліктің иммунологиялық реакциясы оң болады.



Жатырдан тыс жүктілікке тән белгілер бар:

- АХГ-ң мөлшері сәл төмен, жатырлық жүктілікке қарағанда. Қалыпты ағымдағы жүктілікте АХГ мөлшері 48 сағат сайын 66% ұлғаяды;
- Жатырдан тыс жүктілік кезінде жатырдың үлкеюі болжаған уақытқа сәйкес келмейді;
- Жатыр қосалқыларының бір жағында ісік тәрізді құрылым анықталады, ол қамыр сияқты консистенциялы және зерттегенде қозғалмайды.

Нақты диагнозды қоюға УДЗ және лапараскопия әдісімен анықтайды.

Динамикалық бақылау кезінде прогрессирлеуші жатырдан тыс жүктілікке күдіктенгенде тек қана стационарда тәулік бойы жүргізілуі керек, себебі жүктілік үзілуі жедел және құрсаққуысына қан кетумен жүреді.

Анамнез жинау барысында етеккір циклының сипаты, саны және жүктіліктің саны, қолданған контрацепцияның түрі, жатырдан тыс жүктіліктің қауіпі бағаланады.

Динамикалық бақылау барысында (УДЗ және лапароскопия болмағанда) және қайталамалы гинекологиялық зерттеулерде (3-4 күнде 1 зерттеуден кем емес) жатыр қосалқыларының ұлғаюы болжаған уақытқа сәйкес келмейді. АХГ реакциясы теріс болғанда оны бірнеше рет қайталау керек. Заманауи жағдайда үдемелі түтіктік жүктілікте негізгі емдеу әдісі эндоскопиялық операция болып табылады.

Үдемелі түтіктік жүктілікте жатырлық жүктіліктің ерте мерзімімен, ДЖҚ-ң аменорея фазасынан, жатыр қосалқыларының созылмалы қабынуымен, анабез апоплексиясымен салыстырмалы диагностикалау керек.

УЗД жатырдан тыс жүктілік



Жатыр түтігінің жарылуы бойынша үзілген түтіктік жүктілік.

Ұрық жатыр түтікшесіне еніп, өскенде, белгілі бір мезетте оның жарылуы болады, содан соң іш қуысына массивті қан кетіп шокқа алып келеді. Бұл кезде жедел клиникалық көрінісі болады: науқаста физикалық күш түскенде немесе дефекация акті кезінде кенеттен іштіңөменгі жағының жедел ұстама ауырсынуы, ауру сезімінің тік ішекке берілуі болады. Салқын тер, бозару, аз уақыт естен тану, АҚ төмендеуі байқалады. Пульс әлсіз, жиі болады. Френикус симптомы оң мәнді, егер іш қуысында 500 мл қан болса іш қуысының тітіркені белгілері байқалады. Іштің бүйір жағын перкуссиялағанда дыбыстың тұйықталуы байқалады. Іштің бұлшықеттерінің керілуі және іштің төменгі жағының ауырсынуы болады. Қынаптық зерттеуде: жатыр мойныныңқозғалуы бірден ауырсынады, жатыр мойнынан қою қанды бөліністер бөлінеді. Ауырсыну ұстамасының бірнеше сағатынан кейін жатырдан децидуальды тін босай бастайды. Науқастың жағдайы белгілі бір уақытта тұрақтануы тіпті жақсаруы да мүмкін. Науқас күйінің ауырлығы қан жоғалту көлеміне және оған бейімделуіне байланысты болады. Клиникалық зертханалық зерттеулер нәтижелері науқастың жалпы жағдайымен сәйкес келмеуі мүмкін, гемоглобинніңқұрамы төмендеген және эритроциттердің саны азайғанмен науқас өзін қанағаттарлық сезінуі мүмкін.

Кульдоцентез – диагностикалық тест. Бұл кіші жамбас қуысын қынаптың артқы күмбезі арқылы пункциялау. Осы арқылы тін қуысында бос қанның бар жоқтығын анықтайды. Алынған қан қою түсті және ұйымайды. Бұл қан тамырдан шықпаған екендігін білдіреді. Егер артқы күмбезге пункция жасағанда, қан шықпаса бұл жатырдан тыс жүктілік диагнозын оқшауламайды, өйткені пункцияның дұрыс орындамаудан мүмкін.

Кульдоцентез – құрсаққуысындағы бос қанды анықтайтын ең информативті диагностикалық әдіс. Пункцияда алынған кәдімгі тамырдан алынған қызыл түсті қанға қарағанда, қан күңгірт түсті, құрамында жұмсақұйындылар болады және ұйымайды. Егер қынаптың артқы күмбезінен пункция нәтижесінде қан алынбаса, жатырдан тыс жүктілік диагнозын қайтармайды, себебі пункцияны дұрыс орындалмауы мүмкін немесе жатырдың артқы қуысында қанның мүлде болмауы мүмкін (кіші жамбас мүшелерінің жабысқақ аурулары кезінде).

Гемоперитонеум – жедел операцияға көрсеткіш болып табылады. Түтіктің жарылуы – мүшелерді сақтап қалу операциялары үшін қарсы көрсеткіштер. Геморрагиялық шок II-III дәрежесі – жедел лапаротомияға көрсеткіш. Жоғарыда айтылғандармен қоса, жатыр түтігінің жыртылуы кезінде операциялық араласулар науқастың жалпы жағдайына байланысты.

Түтіктің жарылуы кезінде жүктілікті үзу типі дифференцияланады: анабез апоплексиясы; асқазан жарасының және он екі елі ішектің перфорациясымен; бауыр мен көкбауырдың жарылуымен; анабез ісігінің аяқшасының оралуы немесе анабез ісігі; жедел аппендицит; жедел пельвиоперитонит.

Түтіктік түсік.

Түтіктік түсіктің клиникасы жалпы жүктіліктің субъективті және объективті белгілерімен қосарлана жүреді. Әдетте етеккірдің аз кешігуінен кейін іштің төменгі жағының толғақ тәрізді, қайталамалы, ұстамалаы ауырсынулар, жиірек бір жақты, белгілі бір уақыт аралығында жыныс мүшелерінен қою қанды бөліністер бөлінеді. Ол децидуальды қабаттың ажырауынан болады. Түтіктік түсік әдетте ұзақөтеді, көп жағдайда жедел клиникалық көрініссіз. Аурудың басында жатыр түтігіндегі ұрық жасушасының ажырағандығы қан іш қуысына аз мөлшерде ағуы, мұнда жедел перитонеальды және анемизациялық көріністер болмайды. Алайда пульстің лабильділігі және АҚ дене қалпын өзгерткенде – негізгі белгі. Кейінгі түтіктік түсіктің клиникасы құрсаққуысына қайталамалы қан ағумен жүреді, жатыр астылық және анемияның түзілуімен көрінеді. Құрсаққуысының тітіркену симптомы байқалады. Жүктілік түтіктің ампулярлы бөлігінде орналасса, онда оныңүзілуі ішкі жарылумен жүреді, ал егер интерстициальды немесе истмикалық бөлігінде болса – жатыр түтіктерінің жарылуымен болады.

Зертханалық-аспаптық зерттеулер

Бимануальды зерттеуде жатыр қосалқыларының құрамын анықтайды (50% жағдайда).

Ерте диагностикасында жүргізіледі:

- Трансвагинальды УДЗ
- β -суббірлік АХГ сарысу деңгейін анықтау.
- β -ХГЧ тестіне сезімталдық жүктілікті овуляциядан 10 күннен кейін анықтауға мүмкіндік береді. β -суббірлік АХГ қисық сызығына уақыттардың жартысында патологиялық жәй жүреді. Жатыр қуысында ұрық жасушасы болса да болмаса да трансвагинальды УДЗ кезінде расталады. Трансвагинальды УДЗ және β -суббірлік АХГ сарысу деңгейін анықтау комбинациясында жүктілікті 98% жағдайда 6 аптаға дейін анықтауға мүмкіндік береді.

Жатырдан тыс жүктілік диагностикасының критерилері:

- Ультрадыбысты белгілерінің үйлесуі және β -суббірлік АХГ деңгейінің 1000 МЕ/мл аз болмауы;
- Жатырдан тыс жүктілік кезінде β -суббірлік АХГ концентрациясы 2000 МЕ/л көп ультрадыбысты белгілер болмаған жағдайда.

- Ультрадыбысты диагностикада эктопиялық жүктілік кезінде соногистерография, түстік доплерометрияда эндометрияның қалыңдығын өлшеуге болмайды. Жүктілік жатыр бұрышында жатыр ассиметриясы кезінде күмәндануы мүмкін, ассиметриялы ұрық жасушасының позициясы. Жатырдан тыс жүктілік кезіндегі негізгі ультрадыбысты көрсеткіштер:
- Қосалқыларының құрылымы біркелкі емес және құрсаққуысында бос сұйықтық;
- Қосалқыларының құрылымы біркелкі емес құрсаққуысында сұйықтық жоқ;
- Ұрық жасушасының эктопиялық орналасуы тірі эмбрионмен;
- Ұрық жасушасының эктопиялық орналасуы эмбрион жүрек соғусыз.

- Емдеу тактикасы:

Тәулік бойы операция жасайтын бөлімі бар стационарға жатқызу.

Хирургиялық емдеу.

Ем мақсаты: Жатырлық түтіктің патологиялық өзгерісін алып тастау үшін шұғыл кірісу.

Дәрі-дәрмектік ем: антибактериалды терапия.

Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектер тізімі.

Амоксицилмен+клавулан қышқыл, таблеткалар, 500мг/125мг қабықпен жабылған, 875мг/125мг, 500мг/100мг, 1000мг/200мг құтыдағы ішке қабылдайтын ерітінді дайындауға арналған ұнтақ.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

- Клиникалық сауығу (жалпы жағдайдың (күйдің) жақсаруы, ауырсыну синдромының жоғалуы, жатыр қосалқыларындағы анатомиялық өзгерістер, қан көрінісінің қалыпқа келуі, зәр мен қан сарысуындағы ХГ деңгейінің төмендеуі).
- Жыныстық жүйенің эндокриндік қызметінің қайтадан қалпына келуі (етеккір келу аралығының қайтадан қалпына келуі).
- Әйелдің бейімделу – қорғаныштық тетіктері (механизмов) мен репродуктивті қызметінің қайтадан қалыпқа келуі.

EMI: Хирургиялық. Ішкі қан кету болған жағдайда міндетті түрде операцияға жүгінеді. Көп жағдайда лапороскопиялық операция жасайды, яғни ұрықты немесе жатыр түтігі жыртылған жерден алып тастайды.

Химиотерапия. Жүктіліктің алғашқы мерзімдерінде метотрексат тиімді. Ұрықтың дамуын тоқтатып, сорылуына алып келеді.

СОҢЫ. Жатырдан тыс жүктілік бедеулікке немесе қайталамалы жатырдан тыс жүктілікке алып келеді.

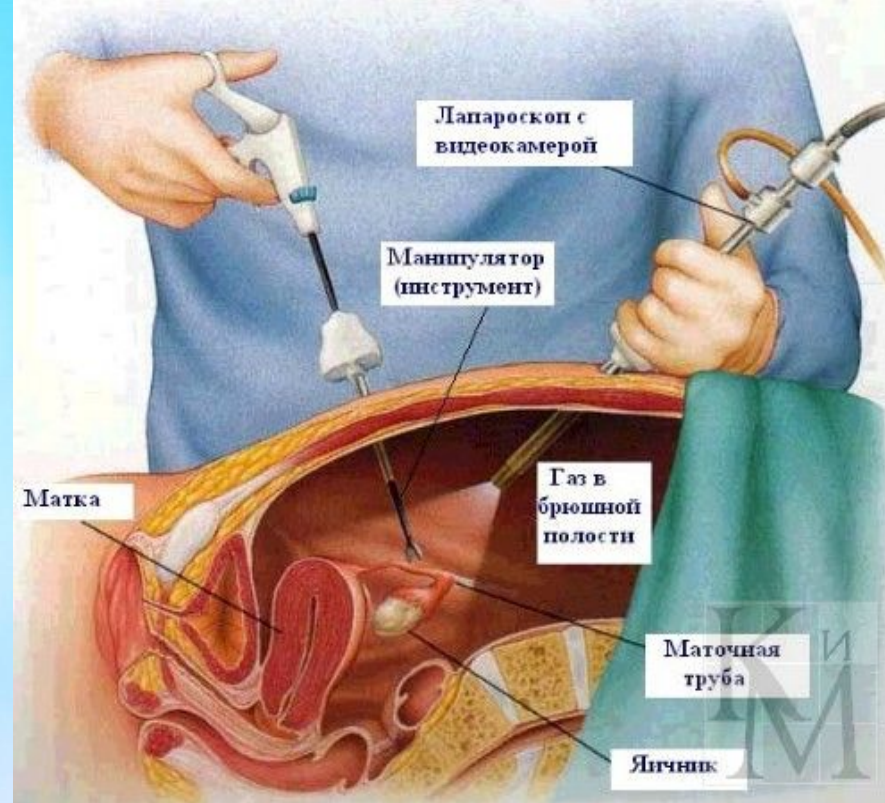
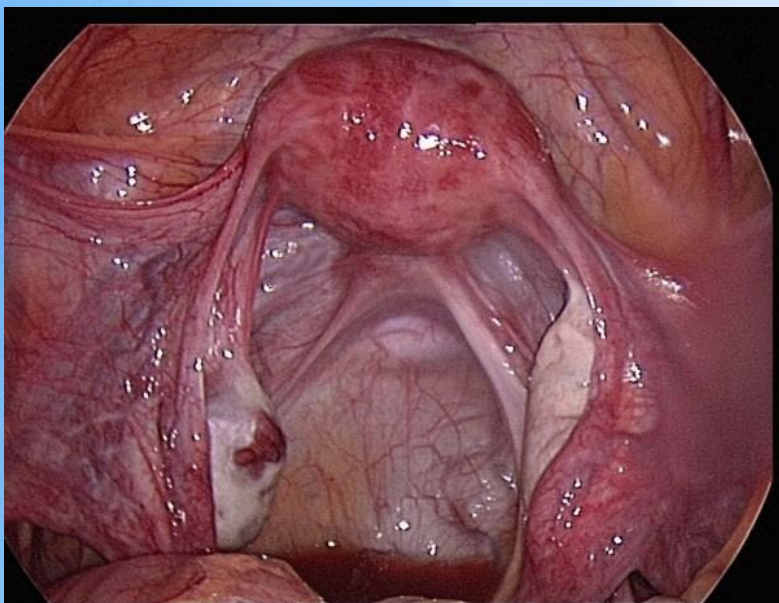


Рис. 16.11. Резекция сегмента маточной трубы. - Лапароскопия.

Аналық без апоплексиясы

Аналық без апоплексиясы бұл аналық безге кенеттен фолликул тамырларының, фолликулярлы киста, аналық без стромасының, сары дененің жарылуынан қан құйылу. Апоплексия өз кезегінде аналық без тінінің бұзылуымен, құрсақ қуысына қан құйылумен жүреді.

СЕБЕБІ: аналық безден фолликулдың шығуы кезінде – етеккір циклының екінші жартысында – апоплексия ұйықтап жатқанда да өздігінен болуы мүмкін. Апоплексияны тудыруы мүмкін: ауыр физикалық жүктеме, ауыр көтеру, гормональды контрацептиваларды қолдануды бірден тоқтату.



Этиологиясы

- Апоплексия 90-94% жағдайда овуляторлы ауырсыну немесе менструальді циклдің 2. фазасында пайда болады. Бұл осы кезде қантамырлардың өткізгіштігінің жоғарылауы және овуляция кезінде қанға толуының күшеюімен байланысты.
- Оң жақ аналық безі апоплексиясы сол жақтікіне қарағанда 2-4 есе жиі кездеседі. Себебі оң жақ аналық безіне қан көп мөлшерде аортаның өзінен, ал сол жаққа бүйрек артериясынан келуімен байланысты.
- Қіші жамбас астауындағы ағзалар қабыну аурулары аналық без тінінде склеротикалық өзгерістерге, овариальді веналардың варикозды кеңеюіне алып келеді.
- Гормональді статустың өзгеруі де аналық без апоплексиясына себеп болады. Гипофиздің гонадотропты гормондары (ФСГ, ЛГ) арақатынасының өзгеруі, пролактин деңгейінің өзгеруі де аналық безінде ретенциондық кисталар түзілуіне және овариальді тіні гиперемиясына әкеледі.

- Клиникалық көрінісіне байланысты аналық без апоплексиясын келесідей үш формаға жіктейді.
- Ауырсынған формасы (болевая форма);
- Геморрагиялық;
- Аралас;
- Құрсақ қуысына қан құйылуына байланысты келесі үш сатысын ажыратады:
 - Жеңіл түрі (қан жоғалту 100-150 мл);
 - Орташа түрі (қан жоғалту 150-500 мл);
 - Ауыр түрі (қан жоғалту 500 мл жоғары);

Клиникасы

- Аурудың барлық формасына тән көрініс – іштің төменгі бөлігіндегі кенеттен ауырсыну сезімі. Басқа симптомдар (әлсіздік, бас айналу, лоқсу, жүрек айну) құрсақ қуысына кеткен қанға байланысты. Аналық без апоплексиясының ауырсынатын формасы кезінде құрсақтың төменгі бөлігінде ұстамалы ауырсыну мен жүрек айну, лоқсумен көрінеді. Құрсақ қуысына қан кету көріністері болмайды.
- Қарау кезінде тері жабындары және көрінерлік щырышты қабатары қалыпты түсте. Пульс және АҚ әдеттегідей. Тілі таза, ылғалды. Іші жұмсақ, бірақ төменгі бөлігінде аздаған ауырсынулар болады. Пальпация кезінде мықын аумағында, зақымдалған аналық безі жағында ауырсыну анықталады. Перитонеальді симптомдар жоқ. Перкуторлы түрде құрсақ қуысында бос сұйықтықтар анықталмайды.
- Гинекологиялық қарау кезінде жатыр қалыпты формада, аналық без үлкейген және ауырсынады. Кіші жамбас астауы ағзалары УДЗ кезінде аналық без жыртылуын анықтайды.

ДИАГНОТИКАСЫ: 1. УДЗ, 2. Лапароскопия.

Лапароскопияға көрсеткіштер:

- УДЗ-мен анықталған іш қуысындағы 150 мл қан.
- 1-3 күн аралығындағы консервативті емнің көмегі болмағанда, УДЗ-мен анықталған қан кетудің тоқтамауы.
- Жедел гинекологиялық және жеде хирургиялық патологиялармен дифференциальды диагноз.

Емдеу тактикасы

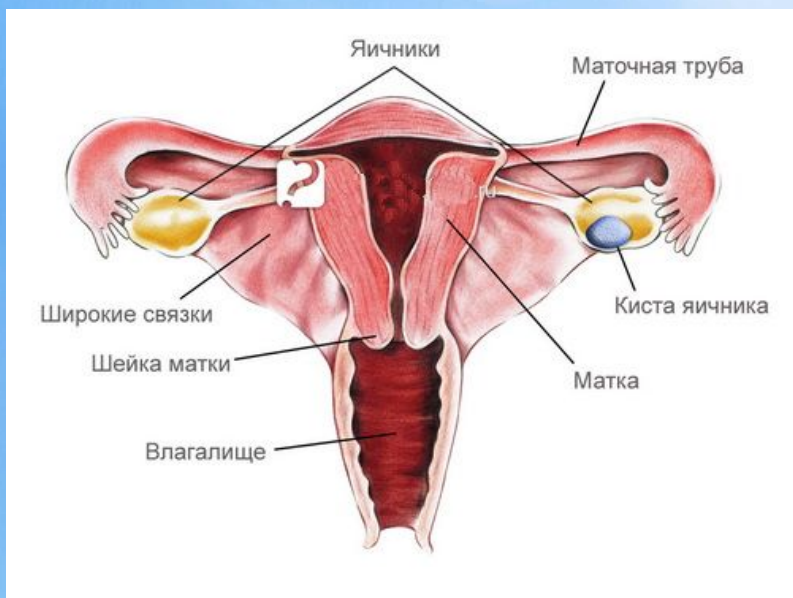
- Аурысыну формасында және аз мөлшерде (150 мл төмен) қан кету болса, науқасқа тыныштық беріп, ішіне суық мұз басып, гемостатикалық әсері бар препараттар (этамзилат, викасол және т.б) беруге болады.
- Лапароскопияға көрсеткіш:
- Құрсақ қуысында 150 мл көп қан болса;
- 1-3 күн бойы консервативті ем нәтижесіз болса, құрсақ қуысына тоқтамайтын қан кету болып жатса;
- Дифференциальді диагностика үшін;Лапаротомияға көрсеткіш:
- Құрсақ қуысына қан кету науқастың ауыр жағдайымен көрінетін болса (геморрагиялық шок);
- Лапароскопияны жүргізу мүмкін болмаса (қан кетудің күшеюі, жабысқан процесс);

Аналық без кистасы – бұл бездің ұлғаюымен жүретін, құрамында сұйығы немесе жартылай сұйығы бар үлкен көпіршікті түзілім. Себебі әлі белгісіз. Даму механизмінде гонадотропты гормандар бұзылысы мен апоптоздан болуы мүмкін.

СИМПТОМАРЫ: жиі ешқандай белгісіз өтеді, профилактикалық тексеру және УДЗ кезінде анықталады.

Ауырсыну. Әдетте іштің төменгі бөлігінің біржақты ауырсынуымен жүреді, жыныстық қатынас кезінде күшеюі мүмкін. Тік ішекке берілуі мүмкін.

Етеккір циклының бұзылысы, іштің ұлғаюы.



ДИАГНОСТИКАСЫ: УДЗ.

ЕМІ: Күту тактикасы. Кішкентай өлшемде болғанда қолданылады.

Консервативті терапия. Гормональды контрацептиваларды қолдану арқылы кистаның өлшемін кішірейтіп, өсуін тежеу.

Хирургиялық ем. Лапароскопия



Аналық без кистасы жарылғанда сұйықтық ішке өтеді.
Перитонитке алып келуі мүмкін.

Кистаның жарылуына алып келуі мүмкін:

- Аналық без қабынуынан кейінгі фолликул қабырғаларының жұқаруы;
- Организмдегі гормональды дисбаланс;
- Қан ұюының патологиясы;
- Ауыр физикалық жүктеме;
- Белсенді жыныстық қатынастан.

СИМПТОМАРҒЫ:

- дене температурасының жоғарылауы, қызба түсіретін препараттардың көмегінің болмауы;
- Іштің төменгі бөлігіндегі басылмайтын өткір ауырсынулар;
- Әлсіздік, мазасыздық; басқаша консистенциялы бөліністердің болуы;
- жатырдан қан кету; құсу, лоқсу; есінен тану; артериальды қысымның төмендеуі.

ДИАГНОСТИКАСЫ: УДЗ, пункция алу, лапороскопия.

ЕМІ: жеңіл формада консервативті, ауыр формасында хирургиялық емді қажет етеді.

СОҢЫ: анемия, бедеулік, іріңді перитонит, өлім.

Қолданылған әдебиеттер

- Сейтжанованың Қ.Ж. редакциясымен. Гинекология; – Оқулық/ Қ. Сейтжанова, Л.Калиева, Б.Малғаждарова. Жоғары медициналық оқу орындарының оқушыларына арналған оқулық.- Алматы: «Аширбаев» ЖК, 2012 Козденова Р.Э. Гинекология – Алматы «Ғылым», 2001 ж. 49 экз.
- Раисова А.Т. Акушерия және гинекология Алем Систем, 2006.
- Әбижанов Рақымжан Әбижанұлы. Хирургия аурулары және мейірбике ісі: Оқу құралы/Р.Ә.Әбижанов, С.С.Шомыров. -Алматы:Асем-Систем, 2006.-168б.
- Құлмағамбетов Ільяс Райханұлы. Клиникалық фармакологиядан таңдаулы дәрістер: Оқу құралы/КГМА; І.Р.Құлмағамбетов, Т.М.Мәжитов, А.Н.Ихамбаева.-Қарағанды:Б.и., 2007.-90б.
- Интернет желісі

Назарларыңызға рахмет

