

ҚЫЗДАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ АБДОМИНАЛЬДІК СИНДРОМЫ

Абдоминальдік синдром, басқаша айтқанда «іштің жедел ауруы» жинақтық ұғым. Бұл терминге этиологиясы мен клиникалық ағымы бойынша әр түрлі күрсақ қуысындағы жедел туындайтын патологиялық үрдістер жатады. Әр түрлі себептерге қарамастан, гинекологияда абдоминальдік синдромның симптоматологиясының жалпы сипаттары көп, оларға: денсаулығы жақсы болып көрінгеніне қарамастан кенеттен ауырсынудың пайда болуы. Ауырсыну жиі іштің төменгі жағында пайда болады, бірте-бірте күшейеді де бүкіл күрсаққа таралады, тіпті талу жағдайларына әкелуі мүмкін. Жүрегі айнып, құсады. Ішек газдары мен нәжістің қалыпты шығуы бұзылады, ішперденің тітіркену симптомы байқалады. Қыздар мен бойжеткендер арасында абдоминальдік ауырсынулар кең таралған құбылыс, және ол жиістационарға жатудың себебі болып табылады. Сонымен қатар, әдебиеттердегі мәліметтер бойынша, абдоминальдік ауырсынуға шалдыққан қыздардың 90% органикалық аурулар болмайды, және абдоминалгиялардың тек 10% органикалық себептер анықталады (47). Көптеген зерттеушілердің мәліметтері бойынша, органикалық себебі бар абдоминальдік ауырсынулардың 70-80% хирургиялық патологиямен байланысты болса, тек 6-15% репродуктивтік жүйенің патологиясымен байланысты (46, 47, 52).

Соңғы жылдардың динамикасында жас қыздар мен қыз балаларды шұғыл көрсетілім бойынша абдоминальдік синдром диагнозымен стационарға жатқызған кезде, олардың арасында гинекологиялық патология жиілігі орташа ша-

мамен 6-12% дейінгі көрсеткішті құрады (47). Авторлардың мәліметтері бойынша бұл науқастарда құрсақтың төменгі жағындағы ауырсынулардың 80% астамында асқазан-ішек жолдарының патологиясымен байланысты болған. Қыздар мен жасаөспірімдердің төменгі бөлігінде ауырсынулар пайда болған кезде дұрыс диагностика жасау үшін осы симптом кешеніне жататын А дәлелдік категориядағы дәлелді медицинаның негізгі қағидаларын ескеру қажет. (26, 43, 47). Зерттеушілердің пікірінше, қыздар мен бойжеткендердің құрсағының төменгі жағындағы ауырсынулар көбінесе гинекологиялық аурулардың емес ішек патологиясының салдары болып табылады. Әдетте жыныстық жүйенің ауруларын циклдік аурсынулар, жыныс жолдары арқылы шығатын қанды немесе иісі жағымсыз бөліністер көрсетеді. Гинекологиялық аурулар кезіндегі ауырсыну синдромы көбінесе жоғары мектеп жасындағы қыздарда пайда болады және ол етеккір қызметінің патологиясымен, қабыну үрдістерімен, даму кемістіктерімен немесе жыныс мүшелеріндегі жаңа түзілістермен байланысты болады. Негізгі белгісі құрсақ аурсынуы болып табылатын жасөспірім қыздардың гинекологиялық ауруларының жиі кездесетін нозологиялық формалары: аналық без апоплексиясы, овуляторлы синдром және дисменорея, аналық бездердің ісіктері мен ісік тәрізді түзілістері, ішперденің патологиялық үрдіске қатысуын тудыратын ішкі жыныстық мүшелердің жедел қабыну аурулары, жатыр қосалқыларының, ісік аяқшасының бұралып кетуі, жатырдан тыс жүктілік, жатыр жүктілігінің түсікке ұшырау қауіптілігі, түсіктің басталып кетуі, жыныстық мүшелер дамуының туа біткен аномалиялары, эндометриоз, қынап күмбездерінің жарақаты, құрсақ қуысының жарақаты.

Абдоминальдік ауырсынулардың пайда болу себептерін диагностика жасаудың мәселелері педиатр, балалар хирургы және гинеколог сияқты мамандардың тәжірибесі үшін аса маңызды. Осыған орай абдоминальдік синдромы бар қыз-

дарды гинеколог қарауы керек, бұл акушерлік-гинекологиялық патологияның тек қана уақытылы диагностикасын жасап, дұрыс емдеуге ғана емес, сонымен қатар өскелең ұрпақтың репродуктивтік денсаулығын сақтауға да ықпал етеді.

Абдоминальдік ауырсынуды тудыратын патологияны дер кезіндегі диагностика жасауға мұқият жинақталған анамнез, толық физикальдік тексеру, ішті қолмен басып қарау, ректо-абдоминальдік зерттеу, кіші жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі, лапароскопия ықпал етеді. Қыздар мен жасөспірімдердің жедел абдоминальдік синдромы кезінде дифференциалдық диагнозды хирургиялық патология (аппендицит, меккелева дивертикулдың қабынуы, мезентериальды аденит, ішек түйнелуі), зәр шығару жүйесінің аурулары (зәр шығару жолдарының инфекциясы, несеп-тас ауруы) мен гинекологиялық патология арасында жүргізу қажет. Көбінесе дифференциалдық диагнозды гинекологиялық патология мен жедел аппендицит арасында жүргізуге тура келеді.

Аналық бездің апоплексиясы кезіндегі абдоминальдік синдром

Аналық бездің апоплексиясы – аналық безге кенеттен қан құйылу салдарынан оның ұлпаларының тұтастығы бұзыла да, күрсақ қуысына қан кету мүмкіндігі туындайды.

Синонимдері: аналық бездердің геморрагиялық фолликулярлық кистасы, сарыдененің геморрагиялық кистасы, аналық бездердің гематомасы, аналық безден қан кету, сарыдене кистасының жарылуы, аналық бездің инфарктісі, аналық бездің жарылуы. Аналық бездің апоплексиясы 14 және одан жоғары жаста жиі кездеседі, дегенімен кішкентай қыздарда да аналық бездерге қан кету жағдайлары болған (52). Гинекологиялық патологиялардың арасында аналық бездің апоплексиясының жиілігі 1-3% құрайды, оның рецидивтерінің жиілігі – 42-69% аралығында ауытқиды. 85%

жағдайда оң жақ аналық безінің апоплексиясы байқалады, бұл ондағы қатты қанайналымы мен түсіндіріледі, және ол көбінесе (90-94%) етеккір циклінің ортасында және екінші фазасында жүреді (27). Сонғысы овуляция кезеңінде және етеккір алдында пайда болатын тамырлардың жоғары өткізгіштігімен және оларға қан толудың ұлғаюымен байланысты.

Аналық бездің жарылуына ықпал ететін факторлар: овуляция, сарыдененің айқын тамырлануы, анамнезде болған кіші жамбас мүшелерінің қабыну үрдістері, аналық без тамырлары мен ұлпаларының склеротикалық өзгерістері, іркілген гиперемия және кіші жамбас тамырларының варикоздық кеңеюі, эндокриндік бұзылыстар. Аналық бездердің қанауына қан аурулары, қанның ұюының бұзылуына әкелетін антикоагулянттарды ұзақ уақыт қабылдау салдары әсер етуі мүмкін. Экзогендік себептердің арасында күрсақ жарақаты, физикалық жұмыс, үзілген не қатты жыныстық қатынас, атқа міну, жатыр қынабын жуу, қынапты зерттеу т.б. атауға болады. Эндогендік себептер: жатырдың дұрыс орналаспауы, аналық бездегі қан ағымының бұзылуына әкелетін тамырдың механикалық қысылуы, ісіктің аналық безді ығыстырып қысуы, кіші жамбастағы жабысу үрдістері. Кейбір науқастарда аналық бездің жарылуы ұйықтап жатқан кезде немесе тыныштық жағдайында айқын байқалатын себептерсіз жүреді.

Аналық бездің апоплексияға ұшырауында басты патогенетикалық рөлді гормоналдык статустың бұзылуы атқарады. Апоплексияның негізгі себептерінің бірі аналық без ұлпасының гиперемиясына ықпал ететін гипофиздің гонадотропты гормондарының (ЛГ, ФСГ, пролактин) мөлшері мен қатынасының шамадан тыс өсуі болып табылады. Аналық бездер апоплексиясының пайда болуында күйзеліс жағдайлары, психоэмоциональдік лабильділік, экологиялық фак-

торлар және өмір сүру жағдайы сияқты сыртқы әсерлер де маңызды орын алады.

Аналық бездің апоплексиясы тек репродуктивтік жүйедегі аналық бездің зақымдалуымен шектелетін қажырлы бұзылыстардың кешенімен ғана емес реттеуші жүйенің бұзылуының генетикалық бейімділігімен және созылмалы күйзеліс әсерлері фонындағы жүйке жүйесінің әр түрлі деңгейлеріндегі тұтасағзаның ауруы ретінде бағаланады. Аналық бездер васкуляризациясының ерекшеліктерін ескере отырып, бұл бұзылыстар тұйық шеңбердің қалыптасуына әкеледі: күйзеліс – ОЖЖ бұзылыстары – аналық без апоплексиясының рецидиві – аналық бездің зақымдалуы – стресс.

Жіктелуі. Клиникалық тәжірибеде аналық бездің апоплексиясын ауырсыну, анемиялық және аралас формаларға бөлінеді. Ауырсыну формасы – жүрегі айнумен қатар жүретін айқын ауырсыну синдромы, дене қызуы көтерілуі мүмкін. Анемиялық форма – құрсақішілік қанаудың басты белгісі. Аналық без апоплексияның аралас формасында тең дәрежеде айқындалған екі форманың да белгілері бар. Бірақ құрсақ қуысына қан кету кезінде анемия барлық уақытта байқалмайды, сондықтан әдебиетте құрсақішілік қан кетудің айқындылығын ескеретін жіктеу жүйесі ұсынылған:

А. Ауырсыну формасы.

Б. Геморрагиялық форма:

1 – жеңіл дәрежесі (құрсақішілік қан кетудің көлемі 150 мл аспайды)

2 – орта дәрежесі (қан кету 150-500 мл);

3 – ауыр дәрежесі (құрсақішілік қан кетудің көлемі 500 мл астам).

Клиникалық белгілері және диагностика. Аналық без апоплексиясының негізгі клиникалық симптомы іштің төменгі жағында кенеттен пайда болған ауырсыну. Ауырсынулар аналық без ұлпалары рецепторларының тітіркенуімен және аққан қанның ішпердеге әсер етуінен туындайды,

сондай-ақ аналық без артериясы бассейніндегі түйілудің де белгілі бір маңызы бар екені айтылады. Науқастарда құрсақ-ішілік қан кетуіне және оның айқындылық дәрежесіне байланысты әлсіздік, бас айналу, жүрек айну, құсу, талма жағдайлары байқалады.

Аналық без апоплексиясының ауырсыну түрі сарыдене немесе фолликул ұлпасына қан құйылғанда және құрсақ қуысына кетпегенде байқалады. Ауру басқа жерге таралмай іштің төмен жағында ауырсыну ұстамасымен байқалады. Кейде ауырсыну жүрек айну және құсу сияқты белгілермен қатар жүреді, бірақ құрсақішілік қанау белгілері болмайды. Апоплексияның геморрагиялық формасының жеңіл дәрежесінің және ауырсыну формасының клиникалық белгілері ұқсас келеді. Тексеру кезінде тері қабаты мен шырышты қабаттың көрінетін жерлерінің түстері кәдімгідей. Артериалдық қан қысымы мен пульс жиілігі қалыпты деңгейде. Тілі таза, ылғалды. Іші жұмсақ, алдыңғы ішперде қабатының төменгі бөлігінде бұлшық етінің аздаған тырысуы мүмкін. Қолмен басып қарағанда аздап мықын аймағында ауырсыну байқалады, көбінесе оң жақта, перитонеалдық симптом болмайды. Құрсақ қуысында перкуторлы бос сұйықтық анықталмайды. Ректо-абдоминальдік зерттеу кезінде қалыпты өлшемдегі жатыр, аздап үлкейген, ауырсынатын аналық безі анықталады. Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ кезінде аналық бездің жарылуын көру өте қиын, бірақ жатыр артындағы (дуглас) кеңістікте сұйықтықтың жиналуы анықталады. Аналық без апоплексиясының ауырсыну формасы үшін дугласты кеңістікте аздаған сұйықтықтың және майда дисперсиялы құрылымдардан тұратын гипозоогендік түзілістердің (қан мен фолликулярлық сұйықтық араласқан түзіліс) болуы тән. Қанда айтарлықтай өзгерістер болмайды, кейде формуланың солға қарай ығысуысыз шамалы лейкоцитоз байқалады.

Аналық без апоплексиясының орта және ауыр дәрежелі геморрагиялы түрлерінің клиникалық белгілерінде негізгі симптомдары күрсақішілік қанаулармен байланысты. Ауру жедел басталады, көбінесе сыртқы себептерге байланысты болады (жарақат, физикалық жұмыс, жыныстық қатынас т.б.). Ауырсыну іштің төменгі бөлігінде болады және жиі тік ішекке, аяққа, сегізкөзге, сыртқы жыныстық мүшелерге беріледі. Ауырсыну белгісі әлсіздік, бас айналу, жүрек айну, құсу, талу жағдайларымен қатар жүреді. Симптомдардың айқындылығы қанау көлеміне байланысты. Тексеру кезінде тері қабаттары, көрінетін шырышты қабық боз түсті, суық жабысқақ тер шығуы байқалады. Артериалдық қан қысымы төмендейді, тахикардия болады. Тілі құрғақ, іші қатты, аздап іш кебуі мүмкін. Мықын аймағының бірінде немесе барлық гипогастралдық аймақта қолмен тексерген кезде қатты ауырсыну анықталады. Перитонеальдік симптоматика әсіресе төменгі бөліктерде айқындалған. Перкуторлы түрде іштің қуыс жерлерінде бос сұйықтық бар екендігі анықталады. Гинекологиялық зерттеу кезінде қынаптың шырышты қабығы қалыпты немесе боз түсті. Қынап күмбезі салбырап тұрады, жатыр мойнының тракциялары анық ауырсынады. Алдыңғы ішперденің айқын ауырсынуына байланысты ректо-абдоминальдік зерттеу жүргізу қиындық тудырады. Жатыр өдеттегі өлшемде, ауырсынып тұрады, апоплексия жағында ауырсындыратын, аздап ұлғайған аналық безі білінеді.

Қанда гемоглобиннің мөлшері төмендейді, бірақ жедел қан кету кезінде алғашқы сәттерде қанның қоюлануына байланысты, оның деңгейі жоғарылауы мүмкін. Формуланың солға қарай ығысуысыз лейкоциттердің мөлшерішамалы көтеріледі.

Аналық без апоплексиясының геморрагиялық формасының диагностикасында ақпаратты әдісі УДЗ болып табылады. Бұл әдіс арқылы күрсақ қуысында жоғары эхогенді (қанды ұйындылар), дұрыс емес пішінді құрылымдары бар, майда

және орташа дисперсиялы бос сұйықтықтың елеулі мөлшері айқындалады (52). Аналық без апоплексиясының диагностикасын жасауда УДЗ басқа, таңдауға болатын әдіс лапароскопия болып табылады.

Емдеу. Аналық безінің апоплексиясына ұшыраған науқастарды емдеу құрсақішілік қанаудың клиникалық айқындылығы мен аурудың формасына байланысты жүргізіледі.

Апоплексияның ауырсыну формасында және аздаған құрсақішілік қан кетуде (150 мл аз), әрі қарай құрсақішілік қан кетудің клиникалық белгілері ұлғаймаған кезде стационар жағдайында консервативтік терапия жүргізуге болады: тыныштық сақтау, тамырдың тарылуына ықпал ететін іштің төменгі жағына мұз қою, гемостатикалық әсер беретін препараттар, спазмолитиктер, дәрумендер (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин) тағайындау, физиотерапиялық шаралар жүргізу (хлорлы кальций электрофорезі, СВЧ-терапия). Ауырсыну қайталап ұстаған кезде, жалпы хал-жағдайдың нашарлауы, гемодинамиканың тұрақсыздығы, клиникалық және ультрадыбыстық зерттеу кезінде құрсақ қуысындағы қан көлемінің ұлғаюы байқалған жағдайда лапароскопия немесе лапаротомды жолмен оперативтік манипуляция жүргізу қажеттігі туралы мәселе алдыға қойылады.

Лапароскопия жүргізуге көрсетілімдер:

– науқастың гемодинамика көрсеткіштері тұрақты және хал-жағдайы қанағатты болғанда, құрсақ қуысында физикалды және УЗД әдістерімен расталған 150 мл астам қанның болуы;

– 1-3 күн бойы жүргізілген консервативтік терапияның тиімсіздігі, УДЗ жасау арқылы расталған құрсақ қуысындағы қанаудың жалғасып жатқан белгілері (құрсақ қуысындағы бос сұйықтық көлемінің ұлғаюы);

– жедел гинекологиялық және жедел хирургиялық патология арасындағы дифференциалды диагностика қажеттігі.

Аналық без апоплексиясы кезіндегі оперативтік манипуляцияның көлемі барынша аз болуы керек: жарылу орнының коагуляциясы, кистаны ашу және аквапуратор-сорғыштың көмегімен ішіндегісін тазалау, аналық без резекциясы. Аналық бездің үлкен зақымдануларында және оны сақтау мүмкіндігі болмаған кезде оны алып тастауға тура келеді.

Лапаротомия жасау көрсетілімдері:

– науқастың жағдайының ауырлауына және гемодинамиканың бұзылуына әкеліп соғатын құрсақішілік қанау белгілерінің болуы (геморрагиялық шок);

– лапароскопия жасауға мүмкіндік болмағанда (жабысу үрдісі, аналық бездің зақымдалған тамырларынан қан кетудің күшеюі). Манипуляция көлемі лапароскопиядағымен бірдей. Лапаротомия кезінде құрсақ қуысына құйылған қанның реинфузиясы орындалуы мүмкін.

Профилактика. Профилактикалық шаралар жүргізу ауру рецидивінің жиілігін төмендетуге ықпал етеді. Аналық без апоплексиясының ауырсыну формасы кезінде ерекше профилактикалық шаралар қажет емес. Аналық без апоплексиясының геморрагиялық формасымен ауырған науқастарда ОЖЖ жоғарғы бөлігінің дисфункциясы, гормоналдық статусының өзгеруі және овариалды қан айналымының бұзылуы тұрақты сипатта жүреді. Бұл топтағы науқастарға тұйық шеңберді бұзуға бағытталған кешенді дәрілік терапия қажет. Осы мақсатта 3 ай бойы ми құрылымдарының қызметін реттейтін терапия ұсынылады: ОЖЖ алмасу үрдістерін жақсартуға арналған ноотроптар, церебральдік перфузияны жақсартуға ықпал ететін препараттар (кавинтон, танакан, винпоцетин), транквилизаторлар, басішілік гипертензияның жоғарылауы кезінде – зәр шығаруды күшейтетін препараттарды тағайындау қажет. Гормоналдық статусын түзету үшін және 3-6 ай бойы овуляцияны тежеу үшін құрамдас эстроген-гестагенді монофазалы төмен және микродозалы

оральдік контрацептивтер (регулон, логест, марвелон, новинет, мерсилон және т.б.) қолданылады. Көрсетілген кешенді терапияны жүргізу әсіресе жасөспірім қыздарға ауру рецидивінің жиілігін төмендету, болашақ аналардың репродуктивтік мүшелерін сақтау және репродуктивтік қызметін жетілдіру үшін қажет.

Жатыр қосалқыларындағы ісік аяқшасының бұралуы

Аналық бездердегі ісікпен ісік тәрізді түзілістерінің асқынулары арасында ең жиі аналық бездегі ісік аяқшасының бұралуы кездеседі және де бұл патологияның жиілігі 20-25% дейін жетеді (53). Бұралу үрдісіне кез келген ісік аяқшасы, жатыр түтікшесі, тұрақты аналық без, тіпті тұтас жатырдың өзі немесе оның қосалқылары ұшырауы мүмкін. Қозғалғыштығы жоғары жетілген тератомалар, сондай-ақ паровариалдық кисталар, аналық бездегі тығыз фибромалар да жиі бұралуға ұшырайды.

Этиологиясы және патогенезі. Ісік аяқшасы бұралуының мүмкін себептері: тұлғаның айналу қимылының (гимнастикалық жаттығулар, би) кенет тоқтауы, физикалық жұмыс, құрсақішілік қысымның кенет өзгеруі болуы. Мұндай жағдайларда аяқша айналасындағы ісіктің айналуы инерция бойынша жалғасады, бұл бұралуға әкеліп соғады. Аяқша бұралуына ісіктің ассиметриялы формасы, оның біркелкі емес тығыздығы, көлемі ықпал етеді.

Төменде келтірілген себептер балаларда жатыр қосалқыларының немесе аналық без кисталарының бұралуына әкелуі мүмкін: ересектерге қарағанда ұзын байланыс аппараты; балаларда аналық бездерінің орналасу ерекшеліктері, неғұрлым бала кіші болған сайын, соғұрлым оның аналық бездері құрсақ ішінде жоғары орналасады; дененің кенеттен

қозғалуы; дененің жағдайын ауыстыруы; физикалық жұмыстар; іштің қатуы; тым көп тамақтану (52).

Бұралу барысында аналық безді коректендіретін жатыр және аналық без артерияларының тармақтарымен бірге көк тамырлар да бұралады. Ісікте қанайналым бұзылады, артында некроз және асептикалық қабыну туындайды, ол кіші жамбастағы ішпердеге таралады.

Бұралу толық (360* астам) немесе толық емес (360* кем) болуы мүмкін. Толық емес бұралу кезінде ең бастысы көк тамырлық қан айналымның бұзылуы жағдайында, салыстырмалы түрде артериялық қанайналым сақталуы. Толық бұралумен салыстырғанда бұл жағдайда барлық белгілер аса айқын байқалмайды, және де емдеусіз өздігінен жазылуы мүмкін. Ісіктегі екіншілік өзгерістер (некроз, қан құйылу) әдетте науқастарда операция кезінде анықталады.

Клиникалық белгілері ісіктегі қан айналымының бұзылуымен анықталады. Аяқшаның бұралуы жылдам жүрген кезде жедел ауырсыну синдромы пайда болады. Ауру кенеттен басталады, ауырсынулар іштің төменгі зақымдалған жағында пайда болады, сонымен қатар ішек парезінің белгілері болады – жүрегі айниды, құсады, нәжісі тоқтап, жел шықпайды. Бұралу баяу жүрген кезде ауру белгілері айқын байқалмайды, олар біресе күшейіп, біресе жоқ болып кетеді. Ауру белгілерінің жоқ болып кетуі көбінесе науқастың жағдайының жақсаруы ретінде қабылданады. Оның салдарынан патология кеш анықталып, репродуктивтік мүшеден айырылу қаупі пайда болады.

Диагностика шағымдарға, анамнез мәліметтеріне (аналық безде ісік немесе кистаның болуы), ауру симптомдарына, объективті зерттеу мәліметтеріне негізделген. Терінің сыртқы қабаты боз болып, суық тер шығады, дене қызуы аздап көтеріледі, тахикардия байқалады. Тілі құрғақ, өңезденген. Іші кебеді, жатыр қосалқыларының тұсында ауырсыну сезіледі, құрсақтың алдыңғы қабырғасының бұлшық еттері

тартылып тұрады, Щеткин-Блюмберг симптомы оң нәтиже береді. Қанда лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы анықталады.

Ректоабдоминальдік зерттеу кезінде жатыр қосалқыларының аймағында көлемді түзіліс анықталады, оның консистенциясы тығыз-эластикалық, қимылы шектеулі, қозғалтуға талпынғанда немесе қолмен басып қарағанда – қатты ауырсынады. Бұл зерттеуді қыздарда жүргізу алдыңғы құрсақ қабырғасындағы бұлшық еттердің тырысуы салдарынан болатын қатты ауырсынуға байланысты қиындық тудырады, сондықтан оны наркоз беру арқылы орындауғатура келеді.

Эхографиялық көрініс арнайы зерттеу әдісі емес, себебі ол бұралу дәрежесіне байланысы жоқ. Эхограммаларда аналық бездегіісікке немесе кистаға тән белгілері бар көлемді түзілістер анықталады, немесе ішкі құрылымы айқын өзгерген үлкейген аналық без көрінеді. Бірқатар жағдайларда аналық без қалқалары және эхопозитивті құрылымы бар кешенді түзіліс түрінде болады.

Қарастырылып отырған патологиялық жағдайды бағалаудың тиімді диагностикалық әдісі қан айналымның бар немесе жоғын анықтауға мүмкіндік беретін түрлі-түсті доплерография болып табылады. Қан ағысының тоқтауы нашар болжамдық көрсеткіш болып табылады және ол некроздың басталғанын көрсетеді (47). Аурудың сипаты туралы нақты мәліметті лапароскопия бере алады. Эндоскопиялық зерттеулер кіші жамбаста некроз белгілері бар немесе жоқ, аяқшасы бұралған аналық бездегі қызыл-көкшіл түзілісті, сондай-ақ ұлпада жинақталатын серозды немесе серозды-геморрагиялы сұйықтықты анықтауға мүмкіндік береді.

Қыздар мен жасөспірімдерде аналық бездегі ісік аяқшасының бұралуын ең алдымен жедел аппендициттен, бүйрек шаншуынан ажырата білу керек. Бұл жағдайда қосымша зерттеу әдістері – құрсақ қуысы мен ішперде артындағы

кеңістіктің УДЗ, құрсақ қуысы мүшелерінің жалпы рентген түсірілімі.

Оперативтік емдеу (лапароскопиялық немесе лапаротомиялық). Операция жасауды созу ісіктің некрозға ұшырауына және екіншілік инфекцияның қосылуына, нәтижесінде перитониттің дамуына әкелуі мүмкін. Бұрын операция жүргізген кезде аяқшаны қайта айналдыру, оның қан тамырларындағы тромбтардың эмболиялық асқинулар тудыру қауіпіне байланысты тыйым салынатын еді. Қазіргі уақытта аналық бездегі ісік аяқшасының бұралуы кезінде жүргізілетін операциядағы дәрігерлік тактика қайта қарастырылған. Некроздың сыртқы белгілері болмаса түзілістің аяқшасын қайта айналдырып, қан айналымының қалпына келуін бақылайды. Ишемия мен веноздық іркілу болмаған жағдайда бұрын қабылданған жатыр қосалқыларын алып тастаудың орнына операция көлемін аналық бездің резекциясымен шектеуге болады (егер аналық бездегі киста немесе ісік түрі мүмкіндік берсе). Бұл әсіресе қыздар мен жасөспірімдер үшін өзекті, себебі оларда мұндай тактика аналық без ұлпасын сақтап қалуға мүмкіндік береді.

Жатырдан тыс жүктілік кезіндегі абдоминальдік синдром

Жасөспірімдерде жыныстық өмірді ерте бастауын және лайықты дифференциалдық диагностика жүргізу қажеттігін ескере отырып, сондай-ақ эктопиялық жүктіліктің мүмкіндігіне ерекше көңіл бөліп, жатырдан тыс жүктіліктің клиникалық және диагностикалық критерийлерін көрсету пайдалы болады деп санаймыз. Себебі шұғыл жағдайларда көмек көрсету сапасы дәрігердің ауыр патология кезінде дұрыс шешім қабылдап, дұрыс бағыт алуына байланысты. Сондықтан қыз баланың жедел абдоминальдік ауырсынумен стационарға түскен кезде оның жыныстық қатынаста бол-

ғанын анықтау қажет, егер жауабы оң болса, бұл жағдайда эктопиялық жүктілік болу мүмкіндігін естен шығармау керек.

Жатырдан тыс (эктопиялық) жүктілік ұрықтың жатырдан тыс аномальдік имплантациясымен сипатталады.

Соңғы онжылдықта отандық және шетел авторлары жатырдан тыс жүктіліктің 2-3 есе өскендігін хабарлайды (52, 53). Эктопиялық жүктіліктің таралуы индустриалды дамыған елдерде орташа алғанда 1000 жүктілікке 12-14 кұрайды. Бұл патологияның жиілігінің өсуі бір жағынан заманауи контрацептивтік құралдарды пайдаланатын жас әйелдер санының көбеюі, сондай-ақ кіші жамбас мүшелеріне жасалатын хирургиялық манипуляциялардың санының артуы және тұрақты түрде жоғарылап жатқан ішкі жыныс мүшелерінің қабыну үрдістерінің соның ішінде жыныстық жолдармен берілетін инфекциялардың таралуы және т.б. болса, екінші жағынан, соңғы жылдары жатырдан тыс жүктілікті анықтаудың диагностикалық мүмкіндіктерінің жақсаруы болып табылады.

Жатырдан тыс жүктілік формаларының жіктелуі:

– түтіктік (ампулярлық, интерстициалды, истмикалық) 98,5-99% жағдайда байқалады, көбінесе ұрық имплантациясының орны жатыр түтігінің ампуласы болып табылады (60-95,3%) (53). Одан сирек истмикалық (15,3%) және өте сирек (1-3%) – ұрықтың интерстициалды локализациясы.

Эктопиялық жүктіліктің сирек кездесетін түрлері:

- аналық безде (0,4-1,3%);
- құрсақтық (абдоминальдік) (0,1-0,9%);
- рудиментарлы жатыр мүйізінде;
- байламаралық жүктілік;
- жатыр мойнындағы жүктілік;
- көпұрықты жүктілік (жатыр қуысында дамитын жүктілік және эктопиялық жүктілік); мұндай патологияның жиілігі 0,6%.

Аурудың клиникалық ағымының негізгі үш нұсқасын бөледі: дамып жатқан жатырдан тыс жүктілік, үзілген

(түсікке ұшыраған) жатырдан тыс жүктілік, дамымай қалған жатырдан тыс жүктілік (47).

Этиологиялық факторлар. Жатырдан тыс жүктіліктің дамуы әдетте жатыр түтіктерінің патологиясы мен ұрық имплантациясы механизмінің бұзылуына байланысты. Жатырдан тыс жүктіліктің этиологиясында басты рөлді атқаратын жатыр түтіктерінің құрылымды-функционалдық өзгерістеріне әкелетін жатыр қосалқыларының қабыну үрдістері. Қабыну факторының жиілігі 14-92,5% аралығында ауытқиды. Жатырдан тыс жүктіліктің дамуының басқа себептеріне инфантилизм, жатыр түтігінің эндометриозы, қарсы көрсетілімдерін ескермей ЖІК кеңінен қолданылуына байланысты туындайтын контрацепцияның кері әсерлері кіреді. Ең сирек кездесетін себептеріне жатыр түтікшелерінің туа біткен тарылуы немесе патологиялық асимметриясы, күйзеліс әсерлері, никотин интоксикациясы, жатыр түтікшелерінің полиптері мен ісіктері, түтікшелерге жасалған пластикалық және консервативтік операциялар жатады.

Клиникалық белгілері. Жатырдан тыс жүктіліктің клиникалық ағымы әртүрлі симптомдармен және олардың үйлесімдерімен ерекшеленеді. Осыған орай оны уақытылы анықтау үлкен қиындықтарды туғызады. Басты симптомы – іштің төмен жағындағы ауырсыну және де ол ануска, жауырынға және бұғанаға таралуы мүмкін;

– 6-8 апта бойы аменорея, дегенмен етеккір уақытылы, бірақ өзгеше де келуі мүмкін (мардымсыз қанды бөліністер түрінде);

- жүктіліктің субъективті белгілерінің болуы;
- экзоцервикстің цианозы немесе боздығы;
- жатыр алмұрт тәрізді, жұмсақтау консистенциялы;
- жатыр өлшемдері жүктіліктің болжамды мерзімінен кіші;
- біржақты аднекстумор;

- жатыр мойнының қозғалуы кезіндегі ауырсынулар;
- жағылып келетін қанды бөліністер;
- жалпы бұзылыстар (жалпы жағдайдың нашарлауы, жүрек айну, сұйық нәжіс, метеоризм).

Дамып жатқан түтікшелік жүктіліктің ерте кезеңінде клиникалық симптоматикасының тым аз болуына байланысты өте сирек жағдайда анықталады. Түтікшелік жүктілік әдетте 4-6 немесе 7-8 аптада үзілумен аяқталады. Хорионның бұрлері жатыр түтікшесінің қабырғасына еніп, фибринозды некроз қабатының түзілуі арқылы оның бұзылуына және ыдырауына ықпал етеді, оның салдарынан түтікше қабырғасы жұқарып созылады да, нәтижесінде қан тамырлары жарылады және жүйке талшықтары деструкцияға ұшырайды. Түтікшелік жүктілік үзілуінің бір түрі түтікшелік түсік тастау (51%) болып табылады; ал жатыр түтікшесінің жарылуы арқылы жүрретін жүктіліктің үзілуі 31% жағдайда кездеседі. Сирек жағдайда түтікшелік жүктілік гемато- немесе гидросальпинкс түзілуі арқылы жүретін ұрықтың ерте өлімі және резорбциясымен аяқталады. Толық түтікшелік түсік тастау кезінде, ұрық тұтасымен құрсақ қуысына шығады да, көбінесе өледі және кальцификация мен мумификацияға ұшырайды. Бұл кезде болатын жатыр түтікшесінен қан кету өте сирек жағдайда ғана өздігінен тоқтайды.

Жатыр түтікшесінің жарылуы әдетте жедел түрде жүреді, құрсақ қуысына қатты қан кетуіне байланысты айқын клиникалық белгілерімен сипатталады. Науқастардың 11%-да жатыр түтікшесінің жарылуы кезінде көп қан кету және геморрагиялық шок байқалады.

Диагностика. Дамып жатқан эктопиялық жүктіліктің диагностикасы патогномониялық клиникалық симптомдарының болмауына байланысты қиындық туғызады. Екі қолмен қынаптық-абдоминальдік тексеру кезінде жатырдың өлшемдері жүктілік мерзіміне сай келмейтінін анықтауға болады. Жүктіліктің кішкентай мерзімінде жатыр түтікшесінің ұл-

ғаюы айқын көрінбейді, сондықтан оны анықтау мүмкін емес. Клиникалық белгілерінің анық еместігін ескере отырып, эктопиялық жүктіліктің бұл түрі кезінде қосымша зерттеу әдістерін жүргізу керек. Трансвагиналды эхография мен түрлі-түсті доплерлік тексеру ең мол ақпарат бере алады. УДЗ кезінде эктопиялық жүктілікті анықтау дәлдігі 9,2 бастап 100% дейінгі аралықта ауытқиды. Түрлі-түсті доплерлік тексеруді қолдану кезінде жатырдан тыс жүктілікті анықтау дәлдігі 92% құрайды (47). Дамып жатқан жатырдан тыс жүктілікке күдік туған кезде қолданылатын диагностикалық тестілердің бірі қандағы ХГ мөлшерін анықтау болып табылады, бірақ бұл әдіс жатырдан тыс жүктілікті асқынуы бар жатыр жүктілігінен нақты ажыратуға мүмкіндік бермейді. Дамып жатқан жатырдан тыс жүктілік кезінде бірге жүргізілген эхографиялық және гормоналдық зерттеу әдістерінің диагностикалық құндылығы 95% құрайды. Аталған патологияның дифференциалдық диагностикасын кішкентай мерзімдегі жатыр жүктілігі, жатыр қосалқыларының созылмалы қабынуы, аналық бездегі ретенциондық түзілістер болған жағдайда жүргізу қажет. Түтікшелік жүктілікке кішігірім күдік туған жағдайдың өзінде мұқият тексеру және стационар жағдайында науқасқа динамикалық бақылау жүргізу үшін ауруханаға шұғыл жатқызу керек.

Түтікшелік түсік тастаудың диагностикасы үшін соңғы 2-4 етеккір циклінің ерекшеліктерін анықтауға баса назар аударылады. Ауырсынулар жиі кенеттен ұстамалы ауыру түрінде болады (бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін). Жыныстық жолдардан шығатын қанды бөліністер «кофенің қоюына» ұқсайды.

Қынаптық зерттеуде қолмен басып қарағанда етеккір кідірісінің мерзіміне сай емес, жатырдың шамалы ұлғаюы және жұмсаруы, жатыр қосалқыларының ауырсынуы және пастозы, қынаптың артқы күмбезінің қолмен басып қарағанда қатты ауырып, ширығуы немесе тегістелуі байқалады.

Жатырдан тыс «бұрынғы» жүктілік кезінде жатыр қосалқыларының түсында немесе оның артында анық контуры жоқ түзіліс түріндегі перитубарлы гематоманы анықтауға болады.

Қанды зерттеу кезінде гемоглобин құрамының төмендеуі, лейкоцитарлық формуланың солға жылжуы анық-талады (әсіресе баяу ағымды және созылмалы түтікшелік түсік тастау кезінде). Науқастардың 89%-да түтікшелік түсік тастаудың атипиялық симптомдары орын алатынын атап өткен жөн: ауырсынулардың кенеттен ұстауы және оның басқа жаққа таралуы айқын білінбейді немесе болмайды, етеккір кідірісі және қан формуласында патологиялық өзгерістер байқалмайды.

Түтікшелік түсік тастау арқылы үзілген эктопиялық жүктілікті, көбінесе жатырлық жүктілік кезіндегі өздігінен болған түсіктен, созылмалы сальпингоофориттің асқынуынан, аналық бездің апоплексиясынан, сондай-ақ тағамдық интоксикациядан ажырату керек. Кейде жатырдан тыс жүктілігі бар қыздарды жедел аппендицит күдігімен хирургиялық стационарларға жатқызылады.

Жатыр түтікшесінің жарылуы кезінде симптоматика өте анық болады. Ауырсыну синдромы жайбарақат отырған кезде басталады (көбінесе кенеттен ауырсыну «жүкті» түтікше жағында сезіледі) және басқа жерлерге таралуы мүмкін, жиі бұл жағдайларда сұйық нәжіс және тенезма болады. Тексеру барысында науқаста апатия, мәнгіру, көзге көрінетін шырышты қабықтың және тері қабатының бозаруы байқалып, суық тер шығады, демікпе пайда болады. Науқастардың 10%-да систолиялық қан қысымының 80 мм сынап бағанасынан төмендеуі байқалады. Ішті қолмен басып қарағанда қатты ауырсынады, ішперденің тітіркену синдромы байқалады, іштің кейбір жерлерінде перкуторлық дыбыс басыңқы шығады, оның шегі науқастың дене жағдайының өзгеруіне байланысты жылжиды. Бимануальды зерттеу кезінде жатырдың шамадан тыс қозғалғыштығы («құбылмалы жатыр»

симптомы), жатыр мойнының қозғалуы кезінде кенеттен қатты ауырсынуы, қынаптың артқы күмбезінің салбырауы және айқын сезілетін ауырсынуы байқалады. Шұғыл хирургиялық манипуляция көрсетілген, себебі кез келген кідіріс өлімге әкеліп соғуы мүмкін.

Жатыр түтікшесінің жарылуын аналық без апоплексиясынан, цистаденомалар аяқшаларының бұратылуынан, жарасы бар асқазан тесілгендегі перитониттен, құрсақ қуысы мүшелерінің жарақатынан ажырату керек.

Үзілген жатырдан тыс жүктіліктің ультрадыбыстық белгілері жатыр өлшемдерінің шамалы ұлғаюымен, эндометрийдің gravidарлы гиперплазиясымен, жатыр қуысындағы жалған ұрық қапшығымен, жатыр артындағы кеңістіктегі бос сұйықтықтың болуымен, жатыр қосалқыларында түзілістің пайда болуымен сипатталады. Жеке алғанда бұл белгілердің диагностикалық құндылығы үлкен емес. Сондықтан барлық эхографиялық критерийлердің жиынтығын ескеру қажет (26). Қазіргі уақытқа дейін клиникалық тәжірибеде қынаптың артқы күмбезі арқылы құрсақ қуысының пункциясы қолданылатынын атап өткен жөн. Дамып жатқан жатырдан тыс жүктілік кезінде құрсақ қуысында қан болмайды. Құрсақ қуысына жасалған пункция жалған оң (ине қынап немесе жатыр, параметрия тамырларына тиіп кеткен кезде) және жалған теріс (иненің ішінің ақауы, құрсақ қуысында аздаған мөлшерде ғана қан жиналуы, жатыр қосалқыларының аймағында айқын жабысу үрдістері) нәтижеберуі мүмкін. Кейде пункция кезінде қарақызыл түсті қан емес, геморагиялық компоненті бар серозды сұйықтық алынады, бұл үзілген эктопиялық жүктілікті жоққа шығармайды. Қан аналық бездің апоплексиясынан, көкбауыр жыртылуынан, етеккір қанының рефлюксінен немесе жатырды қырнаудан кейінгі болуы да мүмкін.

Кейбір жағдайда жатырдың шырышты қабығының диагностикалық қырнауы жасалады. Бұл операцияны жатырдан

тыс жүктілікті дисфункционалды жатыр қанауынан және/немесе өздігінен болған жартылай жатыр түсігінен ажыратып алған жағдайда ғана жүргізуге болады. Сонымен қатар, жатырдан тыс жүктілік кезіндегі шырышты қабықтың жағдайы өзгермеуі немесе етеккір циклінің қандай-да бір фазасына сәйкес келуі мүмкін, ал өздігінен болған толық жатыр түсігікезінде Ариас-Стелла феномені бар эндометрийдің децидуалды трансформациясы ғана орын алуы мүмкін (эпителий жасушалары ядросының атипиялық өзгерісі), бұл жатырдан тыс жүктілікке де тән болып табылады (35). Гистологиялық зерттеу нәтижелерін интерпретация жасау кезінде жатырлық жүктіліктің айқын белгісі болып табылатын қырындыда хорионның бүрлері және/немесе хорион эпителийінің инвазиясы бар децидуальды ұлпаның табылуы.

Заманауи гинекологиялық тәжірибеде мол ақпарат беретін диагностикалық әдіс лапароскопия болып табылады. Бұл әдісті қолданған кезде бұзылған немесе дамып жатқан эктопиялық жүктіліктің диагностикалық дәлдігі 100% құрайды.

Емдеу. Эктопиялық жүктілікті хирургиялық және дәрілік емдеу әдістері бар. Хирургиялық әдіс басым түрде қолданылады. Радикалды (тубэктомия) және консервативті-пластикалық операциялар (фимбриальді бөлімде орналасқан ұрықты қысып шығару, сальпинготомия, жатыр түтікшесінің сегментінің резекциясы) жасалады. Оперативтік манипуляцияның түрі аурудың клиникалық белгілеріне, ұрықтың орналасуы мен өлшеміне, жабысу үрдісі мен оның айқындылығына, науқастың хал-жағдайына қарай таңдалу керек. Пациенттің жасын ескере отырып, оның репродуктивтік қызметін сақтау маңызды. Операцияны лапаротомиялы немесе лапароскопиялы жолмен жүргізуге болады. Геморрагиялық шок және/немесе күрсақ қуысындағы айқын жабысу үрдісі лапаротомияға көрсетілім болып табылады. Дәрілік терапия тек дамып жатқан түтікшелік жүктілік кезінде дәрілік препараттарды қолдану (метотрексат, винбластин, Ез және

F2a простагландиндері, РУ-486 антипрогестерондық препараты, трихосантин) арқылы жүргізілуі мүмкін.

Жыныс мүшелерінің жарақаты кезіндегі абдоминальдік синдром

Сыртқы жыныс мүшелерінің және қынаптың зақымдалуы үшкір заттарға құлаған кезде, көшедегі жарақаттанулар кезінде т.б. болуы мүмкін. Жарақаттар қасындағы мүшелердің жыртылуымен қатар өте ауыр болуы мүмкін, әсіресе кішкентай қыздарда. Зақымданулар сыртқы жыныс мүшелерінде болған кезде үлкен гематомалар пайда болады. Оларды емдеу кезінде көп қимылдамау және суық басу қажет, кейіннен ісікті азайтатын терапия қолданылады. Гематома үлкейе берген жағдайда қатты ісінген жердің терісін тілу керек, ұйыған қанды алу және қанаған тамырларды тігіп қою қажет. Тез бітеліп қалмауы үшін, тілінген жер кішкентай болмау керек. Ол бітеліп қалса, іріндеп кетуі мүмкін. Гематома қуысын дренаж жасап тұру керек. Және де қуысты зарарсыздандыратын ерітіндімен жуады (сутегі асқын тотығы, фурациллин 1:5000 және т.б.); қажет болса қайталап дренаж жүргізіледі.

Жыныс мүшелерінің жарақаты кезінде көбінесе қатты қан кетуі мүмкін, әсіресе клитордың жарақаты кезінде. Қантамырларының қан ағуын тоқтатып, жарақаттанған ұлпалардың тұтастығын қалпына келтіру жедел көмек болып табылады.

Кейде жыныстық қатынастан кейін қынаптың күмбезге дейін жыртылуы, құрсақ қуысына енетін терең жыртылу жағдайлары кездеседі. Мұндай жыртылулар қатты қан кетуімен бірге жүреді.

Жыныстық мүшелерінің жарақаты бар қызды тексеру және жыртылған жерін тігу тез арада және міндетті түрде наркозбен жасалу керек. Айқын анемия кезінде қан алмас-

тыратын сұйықтық құю қажет. Қынаптың көп мөлшерде қанмен қамтылатынын ескере отырып, ұлпаның қан кетіп жатқан жерлерін түгелдей тігілгеніне және қынап пен оның қабырғаларының тұтастығы толық қалпына келгеніне көз жеткізу қажет. Әсіресе қынаптың бүйір қабырғаларының жыртылуы қауіпті, себебі бұл жерлерден жатыр артериясының вагинальді тармақтары өтеді.

Қынап дамуының аномалиялары кезінде ең ауыр жарақаттар пайда болады. Мұндай науқастарда уретра мен тік ішектің ауыр зақымданулары қатар болуы мүмкін, бұл кезде өте көп қан кетеді.

Жатыр күмбезінің жарақаттануынан ішперде артында гематома пайда болғанда, құрсақ қуысының жыртып тескен жарақатында, қуықтың жаралануы сияқты жыныс мүшелерінің жарақаттарында абдоминальдік ауырсыну синдромы пайда болады (54). Сыртқы жыныс мүшелерінің жарақаты аз болғанда және қынап күмбезінің жаралануына күдік туған жағдайда, вагиноскопияны, қуықтың катетеризациясын, тік ішектің тексеруін, диагностикалық лапароскопияны жүргізу аса қажет болып табылады, себебі вульва ұлпасын зақымдамайтын жіңішке өткір ұшты затпен жатыр күмбезін зақымдауға болады (47, 54).