

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті
Акушерлік және гинекология кафедрасы

**Тақырыбы: Гинекологиядағы іштеспесі.
Этиопатогенезі, клиникасы, диагностикасы.
Шұғыл көмек.**

Қарағанды 2014ж

ЛЕКЦИЯНЫҢ МАҚСАТЫ:

Сабактың соңында сіздер игеруіңіз керек:

- - гинекологиядағы шұғыл жағдайларды анықтау;
- - олардың арасында дифференциалды диагноз жүргізу;
- - шұғыл жағдайдағы гинекологиялық науқастарға дәрігерге дейінгі көмек көрсету.

Жедел іш — шұғыл көмекті қажет ететін және құрсақ қуысының ағзаларының жедел аурулары мен зақымдануларында дамидын, өмірге қауіп төндіретін клиникалық белгілердің жиынтығы.

■ **Жедел іштің клиникасы пайда болатын ішкі әйел жыныс мүшелерінің ауруларының топтары:**

- 1. Ішкі жыныс мүшелерінен жедел қан кету:
- жатырдан тыс жүктілік;
 - аналық без апоплексиясы;
 - жатырдың жарақаттық зақымданулары (ятрогенді немесе криминальды).

2. Ішкі жыныс мүшелерінің ісіктері мен ісік тәрізді түзілістердегі қан айналымның жедел бұзылыстары:

- аналық без ісігінің аяқшасының бұралуы;
- фиброматозды түйіннің қоректенуінің бұзылыстары.

3. Перитониттің дамуымен ішкі жыныс мүшелерінің жедел іріңді аурулары:

- пиосальпинкс және пиовар, іріңді тубовариальды түзілістер;
- пельвиоперитонит;
- жайылмалы перитонит.

Жатырдан тыс немесе эктопиялық жүктілік

(*graviditas extrauterina, s. ectopica*) — ұрықтанған аналық келетканың жатыр қуысынан тыс жерде имплантациялануы.

Жатырдан тыс жүктілік 1000 жүктіліктің 14-15-інде кездеседі.

Жатырдан тыс жүктіліктің жіктелуі:

Орналасуы бойынша:

- түтікшелік (интерстициальды, истмикалық, ампулярлы, фимбриальды)
- аналық бездік
- құрсақтық (біріншілік, екіншілік)
- рудиментарлы мүйізшедегі

- жатыр мойнындағы жүктілік
-

Үзілу түрі бойынша:

- Түтікшелі түсік
- Түтікшенің жарылуы

Клиникалық ағымы бойынша:

- үдемелі
- үзілетін
- үзілген

Этиологиясы

- Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары
- Инфантилизм
- Туа пайда болған жатыр түтікшесінің өткізгіштігінің болмауы
- Жатыр түтікшелерінің патологиялық асимметриясы
- Никотиндік интоксикация
- Стресстер
- Жатыр түтікшелерінің ісіктері мен полиптері
- Жатыр түтікшелеріне жасалған консервативті және пластикалық операциялар
- Трофобласт активтілігінің жоғарлауы

Патогенезі

-Түтікшелі түсік кезінде ұрық жұмыртқасы дамуға қолайлы жағдай таба алмай, жатыр түтікшесінің қабырғасынан сыдырылып, құрсақ қуысына шығады. Жатыр түтікшесінің ырғақты жиырылуына байланысты қан құрсақ қуысына құйылады.

_Жатыр түтікшесінің жарылуында (етеккірдің 3-4 аптаға тежелуінде) жатырдан тыс жүктіліктің бұзылуы нәтижесінде ұрық жұмыртқасының талшықтары жатыр түтікшесінің жұқа қабырғасын толық бұзады және зақымдалған тамырлардан қан құрсақ қуысына құйылады.

Клиникалық көрінісі

Үдемелі түтікшелі жүктілік ерте стадиясында өте сирек анықталады, клиникалық белгілері аз, көбінесе ерте мерзімдегі жатырдағы жүктілікке тән белгілермен көрінеді: жүрек айну, құсу, дәм сезудің өзгерістері, әлсіздік, ұйқышылдық, сүт безінің ұлғаюы, қынаптың шырышты қабатының көгеруі, жатырдың шамалы ұлғаюы, консистенциясының жұмсаруы, трофобласт гормондарына оң тест. Етеккірдің тоқтауы, қанды бөліністер болуы мүмкін. Түтікшелі жүктілік 51% түтікшелі түсік, 31% түтіктің жарылуы түрінде үзіледі. Түтікшелі жүктілік әдетте 4-6 немесе 7-8 апталарда үзіледі.

Түтікшелі түсік түрінде жүктіліктің үзілуі кезінде әртүрлі клиникалық көрініс байқалады: жедел ішкі қан кету белгілері, ал кейбіреулерінде клиникалық белгілері аз болғандықтан оны анықтау өте қиын.

Жүктіліктің субъективті белгілері болмауы мүмкін.

Мұндай жүктілік симптомсыз өтуі мүмкін.

Түтікшенің жарылуы жедел, айқын клиникалық көрініспен, құрсақ қуысына қан кету белгілерімен көрінеді: анемия белгілері, қан қысымының төмендеуі, бас айналу, ауырсыну (қабырға, жауырын астына, бұғанаға берілетін- френикус симптом), естен тану, перитонеальды шок. 11% науқастарда көп мөлшерде қан жоғалту мен геморрагиялық шок дамиды.

Диагностикасы

- анамнез
- бимануальды зерттеу (жатыр көлемінің жүктілік мерзіміне сәйкес келмеуі, қосалқылар аймағында жұмсақ немесе эластикалық консистенциялы, ауырсынатын түзілістің анықталуы)
- лабораториялық көрсеткіштер (Нв төмендейді)
- қынаптың артқы күмбезі арқылы құрсақ қуысын пункциялау (үзілген түрінде қан алынады)
- хорионикалық гонадотропинді анықтау (жатырдан тыс жүктілікте ХГ деңгейі 7 күннен кейін жоғарлайды)
- жатырдың шырышты қабатын диагностикалық қыру (эпителиальды клеткалардың ядроларының атипиялық өзгеруі)
- УДЗ (эмбрион анықталады) , лапароскопия

Дифференциальды диагностикасы

- дисфункциональды жатырдан қан кету
- ерте мерзімдегі жатырдағы жүктіліктің үзілуі
- жатыр қосалқыларының қабыну аурулары
- аналық бездің түзілістері
- аналық без апоплексиясы
- перитонит
- аналық без ісігінің аяқшасының бұралуы
- құрсақ қуысының ағзаларының жарақаттары

Емі

Хирургиялық- консервативті-пластикалық операциялар
фимбриальды бөлімшеде орналасқан ұрық жұмыртқасын
шығару,сальпинготомия, жатыр түтікшесінің сегментін
резекциялау, аналық без резекциясы, радикальды
операция- тубэктомия.

Сальпинготомияға көрсеткіш: массивті құрсақішілік қан
кетудің жоқтығы (500 мл көп емес), ұрық жұмыртқасының
диаметрі 2,5-3,0 см көп емес.

Медикаментозды- метотрексат, винкристин,
простогландин Е2 және F2 а, антипрогестеронды препарат
Ru- 486, трихосантин.

Аналық без апоплексиясы

Аналық без апоплексиясы- аналық без тінінің бүтіндігінің бұзылуымен және құрсақ қуысына қан кетумен жүретін, аналық безге кенеттен пайда болған қан құйылу.

Аналық без апоплексиясы жиі 20-35 жас аралығында кездеседі. Жиілігі-1-3%.

Этиологиясы мен патогенезі.

90-94% науқастарда аналық без апоплексиясы етеккір айналымының ортасында және екінші фазасында кездеседі. Ол овуляция және етеккір алдында аналық бездің тамырларының өткізгіштігінің жоғарлауы мен қанмен толуына байланысты. Оң жақ аналық бездің апоплексиясы жиі кездеседі, ол оның қанмен күшті қамтамасыз етілуіне байланысты.

Аналық бездің апоплексиясы аналық бездегі тоқыраулық гиперемия мен веналарының варикозды кеңеюі, тамырлардың склероздалуының,

стромадағы склероздық өзгерістердің, вегетативті және эндокринді жүйелердің қызметтерінің бұзылыстары нәтижесінде жүреді. Түзілген гематома аналық бездегі қысымның жоғарлауынан қатты ауырсынуды тудырып, аналық без тінінің жыртылуына әкеледі.

Апоплексияға әкелетін экзогенді себептер: іштің жарақаттануы, физикалық күш түсу, дөрекі жыныстық қатынас, қынаптық зерттеу және т.б. жатады.

Эндогенді себептер: жатырдың дұрыс емес орналасуы, аналық бездің қанмен қамтамасыз етілуін бұзатын тамырлардың механикалық қысылуы, аналық бездің ісіктермен қысылуы, кіші жамбастағы жабысу процесстері және т.б.

Жіктелуі

1. Ауырсынулық формасы.

2. Геморрагиялық формасы:

- I дәрежесі — жеңіл (құрсақішілік қан жоғалту 150 мл аспайды);
- II дәрежесі — орташа (қан жоғалту 150—500 мл);
- III дәрежесі — ауыр (қан жоғалту 500 мл көп).

Клиникасы

Апоплексияның ауырсынулық және геморрагиялық түрінің жеңіл дәрежесінің клиникалық көрінісі

ұқсас. Кенеттен пайда болған іштің төменгі жағының ауырсынуы. Ауырсыну тік ішекке, аяққа, құйымшаққа, сыртқы жыныс мүшелеріне беріледі. Қан жоғалту мөлшеріне байланысты әлсіздік, бас айналу, жүрек айну, құсу, естен тану байқалады.

Қынаптық зерттеу кезінде жатыр көлемі қалыпты, аналық без шамалы ұлғайған, ауырсынады. Ішті пальпациялағанда іш бұлшық еттерінің шамалы қатаюы байқалады.

Апоплексияның орташа және ауыр дәрежедегі геморрагиялық түрінде тері жамылғылары мен

шырышты қабатының бозаруы, суық тер, қан қысымы төмендейді, тахикардия. Терісі құрғайды, суық тер шығады, іші қатаяды, кейде кебуі мүмкін.

Перкуторлы іштің кейбір жерлерінде сұйықтықтың бар екені анықталады.

Қынаптық зерттеуде жатыр көлемі қалыпты, ауырсынады, апоплексия жағында үлкейген аналық без анықталады. Қынап күмбездері салбырап тұрады, жатыр мойнын қозғалтқан кезде қатты ауырсынады. Қан анализінде гемоглобиннің төмендеуі, шамалы лейкоцитоз байқалады.

Диагностикасы

- Анамнез
- Клиникалық көрінісі
- Бимануальды тексеру
- УДЗ
- Құрсақ қуысын қынаптың артқы күмбезі арқылы пункциялау
- Лапароскопия

Емі

Апоплексия емі аурудың түрі мен құрсақішіне кеткен қанның мөлшеріне байланысты.

Ауырсынулық және геморрагиялық түрінің жеңіл дәрежесінде консервативті ем, стационарда жүргізіледі.

- тыныштық
- ішке суық қою
- гемостатикалық препараттар
- спазмолитиктер
- физиотерапиялық ем

Науқастың жалпы жағдайы нашарласа, гемодинамика тұрақсыз болса, ауырсыну ұстамасы қайта болса, УДЗ бойынша құрсақ қуысына қанның кетуі көбейсе операциялық ем жүргізіледі.

Операциялық емнің түрі:

- жарылған жерді коагуляциялау
- аналық безді резекциялау
- аналық безді алып тастау (овариоэктомия).

Аналық без ісік аяқшасының бұралуы

Аналық без ісік аяқшасының бұралуы- аналық бездің қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылуымен жүретін патология.

Бұл патология аналық без ісігінің қоректенуінің жедел бұзылуына және онда морфологиялық бұзылыстардың тез дамуына әкеледі.

Ісіктің анатомиялық және хирургиялық аяқшасы болады. Анатомиялық аяқшасына аналық безге келетін анатомиялық түзілістер жатады: аналық без шажырқайы, аналық бездің меншікті, ұстап тұрушы байламы, нервтер, қан және лимфа тамырлары.

Хирургиялық аяқша аналық без ісігінің аяқшасының бұралуы нәтижесінде түзіледі, сонымен бірге жатыр түтікшесі, шарбы, ішек ілмектері жатады.

Этиологиясы мен патогенезі.

Аналық без ісігінің аяқшасының бұралуына әкелетін себептер: физикалық күш, дене қалпын кенеттен өзгерту, гимнастикалық жаттығулар, құрсақішілік қысымның кенеттен өзгеруі. Бұл жағдайларда аяқша айналасында ісіктің айналуы инерция бойымен жалғасады, ол ісік аяқшасының бұралуына әкеледі. Ісік аяқшасымен айналған кезде жатыр және аналық без артериясы, веналарымен бірге қысылады. Ісікте қан айналым бұзылып, некроз және кіші жамбастың

іш пердесіне таралатын асептикалық қабыну пайда болады.

Ісік аяқшасының айналуы толық (360° көп) және жартылай (360° кем). Жартылай айналуында біріншіден венозды ағыс бұзылады, барлық көріністер айқын емес және емсіз жойылуы мүмкін.

Клиникасы.

Ауру кенеттен зақымдалған жақта іштің қатты ауырсынуымен, жүрек айну, құсу, газ без үлкен дәреттің тежелуімен басталады. Тері жамылғылары бозарған, суық тер шығады, дене қызуы 38°C көтеріледі, пульсі жиілейді. Тілі құрғайды, жабынмен жабылған. Іші кепкен, ісік аймағында ауырсынады, алдыңғы құрсак қабырғасының бұлшық кепкен, ісік аймағында

ауырсынады, алдыңғы құрсақ қабырғасының бұлшық еттері қатайды, Щеткин-Блюмберг симптомы оң.

Қанда лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлайды.

Диагностикасы.

- шағымдары
- анамнез
- объективті зерттеу
- УДЗ сканирлеу
- қынаптық артқы күмбезі арқылы пункциялау
- лапароскопия

Дифференциальды диагностика

- жедел аппендицит
- бүйрек ұстамасы

Емі

- оперативті

Жатыр қосалқыларын алып тастау, егер аналық бездің ишемиясы мен венозды тоқырау жойылса- аналық безді резекциялауға болады.

Миоматозды түйіннің некроздалуы

Жатыр миомасымен миоматозды түйіннің аяқшасының бұралуы 7% кездеседі.

Этиологиясы мен патогенезі

Миоматозды түйіннің некроздалуы жатыр миомасының серозды түйінінің аяқшасының бұралуы, немесе қанмен қамтамасыз етілуінің жеткіліксіздігімен байланысты болады. Жүктілік кезінде миоматозды түйіннің некроздалуына қолайлы жағдай туады: тамырлардың тонусының жоғарлауы мен венозды ағыстың бұзылыстарынан миометрийдегі қан ағысы төмендейді. Некроз ісінуге, қанталауға, түйіннің асептикалық қабынуына әкеледі. Ауру өршіген жағдайда перитонит дамиды.

Клиникалық көрінісі

Миоматозды түйіннің аяқшасының бұралуы кенеттен басталады- іштің төменгі жағында толғақ тәрізді ауырсыну, жүрек айну, құсу, қалтырау, ауыздың құрғауы, ішек қызметінің бұзылыстары пайда болады. Қанмен қамтамасыз етілу жеткіліксіз болғанда клиникалық көрінісі айқын емес, біртіндеп пайда болады. Науқастар іштің төменгі жағының және бел аймағының тартып ауырсынуына шағымданады. Ауырсыну кезеңді күшейіп, бәсеңдеп, немесе жойылады. Ауырсыну ұстамасы кезінде жүрек айну, қалтырау, дене қызуының көтерілуі, тахикардия болуы мүмкін.

Физикалық қараған кезде тері құрғақ, тілі ақ жабынмен жабылған. Іші кепкен, қатайған, пальпациялағанда

іштің төменгі жағы ауырсынады, іштің тітіркену
симптомы оң болады. Гинекологиялық тексергенде
~~үлкейген миоматозды жатыр анықталады, түйіннің~~
некроздалған жері пальпациялағанда ауырсынады.
Қанда лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлайды.

Диагностикасы.

- шағымдары
- анамнез
- объективті зерттеу
- УДЗ сканирлеу
- лапароскопия

Емі.

- Жедел операция

Операция көлемі некроздық өзгерістердің айқындығына байланысты. Репродуктивті жастағы әйелдерде, қыздарда перитонит белгілері болмаса консервативті миомэктомия жасауға болады. Пре және постменопауза жасындағы әйелдерде қынапүстілік ампутация немесе экстирпация жүргізіледі. Су-электролиттік балансты қалпына келтіріп, улануды басу үшін инфузионды терапия жүргізіледі.

Микроциркуляцияны жақсартатын препараттар, спазмолитиктер, қабынуға қарсы препараттар тағайындалады. Консервативті емнің нәтижесін 24-48 сағаттың ішінде бағалайды. Егер науқастың жағдайы нашарлап, перитонит белгілері пайда болса жедел түрде операция жасалады.

Назарларыңызға рахмет!
