

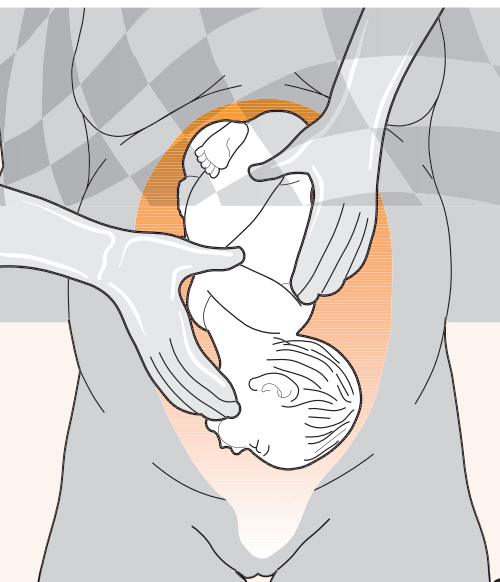


Redakcja serii: **Dan Horton-Szar**

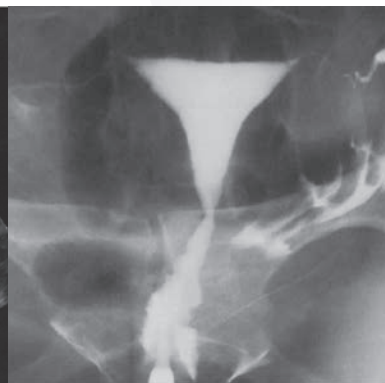
Konsultacja merytoryczna: **Shreelata Datta, Ruma Dutta**

**Onwere, Vakharia**

# Położnictwo i ginekologia



Redakcja wydania polskiego  
**Jerzy Florjański**



Nie rozumiesz – zrozumiesz



Nie pamiętasz – przypomnisz sobie



Ta książka jest lepsza niż najlepsze notatki

**3**

wydanie

# CRASH COURSE



REDAKCJA SERII

**Dan Horton-Szar**

KONSULTACJA MERYTORYCZNA

**Shreelata T. Datta**

**Ruma Dutta**

**Chidimma Onwere**

**Hemant N. Vakharia**

# Położnictwo i ginekologia

Redakcja wydania polskiego

**Jerzy Florjański**

Tytuł oryginału: *Crash Course. Obstetrics and Gynaecology*  
3<sup>rd</sup> edition

Autorzy: Chidimma Onwere, Hemant N. Vakharia

Redakcja serii: Dan Horton-Szar

Konsultacja merytoryczna: Shreelata T. Datta, Ruma Dutta

MOSBY

ELSEVIER

© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

First edition 2004, Second edition 2008, Third edition 2014

Tłumaczenie niniejszej publikacji zostało podjęte przez wydawnictwo **EDRA URBAN & PARTNER** na jego własną odpowiedzialność. Lekarze kliniczni oraz prowadzący badania naukowe, oceniając oraz wykorzystując jakiegokolwiek opisane tu informacje, metody, związki chemiczne czy eksperymenty, muszą zawsze opierać się na swoim osobistym doświadczeniu i wiedzy. Ze względu na szybko dokonujący się postęp w dziedzinie nauk medycznych należy przede wszystkim zwrócić uwagę na niezależną weryfikację rozpoznania oraz dawkowania leków. W najpełniejszym zakresie dozwolonym przepisami prawa Elsevier, autorzy, redaktorzy ani inne osoby, które przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji, nie ponoszą żadnej odpowiedzialności w odniesieniu do jej tłumaczenia ani za jakiegokolwiek obrażenia czy zniszczenia dotyczące osób czy mienia związane z wykorzystaniem produktów, zaniedbaniem lub innym niedopatrzaniem ani też wynikające z zastosowania lub działania jakichkolwiek metod, produktów, instrukcji czy koncepcji zawartych w przedstawionym tu materiale.

This edition of ***Crash Course. Obstetrics and Gynaecology, 3<sup>rd</sup> edition*** by **Chidimma Onwere** and **Hemant N. Vakharia** is published by arrangement with Elsevier Limited.

Książka ***Crash Course. Obstetrics and Gynaecology, wyd. 3*** (autorzy: **Chidimma Onwere, Hemant N. Vakharia**) została opublikowana przez Elsevier Limited.

ISBN 978-0-7234-3650-8

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędów, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje, zwłaszcza dotyczące podawania leków nowych lub rzadko stosowanych. Radzimy również zapoznać się z informacjami producenta leku. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędów lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2019

**Redakcja naukowa II wydania polskiego: dr hab. med. Jerzy Florjański**

**Tłumaczenie II wydania polskiego:**

**lek. med. Katarzyna Mikołajczyk** (rozdz. 11, 12, 16, 17, 22, 24, 28, 29, 33)

**lek. med. Joanna Szymkowiak-Gołębiowska** (rozdz. 1-10, 13-15, 21, 23, 25-27, 30-32, 34, 35, Słowo wstępne redaktora serii, Przedmowa, Dedykacje, Sprawdzian wiadomości, Testy jednokrotnego wyboru (SBA), Rozszerzone testy wielokrotnego wyboru (EMQ), Odpowiedzi do testów jednokrotnego wyboru (SBA), Odpowiedzi do testów wielokrotnego wyboru (EMQ)

**lek. med. Justyna Trelewicz-Sosnowska** (rozdz. 18-20)

W II wydaniu polskim częściowo zostały wykorzystane teksty redagowane i tłumaczone przez:

Redakcja naukowa I wydania polskiego: dr hab. med. Jerzy Florjański

Tłumaczenie z języka angielskiego I wydania polskiego: MEDLINGUA Michał Tomaszewski

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska

Skorowidz: Zofia Szamrowicz

ISBN 978-83-65373-35-9

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Anna Jońska

Druk i oprawa: Drukarnia LCL, Łódź

Słowo wstępne redaktora serii . . . . .	V	<b>6. Ból w miednicy i podczas stosunku płciowego . . . . .</b>	<b>49</b>
Przedmowa . . . . .	VI	Diagnostyka różnicowa . . . . .	49
Dedykacje . . . . .	VII	Wywiad ukierunkowany na przyczyny bólu w miednicy i podczas stosunku płciowego . . . . .	49
<b>1. Zbieranie wywiadów . . . . .</b>	<b>1</b>	Badanie fizykalne pacjentki z bólem w miednicy lub podczas stosunku płciowego . . . . .	51
Dane pacjentki . . . . .	1	Badania diagnostyczne u pacjentki z bólem w miednicy lub podczas stosunku płciowego . . . . .	52
Aktualne dolegliwości . . . . .	1	<b>7. Mięśniaki macicy . . . . .</b>	<b>55</b>
Wywiad dotyczący aktualnych dolegliwości . . . . .	1	Objawy podmiotowe mięśniaków macicy . . . . .	55
Wywiad ginekologiczny . . . . .	5	Powikłania . . . . .	56
Wywiad położniczy . . . . .	6	Ocena kliniczna . . . . .	56
Wywiad dotyczący innych układów . . . . .	6	Badania diagnostyczne . . . . .	57
Przegląd innych układów . . . . .	6	Wskazania do leczenia . . . . .	57
Wywiad dotyczący przyjmowanych leków . . . . .	6	<b>8. Endometrioza . . . . .</b>	<b>59</b>
Uczulenia . . . . .	6	Etiologia . . . . .	59
Wywiad rodzinny . . . . .	6	Miejsca występowania endometriozy . . . . .	60
Wywiad społeczny . . . . .	7	Objawy podmiotowe . . . . .	60
<b>2. Pierwsza wizyta położnicza i diagnostyka prenatalna . . . . .</b>	<b>11</b>	Niepłodność . . . . .	62
Pierwsza wizyta w ciąży . . . . .	11	Ocena kliniczna . . . . .	62
Diagnostyka prenatalna . . . . .	16	Diagnostyka . . . . .	62
<b>3. Badanie przedmiotowe . . . . .</b>	<b>19</b>	Diagnostyka różnicowa . . . . .	62
Badanie ogólne . . . . .	19	Powikłania . . . . .	62
Badanie brzucha . . . . .	19	Leczenie . . . . .	63
Badanie miednicy . . . . .	21	<b>9. Niezłośliwe guzy jajnika . . . . .</b>	<b>65</b>
<b>4. Najczęstsze badania dodatkowe . . . . .</b>	<b>29</b>	Częstość występowania . . . . .	65
Badania przyłóżkowe . . . . .	29	Etiologia . . . . .	65
Cytologia szyjki macicy . . . . .	29	Wywiad . . . . .	66
Kolposkopia . . . . .	29	Badanie fizykalne . . . . .	67
Techniki obrazowe . . . . .	30	Badania diagnostyczne . . . . .	67
Histeroskopia i biopsja Pipellą . . . . .	33	Postępowanie w przypadku niezłośliwego guza jajnika . . . . .	68
Laparoskopia . . . . .	33	<b>10. Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety . . . . .</b>	<b>71</b>
Badania urodynamiczne . . . . .	34	Wprowadzenie . . . . .	71
<b>5. Nieprawidłowe krwawienie z macicy . . . . .</b>	<b>37</b>	Nowotwory złośliwe jajnika . . . . .	71
Krwotoczne miesiączki . . . . .	37	Rak błony śluzowej macicy . . . . .	74
Krwawienia międzymiesiączkowe i krwawienia po współżyciu . . . . .	44		
Krwawienie pomenopauzalne . . . . .	45		

Mięsak macicy . . . . .	75	Etiologia obniżenia narządu płciowego . . . . .	104
Rak szyjki macicy . . . . .	76	Wywiad ukierunkowany na różnicowanie przyczyn obniżenia narządu płciowego . . . . .	105
Nowotwory sromu . . . . .	78	Badanie fizykalne w przypadku obniżenia narządu płciowego . . . . .	105
Guzy pochwy . . . . .	80	Badania diagnostyczne w przypadku wypadania narządu płciowego . . . . .	106
<b>11. Choroby sromu . . . . .</b>	<b>81</b>	Leczenie . . . . .	106
Objawy . . . . .	81	<b>16. Ginekologia endokrynologiczna . . . . .</b>	<b>109</b>
Wywiad . . . . .	81	<i>Amennorrhoea</i> . . . . .	109
Badanie przedmiotowe . . . . .	81	Przedwczesne i opóźnione dojrzewanie płciowe . . . . .	114
Najczęstsze przyczyny . . . . .	83	Hirsutyzm i wirylizacja . . . . .	116
Badania dodatkowe . . . . .	83	<b>17. Menopauza . . . . .</b>	<b>121</b>
Dystrofie sromu . . . . .	83	Definicja . . . . .	121
Nowotwory . . . . .	85	Patofizjologia . . . . .	121
Schorzenia dermatologiczne . . . . .	86	Cechy kliniczne . . . . .	121
<b>12. Upławy . . . . .</b>	<b>87</b>	Antykoncepcja . . . . .	124
Diagnostyka różnicowa . . . . .	87	Osteoporoza . . . . .	124
Wywiad chorobowy . . . . .	87	Przedwczesna menopauza (przedwczesne wygaśnięcie czynności jajników) . . . . .	124
Badanie fizykalne pacjentki z upławami . . . . .	88	<b>18. Niepłodność . . . . .</b>	<b>127</b>
Badania diagnostyczne . . . . .	88	Wstęp . . . . .	127
<b>13. Zapalenie jajowodów, zapalenie narządów miednicy mniejszej . . . . .</b>	<b>91</b>	Zbieranie wywiadu . . . . .	127
Definicja . . . . .	91	Badanie fizykalne . . . . .	129
Częstość występowania . . . . .	91	Badania diagnostyczne . . . . .	130
Etiologia . . . . .	91	Leczenie . . . . .	132
Rozpoznanie . . . . .	91	Powikłania technik rozrodu wspomaganego	134
Wywiad . . . . .	92	<b>19. Antykoncepcja, ubezpłodnienie i niepożądana ciąża . . . . .</b>	<b>137</b>
Badanie fizykalne . . . . .	92	Wstęp . . . . .	137
Badania dodatkowe . . . . .	92	Naturalne metody planowania rodziny . . . . .	137
Powikłania . . . . .	93	Metody mechaniczne . . . . .	138
Leczenie . . . . .	93	Środki hormonalne . . . . .	138
Zapobieganie . . . . .	94	Wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne	140
<b>14. Nietrzymanie moczu . . . . .</b>	<b>95</b>	Ubezpłodnienie kobiety . . . . .	141
Częstość występowania . . . . .	95	Ubezpłodnienie mężczyzny . . . . .	141
Etiologia . . . . .	95	Antykoncepcja i karmienie piersią . . . . .	141
Powikłania . . . . .	97	Antykoncepcja po stosunku . . . . .	141
Wywiad . . . . .	97	Przerwanie ciąży . . . . .	142
Badanie fizykalne . . . . .	99	<b>20. Powikłania wczesnej ciąży . . . . .</b>	<b>145</b>
Badania diagnostyczne . . . . .	99	Krwawienie i/lub ból we wczesnej ciąży . . . . .	145
Inne badania . . . . .	100	Wywiad . . . . .	145
Leczenie . . . . .	100	Badanie . . . . .	146
<b>15. Obniżenie narządu płciowego . . . . .</b>	<b>103</b>		
Definicja . . . . .	103		
Częstość występowania obniżenia narządu płciowego . . . . .	103		
Anatomia miednicy mniejszej . . . . .	103		

Diagnostyka . . . . .	147	Powikłania ciąży wielopłodowej . . . . .	181
Poronienie . . . . .	148	Prowadzenie porodu w przypadku ciąży bliźniaczej . . . . .	183
Poronienia nawykowe . . . . .	149	Ciąża z większą liczbą płodów . . . . .	183
Ciąża ektopowa . . . . .	149		
Choroba trofoblastyczna . . . . .	152		
<b>21. Krwotok przedporodowy . . . . .</b>	<b>155</b>	<b>25. Ból brzucha w drugim i trzecim trymestrze ciąży . . . . .</b>	<b>185</b>
Definicja . . . . .	155	Diagnostyka różnicowa bólu brzucha w ciąży . . . . .	185
Częstość występowania . . . . .	155	Wywiad ukierunkowany na diagnostykę różnicową przyczyny bólu brzucha w ciąży . . . . .	185
Etiologia . . . . .	155	Badanie fizykalne pacjentki z bólem brzucha w ciąży . . . . .	186
Wywiad . . . . .	155	Badania diagnostyczne u pacjentki z bólem brzucha . . . . .	186
Badanie . . . . .	155	Postępowanie lecznicze w przypadku pacjentki z bólem brzucha . . . . .	189
Badania dodatkowe . . . . .	156		
Łożysko przodujące . . . . .	156	<b>26. Płód zbyt duży lub mały w stosunku do wieku ciąży . . . . .</b>	<b>191</b>
Przedwczesne oddzielenie się łożyska prawidłowo usadowionego . . . . .	158	Diagnostyka różnicowa . . . . .	191
Naczynia przodujące . . . . .	159	Wywiad ukierunkowany na przyczynę zbyt dużej lub małej macicy . . . . .	191
Łożysko obwałowane . . . . .	160	Badanie fizykalne pacjentki z macicą zbyt małą lub dużą w stosunku do szacowanego wieku ciąży . . . . .	192
Krwotoki przedporodowe o niewyjaśnionym pochodzeniu . . . . .	160	Badania diagnostyczne u pacjentki z płodem zbyt dużym lub małym w stosunku do szacowanego wieku ciąży . . . . .	192
<b>22. Nadciśnienie tętnicze w ciąży . . . . .</b>	<b>161</b>	<b>27. Martwe urodzenie . . . . .</b>	<b>197</b>
Wprowadzenie . . . . .	161	Wprowadzenie . . . . .	197
Wywiad . . . . .	161	Definicje . . . . .	197
Badanie . . . . .	162	Częstość występowania . . . . .	197
Diagnostyka . . . . .	162	Rozpoznanie . . . . .	197
Leczenie . . . . .	163	Rozmowa z rodzicami . . . . .	197
<b>23. Schorzenia w czasie ciąży . . . . .</b>	<b>167</b>	Wywiad . . . . .	197
Wprowadzenie . . . . .	167	Badanie fizykalne . . . . .	198
Niedokrwistość . . . . .	167	Badania diagnostyczne . . . . .	199
Astma . . . . .	168	Postępowanie lecznicze w przypadku wewnątrzmacicznego obumarcia płodu . . . . .	199
Cukrzyca . . . . .	168	Dalsza opieka . . . . .	200
Padaczka . . . . .	170		
Schorzenia tarczycy . . . . .	171	<b>28. Poród . . . . .</b>	<b>201</b>
Schorzenia żołądkowo-jelitowe . . . . .	172	Początek porodu . . . . .	201
Schorzenia wątroby . . . . .	173	Postęp porodu . . . . .	201
Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe . . . . .	173	Poród płodu . . . . .	204
Zakrzepica żył mózgowych . . . . .	175	Prowadzenie I okresu porodu . . . . .	206
HIV – ludzki wirus niedoboru odporności . . . . .	175	Prowadzenie II okresu porodu . . . . .	207
Zaburzenia psychiczne . . . . .	176	Prowadzenie III okresu porodu . . . . .	208
Uzależnienie od używek . . . . .	177	Indukcja porodu . . . . .	208
<b>24. Ciąża wielopłodowa . . . . .</b>	<b>179</b>		
Częstość występowania ciąży wielopłodowej . . . . .	179		
Rozpoznanie . . . . .	179		
Etiologia . . . . .	179		

<b>29. Poród przedwczesny . . . . .</b>	<b>211</b>	<b>33. Powikłania trzeciego okresu porodu i połoгу . . . . .</b>	<b>239</b>
Poród przedwczesny . . . . .	211	Krwotok poporodowy . . . . .	239
Częstość występowania . . . . .	211	Diagnostyka różnicowa . . . . .	239
Wywiad i badania dodatkowe . . . . .	212	Wywiad . . . . .	239
Inne badania . . . . .	212	Badanie przedmiotowe . . . . .	241
Postępowanie . . . . .	213	Badania dodatkowe . . . . .	241
Przedwczesne pęknięcie błon płodowych przed 37. tygodniem ciąży . . . . .	215	Laktacja . . . . .	244
<b>30. Inne powikłania porodu . . . . .</b>	<b>217</b>	Infekcje poporodowe . . . . .	244
Nieprawidłowe położenie płodu . . . . .	217	Poporodowe zaburzenia psychiczne . . . . .	246
Brak postępu porodu . . . . .	222	Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe . . . . .	247
Postępowanie w przypadku braku postępu porodu . . . . .	224	<b>34. Zapaść u matki . . . . .</b>	<b>249</b>
Dystocja barkowa . . . . .	224	Wprowadzenie . . . . .	249
<b>31. Nieprawidłowy kardiotokogram podczas porodu . . . . .</b>	<b>227</b>	Pacjentka z zapaścią . . . . .	249
Nieprawidłowy kardiotokogram podczas porodu . . . . .	227	Przyczyny zapaści u matki . . . . .	249
Cechy zapisu KTG . . . . .	227	Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe . . . . .	250
Fizjologia . . . . .	229	<b>35. Umieralność okołoporodowa matek . . . . .</b>	<b>255</b>
Wywiad u pacjentki z nieprawidłowym zapisem KTG podczas porodu . . . . .	230	Wprowadzenie . . . . .	255
Badanie fizykalne pacjentki z nieprawidłowym zapisem KTG podczas porodu . . . . .	230	Matki i dzieci: zmniejszenie ryzyka poprzez audyt i analizę umieralności okołoporodowej w Wielkiej Brytanii . . . . .	255
Badanie diagnostyczne w przypadku nieprawidłowego zapisu KTG . . . . .	230	Definicje . . . . .	255
<b>32. Interwencje operacyjne w położnictwie . . . . .</b>	<b>233</b>	Przyczyny zgonów matek . . . . .	256
Nacięcie krocza (epizjotomia) . . . . .	233	<b>Sprawdzian wiadomości . . . . .</b>	<b>259</b>
Zaopatrzenie krocza . . . . .	233	<b>Testy jednokrotnego wyboru (SBA) . . . . .</b>	<b>261</b>
Poród z użyciem próżniociągu położniczego . . . . .	234	<b>Rozszerzone testy wielokrotnego wyboru (EMQ) . . . . .</b>	<b>271</b>
Poród kleszczowy . . . . .	235	<b>Odpowiedzi do testów jednokrotnego wyboru (SBA) . . . . .</b>	<b>287</b>
Cięcie cesarskie . . . . .	236	<b>Odpowiedzi do testów wielokrotnego wyboru (EMQ) . . . . .</b>	<b>293</b>
		<b>Skorowidz . . . . .</b>	<b>299</b>

# Zbieranie wywiadów

# 1

## Cele

- Po zapoznaniu się z tym rozdziałem czytelnik powinien umieć:
- zebrać wywiad położniczo-ginekologiczny.

Wywiady odgrywają bardzo ważną rolę w położnictwie i ginekologii, często wskazując na rozpoznanie, które nie zawsze wynika w sposób oczywisty z badania przedmiotowego i badań dodatkowych. Dla wielu kobiet rozmowa na tematy ginekologiczne jest kłopotliwa, szczególnie z osobą młodszą, zatem ważne jest, aby stworzyć atmosferę zaufania, przyjaźni i odprężenia. Zawsze należy przedstawić się i zaprezentować we właściwy sposób, być uprzejmym i przyjacielskim, ale bez nadmiernej zażyłości, i zawsze być skupionym. Pamiętaj, aby zapytać, kto towarzyszy pacjentce podczas wizyty, nie zakładaj, że to na pewno jej partner i rozważ, czy będzie chciała odpowiadać na osobiste pytania przy członku rodziny.

## DANE PACJENTKI

Zadziwiająco, jak często dane pacjentów nie są umieszczane w historii choroby. Zawsze należy udokumentować następujące dane:

1. Nazwisko, datę urodzenia, wiek i adres (zazwyczaj dostępne są naklejki z tymi informacjami).
2. Stan cywilny, pochodzenie etniczne i zawód.
3. Datę, czas i miejsce konsultacji.
4. Jednostkę kierującą, np. lekarz rodzinny, osobiste zgłoszenie na oddział pomocy doraźnej lub salę porodową.

## WSKAZÓWKI

Dobrze jest wyrobić sobie zwyczaj notowania pewnych szczegółów w prawym górnym rogu formularza, np.:

- wiek,
- liczba wcześniejszych ciąż,
- data ostatniej miesiączki,
- data ostatniego wymazu (chodzi o rozmaz cytologiczny).

## AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI

Aktualne dolegliwości, opisane w skierowaniu lub na karcie informacyjnej izby przyjęć, nie zawsze odpowiadają temu, co pacjentka postrzega jako główny problem. Niektóre pacjentki zgłaszają się z rozpoznaniem ustalonym przed aktualną konsultacją. Dlatego ważne jest, aby zapytać pacjentkę, co uważa za główną dolegliwość i zanotować to, najlepiej używając jej własnych słów. Jeśli pacjentka zgłasza liczne objawy, należy odnotować je wszystkie w kolejności ich nasilenia.

Podczas badania pacjentki, wykonywania badań dodatkowych i leczenia nigdy nie wolno zapominać o dolegliwościach. Plany postępowania nie zawsze są odpowiednie. Na przykład zastosowanie wkładki domacicznej typu Mirena w celu leczenia krwotocznych miesiączek nie będzie właściwym postępowaniem u pacjentki starającej się o ciążę. Z kolei dolegliwości mogą też zamaskować różnorodne problemy, o których pacjentce trudno mówić. Na przykład pacjentka może się skarżyć na wydzielinę z pochwy, chociaż jej głównym problemem jest ból podczas współżycia. Zawsze trzeba zapytać, czy jest jeszcze coś, co niepokoi pacjentkę i o czym chciałaby porozmawiać.

## WYWIAD DOTYCZĄCY AKTUALNYCH DOLEGLIWOŚCI

Należy szczegółowo wyjaśnić aktualne dolegliwości. Przykładowo:

- **Od kiedy są obecne dolegliwości lub od kiedy stanowią one problem?** Na przykład kobieta może zgłaszać obfite miesiączki, ale może to być problemem dopiero od 2 lat.
- **Czy objawy pojawiły się nagle, czy narastały stopniowo?** Na przykład nagle pojawienie się nasilonego hirsutyzmu może świadczyć o guzie wytwarzającym androgeny.
- **Czy pojawienie się objawów było związane z wcześniejszymi zaburzeniami położniczymi**



Numer Księgi Głównej...

TURSICA, Stella

29/4/79

10/1/98, godz. 11.15

Kobieta lat 27

Pierwsza ciąża

Data ostatniej miesiączki

15/5/97

Tydzień ciąży 34+2/40

Skierowana przez lekarza rodzinnego – badanie w sali porodowej

1. Dobrze jest notować ważne szczegóły w prawym górnym rogu formularza historii choroby.

### Aktualne dolegliwości

Krwawienie z dróg rodnych w 34. tygodniu ciąży.

2. Aktualne dolegliwości należy spisać w sposób zwięzły, ale dobrze jest wspomnieć ważne informacje na temat ich podłoża.

### Wywiad dotyczący aktualnych dolegliwości

Plamienie pojawiło się 2 godziny temu, następnie stopniowo się nasilało.

Niepodobne do krwawienia miesiączkowego.

Czynniki łagodzące/nasilające: brak.

Objawy towarzyszące: brak.

3. Udokumentować odpowiedzi przeczące tylko na ważne pytania.

### Wywiad ginekologiczny

Pierwsza miesiączka w wieku 11 lat.

Cykle miesiączkowe 5/28, regularne. Data ostatniej miesiączki 15/5/97

(pewna co do daty), obecnie pierwsza ciąża, czas trwania ciąży 34+2 tygodnie.

Cytologia: wymaz prawidłowy, wynik prawidłowy.

Badania krwi podczas pierwszej wizyty w ciąży prawidłowe, grupa krwi Rh ujemna.

Ostatnia cytologia przy pierwszej wizycie podczas ciąży prawidłowa.

Antykoncepcja: stosowała złożone doustne środki antykoncepcyjne, odstawiła 6 miesięcy przed zajściem w ciążę.

### Wywiad położniczy

Porody lub posiadane dzieci: 0.

Ciąże: poronienia: 0,

aborcje: 0.

Obecna ciąża: termin potwierdzony ultrasonograficznie, łożysko usytuowane w dniu macicy.

Wcześniejsze miesiączki prawidłowe, w czasie ciąży bez plamień.

Dotychczasowy rozwój ciąży prawidłowy.

### Wywiad ze strony innych układów

Nie zgłasza zaburzeń.

Ryc. 1.1 Wypełnianie dokumentacji.

Przeгляд innych układów

Układ krążenia: prawidłowy

Układ oddechowy: prawidłowy

Układ pokarmowy: zaparcia podczas ciąży

Układ moczowo-płciowy: częste oddawanie moczu w czasie ciąży

Wywiad dotyczący przyjmowanych leków

Przez ostatnie 6 tygodni preparat żelaza

4. Zawsze udokumentować dawki i częstotliwość podawania leków – pamiętać, że za chwilę będzie wypełniana karta zleceń! Zawsze zanotować odpowiedź na pytanie o uczulenia.

Uczulenia Nie podaje

Wywiad rodzinny Bez znaczenia

Wywiad społeczny

Gospodyni domowa

Mieszka z mężem

Pali 20 papierosów na dobę

Alkoholu nie pije od początku ciąży

Badanie przedmiotowe

Stan ogólny: zwraca uwagę lek

Układ krążenia: ciśnienie tętnicze 100/65,

tętno miarowe 90/min,

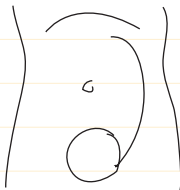
tony serca I + II + 0

5. Zapisać swoje pierwsze spostrzeżenia – są one ważne. „Czujna i gadatliwa” lub „przybita i źle wyglądająca” to bardzo istotne informacje o pacjentce.

Układ oddechowy: tchawica nieprzemieszczona, częstość oddechów 20/min,

ruchomość klatki piersiowej symetryczna, szmer oddechowy pęcherzykowy,

u podstawy lewego płuca pojedyncze trzeszczenia



Brzuch: rozstępny ciążowe, linea nigra,  
macica ≡ 34/40

Odległość od spojenia łonowego do dna macicy 34 cm

brzuch miękki, niebolesny,

plód pojedynczy,

położenie podłużne główkowe,

grzbiet płodu po stronie lewej,

prawidłowa ilość wód płodowych

6. Zawsze zrobić schematyczny rysunek, aby uściślić stwierdzone nieprawidłowości.

KTG: zapis reaktywny, akcja serca płodu miarowa,

czynności skurczowej macicy nie stwierdza się

Miednica: badanie odroczone do czasu wykluczenia łożyska przodującego

Ryc. 1.1 Wypełnianie dokumentacji – cd.

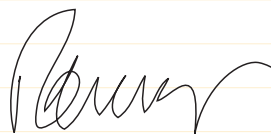
### Podsumowanie

Dwudziestosiedmioletnia gospodyni domowa w 34. tygodniu pierwszej ciąży przyjęta z krwawieniem z dróg rodnych bez towarzyszącego bólu. W związku z krwawieniem bez bólu i wysokim umiejscowieniem części przodującej należy wykluczyć Tożysko przodujące, nawet mimo tego, że wcześniejsze badanie świadczyło o wysokim zagnieżdżeniu Tożyska.

7. Zawsze wykonać plan postępowania – nawet jeśli się jest studentem. Może nie być prawidłowy, ale trzeba zacząć ćwiczyć myślenie lekarskie.

### Lista problemów

1. Krwotok przedporodowy? podejrzenie Tożyska przodującego?
2. Grupa krwi Rh ujemna (wymaga immunoglobuliny anty-D)
3. Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka krwawienia przedporodowego
4. Potrzeba wykluczenia Tożyska przodującego



NOWAK, 437

8. Podpisać się, włącznie z nazwiskiem napisanym literami drukowanymi i numerem identyfikacyjnym.

Ryc. 1.1 Wypełnianie dokumentacji – cd.

lub ginekologicznymi? Na przykład wysiłkowe nietrzymanie moczu i poród.

- **Czy istnieją czynniki nasilające dolegliwości lub przynoszące ulgę?** Na przykład objawy wypadania macicy nasilają się często w pozycji stojącej i zmniejszają podczas leżenia.
- **Czy dolegliwości mają objawy towarzyszące?** Na przykład bolesne miesiączkowanie spowodowane endometriozą jest czasami związane ze wzmożeniem perystaltyki jelit.

Jeśli głównym objawem jest ból, należy wyjaśnić i zanotować następujące informacje:

- **Umiejscowienie:** miednica czy brzuch? Na przykład ból jajnika może być odczuwany dość wysoko w jamie brzusznej.
- **Nasilenie:** jakie jest natężenie bólu i w jaki sposób wpływa on na codzienne życie? Na przykład cykliczne bóle spowodowane endometriozą mogą powodować regularną niezdolność do pracy.
- **Początek:** nagły czy stopniowy? Na przykład ból spowodowany skręceniem torbieli jajnika zwykle pojawia się bardzo nagle.
- **Charakter:** ostry/jak przeszywanie nożem, tępy, ciężki/ciągły, kolkowy, naprężający lub skręcający? Do opisu bólu lub dyskomfortu pochodzącego z dróg rodnych można używać różnych określeń. Na przykład kobieta z wypadaniem macicy może zgłaszać ciągnący ból lub uczucie pociągania, a bolesna miesiączka może być podobna do bólów porodowych.
- **Czas trwania:** czy ból jest stały czy okresowy, jak długie są przerwy? Ból towarzyszący zwyrodnieniu mięśniaka będzie stały, podczas gdy ból w zagrażającym porodzie przedwczesnym będzie okresowy i częsty.
- **Promieniowanie:** czy ból promieniuje? Na przykład ból spowodowany przez endometriozę może promieniować do pleców lub do górnej części uda.
- **Czynniki przynoszące ulgę lub nasilające dolegliwości:** czy jest coś, co łagodzi lub nasila ból, włącznie ze stosowanymi samodzielnie lekami przeciwbólowymi? Na przykład objawy endometriozy występują zwykle cyklicznie i są związane z miesiączką.
- **Objawy towarzyszące,** na przykład objawy zapalenia otrzewnej lub zaawansowanej choroby nowotworowej.

- Datę ostatniej miesiączki – dzień rozpoczęcia.
- Cykl miesiączkowy: zazwyczaj określany w formie 5/28, gdzie licznik oznacza długość miesiączki w dniach, a mianownik długość cyklu w dniach. Jeśli czas trwania krwawienia i cyklu nie są stałe, należy zanotować najmniejsze i największe wartości, np. 3–10/14–56.
- Nasilenie krwawienia: czy jest niewielkie, umiarkowane czy obfite? Jeśli krwawienia są obfite, należy zapytać o obecność skrzepów, intensywnych krwotoków, krwawień nocnych oraz liczbę używanych wkładek.
- Bóle miesiączkowe: czy ból jest łagodny, umiarkowany czy silny? Czy był obecny od pierwszej miesiączki, czy wystąpił w późniejszym okresie? Czy ból jest najsilniejszy przed (pierwotne bolesne miesiączkowanie) czy w czasie miesiączki (wtórne bolesne miesiączkowanie)?
- Objawy towarzyszące: przykładowo zaburzenia czynności jelit lub pęcherza albo nudności.
- Inne krwawienia: krwawienia między miesiączkami, po stosunku, plamienia przed miesiączką lub po miesiączce.
- Wiek, w którym wystąpiła menopauza.

### WSKAZÓWKI

Przydatnym sposobem w przypadku konieczności zadawania drażliwych pytań jest logiczny ich układ: po pytaniu o cykl miesiączkowy, należy zapytać o krwawienia międzymiesiączkowe (IMB), następnie o krwawienia po współżyciu (PCB), ból podczas współżycia (dyspareunia) i jego rodzaj – powierzchowny (w okolicy przedsionka pochwy) lub głęboki.

### KOMUNIKACJA

Szczególnie w przypadku kobiet lub ich rodzin pochodzących z krajów Rogu Afryki (Somalia, Erytrea, Etiopia) należy wypytać pacjentkę o wykonanie u niej obrzezania lub okaleczenia narządów płciowych (FGM). Procedura taka jest zazwyczaj wykonywana u dziewczynek w kraju pochodzenia pacjentki. Od 2003 roku jest ona nielegalna w Wielkiej Brytanii. Jako okaleczenie narządów płciowych lub obrzezanie kobiety określa się częściowe lub całkowite usunięcie zewnętrznych żeńskich narządów płciowych lub inne uszkodzenie żeńskich narządów płciowych czy to z przyczyn kulturowych czy innych nie medycznych. Przebycie takiej procedury w dzieciństwie może skutkować

## WYWIAD GINEKOLOGICZNY

### Wywiad dotyczący miesiączek

Należy udokumentować następujące informacje dotyczące miesiączek i cyklu miesiączkowego:

- W jakim wieku pojawiła się pierwsza miesiączka.

# Najczęstsze badania dodatkowe

## 4

### ● Cele

Po zapoznaniu się z tym rozdziałem czytelnik powinien umieć:

- omówić wskazania, korzyści i ryzyko związane z badaniami często przeprowadzanymi w ginekologii i położnictwie.

W diagnostyce w ginekologii i położnictwie jest stosowany szeroki zakres badań dodatkowych. Podczas rozważania badań dodatkowych zawsze upewnij się, aby rozpocząć diagnostykę od najprostszego badania i stosować te bardziej inwazyjne i złożone tylko w razie konieczności.

### BADANIA PRZYŁÓŻKOWE

#### Badanie moczu

U pacjentek z bólem lub krwawieniem należy zawsze wykonać paskowe badanie moczu [w Polsce nie jest powszechnie stosowane] w celu wykluczenia krwimoczu lub zakażenia. Jeśli wynik badania paskowego w kierunku zakażenia jest dodatni, należy wysłać mocz na posiew.

#### Wymazy

U pacjentki z objawami zakażenia (np. nieprawidłowa wydzielina z pochwy lub z rany, gorączka) należy pobrać:

- wymaz ze sklepień pochwy w celu wykluczenia zakażenia *Candida*;
- wymaz z kanału szyjki w celu wykluczenia zakażenia *chlamydia* i rzeżączką;
- rozważyć pobranie wymazu z rany, jeśli pacjentka jest po operacji, a rana wygląda na zainfekowaną i wydziela się z niej ropna wydzielina.

#### Rozmazy i kolposkopia

Narodowy program badań przesiewowych szyjki macicy zaleca wykonywanie rozmazu u kobiet w wieku 25–50 lat co 3 lata i co 5 lat do wieku 60 lat, jeśli rozmazy są prawidłowe. Rozmazy muszą zostać pobrane przed pobraniem jakiegokolwiek wymazu lub wykonania badania przezpochwowego, ponieważ może to spowodować przemieszczenie komórek z powierzchni szyjki. Należy uwidocznnić szyjkę i obracać szczoteczką 360° wokół szyjki co najmniej 5 razy, aby uzyskać dokładny wynik.

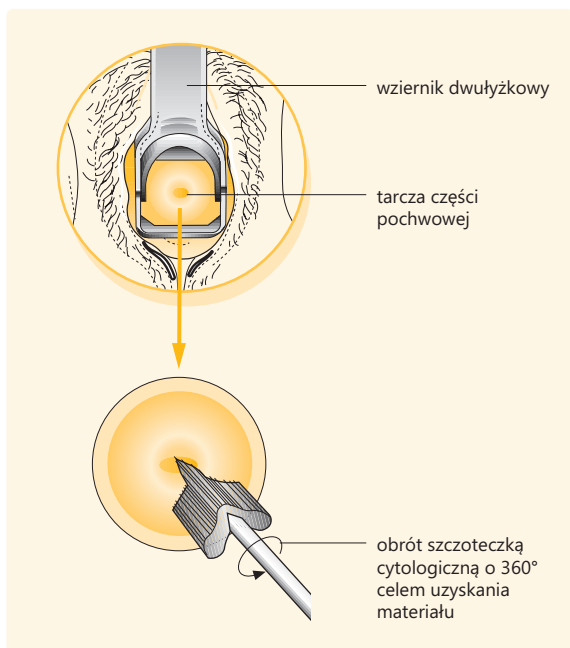
### CYTOLOGIA SZYJKI MACICY

Rak płaskonabłonkowy szyjki macicy kwalifikuje się do badań przesiewowych, ponieważ ma on fazę przedinwazyjną (zob. rozdz. 10). Badania przesiewowe są wykonywane za pomocą badania cytologicznego rozmazów szyjkowych z zastosowaniem systemu Papanicolaou (obecnie powszechnie stosuje się system Bethesda). Za pomocą wziernika Cusco po uwidocznieniu szyjki pobiera się z niej materiał szczoteczką cytologiczną, obracając ją 5 razy wokół szyjki (ryc. 4.1). Próbką jest następnie umieszczana w medium płynnym w przypadku cytologii cienkowarstwowej. Ta technika skutecznie zmniejszyła odsetek nieodpowiednich rozmazów i konieczność wzywania kobiet celem pobrania kontrolnego rozmazu.

### KOLPOSKOPIA

Kobiety z wynikiem wymazu mogącym świadczyć o śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN) lub z szyjką macicy o nieprawidłowym wyglądzie są następnie kierowane na kolposkopię. Kolposkop jest to dwuokularowy mikroskop, umożliwiający ocenę nabłonka powierzchni szyjki macicy pod powiększeniem. Kolposkopia zazwyczaj jest wykonywana w warunkach ambulatoryjnych. Pacjentka znajduje się w zmodyfikowanej pozycji do litotomii, wówczas uwidacznia się szyjkę macicy przy użyciu wziernika Cusco lub dwuczęściowego. Szyjkę ogląda się za pomocą kolposkopu w celu rozpoznania zmian, takich jak rogowacenie białe lub jawne naciekanie:

- wówczas delikatnie, ale obficie, podaje się na powierzchnię szyjki macicy 5% roztwór kwasu octowego. Koagulacja białek pod wpływem kwasu octowego w obszarach nieprawidłowego nabłonka powoduje powstanie białych zmian, tzw. zmian octowo-białych. Obszary CIN są wyraźnymi białymi zmianami o dokładnie zaznaczonych brzegach i z towarzyszącym im tworzeniem nieprawidłowych naczyń, co daje typowy obraz mozaiki i zmian punktowych.



**Ryc. 4.1** Pobieranie rozmazu cytologicznego za pomocą szczoteczki cytologicznej. Należy uwidocznzyć szyjkę (tarczę części pochwowej) i pobrać materiał, wykonując ruchy obrotowe szczoteczką o 360°.

- Płyn Lugola jest podawany na szyjkę w celu dalszego wyjaśnienia zmian w miejscu połączenia nabłonka płaskiego z gruczołowym i obszarów nieprawidłowych, obszar nieprawidłowy nie wybarwia się na brązowo, lecz staje się pomarańczowy.

Należy udokumentować zasięg zmiany ze szczególnym uwzględnieniem szerzenia do kanału szyjki macicy. Ze wszystkich obszarów o nieprawidłowym wyglądzie powinno się pobrać wycinki w celu oceny histologicznej. Jeśli w badaniu histopatologicznym wykazano poważne zmiany, nieprawidłowe obszary szyjki trzeba wyciąć z zastosowaniem np. lasera.

### WSKAZÓWKI

- **Rozmazy** pozwalają na zidentyfikowanie dyskariozy (nieprawidłowości w jądrach komórkowych). Jeśli nasilenie zmian jest umiarkowane do dużego, należy pobrać wycinki z szyjki i wyskrobiny z kanału szyjki macicy. U ciężarnych raczej rezygnuje się z łuszczenia kanału szyjki – *przyp. red.*
- **Za pomocą materiału z biopsji** można histologicznie rozpoznać obszary dysplazji, tzn. CIN 1, 2, 3 lub chorobę inwazyjną.

## Badania dodatkowe z krwi

Należy rozważyć wykonanie poniższych badań:

- morfologia krwi (w celu wykluczenia zakażenia, małopłytkowości i niedokrwistości);
- mocznik, elektrolity (kreatynina jest czulszą od mocznika metodą badania czynności nerek) w celu sprawdzenia czynności nerek u pacjentek z mięśniakami macicy, torbielami lub guzami złośliwymi, które mogą uciskać na moczowody;
- badania czynnościowe wątroby (w celu monitorowania czynności wątroby u pacjentek ze stanem przedrzucawkowym lub zespołem HELLP);
- rozmaz krwi obwodowej (w celu wykluczenia hemolizy u pacjentek ze stanem przedrzucawkowym lub zespołem HELLP);
- poziomy FSH i LH (w celu diagnozowania menopauzy i zespołu policystycznych jajników);
- poziomy prolaktyny (w celu wykluczenia gruczolaka przysadki wydzielającego prolaktynę – *prolactinoma*, związanego z wtórnym brakiem miesiączki);
- hormony tarczycy (nieprawidłowa czynność tarczycy może się wiązać z zaburzeniami regularności miesiączkowania i obfitości miesiączek lub z poronieniami);
- poziom progesteronu w 21. dniu cyklu (w celu potwierdzenia owulacji u pacjentek z regularnym 28-dniowym cyklem, dzień wykonania badania należy dostosować do długości cyklu u pacjentki);
- poziom Ca125 (u pacjentek ze zmianami w zakresie jajników w celu pomocy w stwierdzeniu, czy zmiana jest łagodna czy złośliwa).

## TECHNIKI OBRAZOWE

Badania obrazowe są powszechnie stosowane zarówno w położnictwie, jak i ginekologii. Wyniki badań obrazowych należy interpretować ostrożnie, biorąc pod uwagę wywiady i badanie przedmiotowe.

## Badania ultrasonograficzne

Badanie ultrasonograficzne miednicy u kobiet ciężarnych i pacjentek niebędących w ciąży jest prawdopodobnie najbardziej powszechnym badaniem obrazowym w położnictwie i ginekologii. Fale ultradźwiękowe przechodzące przez miednicę odbijają się w różnym stopniu, w zależności od gęstości akustycznej tkanek. Na przykład tkanka kostna odbija fale w znacznym stopniu (czyli jest hiperechogeniczna) i na monitorze ma kolor biały, natomiast płyn jest mniej echogeniczny i na monitorze jest ciemny. Interpretacja tych ech jest podstawą diagnostyki ultrasonograficznej.

Istnieją dwa typy obrazowania ultrasonograficznego najczęściej wykorzystywane w ginekologii i położnictwie:

- Przebrzuszne – jest nieinwazyjne, ale wymaga wypełnionego pęcherza moczowego, aby uzyskać najlepszy możliwy obraz jajników i macicy. Ograniczone obrazowanie tą techniką uzyskuje się we wczesnej ciąży i u pacjentek otyłych.
- Przepochwowe – wymaga opróżnionego pęcherza moczowego i daje wyraźny obraz narządów miednicy, ale pacjentka może nie zgodzić się na jego wykonanie, szczególnie jeśli jeszcze nie współżyła.

Mimo iż badanie ultrasonograficzne miednicy jest wykonywane bardzo często i nie powoduje poważnych skutków ubocznych nie powinno być wykonywane bez potrzeby.

## Miednica kobiety niebędącej w ciąży

W celu oceny miednicy kobiety niebędącej w ciąży z dostępu brzuszego wymagane jest wypełnienie pęcherza. Dzięki temu dochodzi do uniesienia macicy powyżej kości łonowej i powstaje „okno akustyczne”, przez które można badać narządy miednicy, oraz dochodzi do przemieszczenia jelit poza miednicę.

## Macica

Można określić wielkość macicy i jej położenie. Nieprawidłowa echostruktura mięśniówki macicy może świadczyć o obecności mięśniaków lub adenomiozy. Echo środkowe odpowiada błonie śluzowej macicy i ma różną grubość w różnych fazach cyklu miesięczkowego. Można rozpoznać choroby jamy macicy, takie jak przerost błony śluzowej macicy, jej polipy lub mięśniaki podśluzówkowe. W niektórych ośrodkach stosuje się histerosonografię jako metodę uzupełniającą, w której do jamy macicy podaje się roztwór soli fizjologicznej w celu dokładniejszego zobrazowania jej patologii. Wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne wykazują bardzo jasne echa.

## Jajniki

Można ocenić wielkość i położenie jajników. W zespole wielotorbielowatych jajników (PCOS, zob. rozdz. 16) jajnik jest około dwukrotnie większy niż w warunkach prawidłowych, wykazuje pogrubienie zrębu środkowego i zawiera 10 lub więcej obwodowo usytuowanych pęcherzyków. U kobiet planujących ciążę można obserwować pęcherzyki jajnikowe (tzw. monitorowanie owulacji).

Za pomocą badania ultrasonograficznego można rozpoznać guzy jajników, ale nie można w sposób jednoznaczny rozróżnić guzów niezłośliwych od złośliwych. Na ryc. 4.2 pokazano cechy ultrasonograficzne niezłośliwych i złośliwych guzów jajnika.

## Jajowody

Jajowody są w prawidłowych warunkach niewidoczne w badaniu ultrasonograficznym. Jednak gdy są one

**Ryc. 4.2** Cechy ultrasonograficzne guzów niezłośliwych i złośliwych. Nie można za pomocą samej ultrasonografii zidentyfikować guzów granicznych jajnika

	Niezłośliwy	Złośliwy
Wielkość	< 5 cm	> 5 cm
Rozmieszczenie	jednostronne	obustronne
Ściany torbieli	cienkie	grube
Przegrody	nieobecne	grube, niepełne
Obszary lite	nieobecne	obecne
Wodobrzusze	nieobecne	obecne

niedrożne i wypełnione płynem (wodniak jajowodu), wyglądają jak struktury torbielowate, które można pomylić z torbielami jajników.

## WSKAZÓWKI

Ultrasonografia odgrywa kluczową rolę w charakteryzowaniu torbieli jajników i przyczyn krwawień po menopauzie:

- jeżeli torbiel jajnika ma 5 lub więcej cm średnicy, powinna być monitorowana za pomocą kontrolnych badań USG lub usunięta w przypadku dolegliwości;
- jeżeli grubość endometrium u pacjentki po menopauzie wynosi 5 lub więcej mm należy wykonać biopsję endometrium (badaniem bardziej czułym jest histeroskopia, w której można pobrać w sposób celowany materiał do badania histopatologicznego).

## Ultrasonografia i ciąża

We wczesnej ciąży ultrasonografię można wykorzystać do:

- sprawdzenia akcji serca płodu – jest wykrywalna za pomocą USG 6 tyg. od ostatniej miesiączki;
- potwierdzenia liczby płodów – pęcherzyk ciążyowy można uwidocznnić w jamie macicy już po 5. tyg. od ostatniej miesiączki, szczególnie gdy stosuje się sondę przepochwową;
- pomiaru wymiaru ciemieniowo-siedzeniowego (*crown-rump length*, CRL) – jest użyteczną metodą oceny wieku ciąży do 12. tyg. (ryc. 4.3). W późniejszym okresie pomiar ten staje się niedokładny z powodu zgięcia ciała płodu. Po zakończeniu pierwszego trymestru bardziej dokładnym wskaźnikiem wieku ciążowego jest wymiar dwuciemieniowy (*biparietal diameter*, BPD).



**Ryc. 4.3** Długość ciemieniowo-siedzeniowa jest stosowana do określenia wieku ciąży pojedynczej w pierwszym tryestrze. Pomiar musi być wykonany dokładnie i w odpowiedniej płaszczyźnie, aby umożliwić dokładne określenie wieku ciążowego.

### Powikłania wczesnej ciąży

Puste jajo, czyli ciąża bezzarodkowa, występuje w sytuacji niewykształcenia się zarodka. „Poronienie chybione” to określenie pozostawania obumarłego zarodka w macicy (zob. rozdz. 20). W razie ciąży ektopowej ultrasonografia zazwyczaj wykazuje pogrubienie błony śluzowej macicy i obecność guza przydatków. Tylko w 5% przypadków ciąży pozamacicznych można uwidocznić za pomocą ultrasonografii żywy zarodek poza macicą.

Najważniejszą rolą ultrasonografii w przypadku podejrzenia ciąży ektopowej jest potwierdzenie żywej ciąży wewnątrzmacicznej.

### Rozpoznanie wad u płodu

Większość ośrodków położniczych stosuje rutynową ocenę pod kątem wad pomiędzy 18. i 20. tyg. ciąży. Różne nieprawidłowości płodu najlepiej jest wykrywać w różnych okresach ciąży, ale okres pomiędzy 18. i 20. tyg. wydaje się najlepszy do wykrywania wad. Poza dużymi defektami anatomicznymi można uwidocznić liczne pośrednie „oznaki” związane z nieprawidłowościami chromosomalnymi, jak torbiele splotu naczyniówkowego, poszerzenie układów kielichowo-miedniczkowych nerek oraz objaw „piłki golfowej” w sercu.

### Wzrost płodu

Wzrost płodu w prawidłowej ciąży jedнопłodowej ocenia się klinicznie. Gdy wielkość macicy nie odpowiada wiekowi ciąży lub ocena kliniczna jest trudna, np. w przypadku otyłości lub ciąży wielopłodowej, można wykonać ultrasonograficzne pomiary obwodu główki płodu (*head circumference*, HC), wymiaru dwuciemieniowego (BPD) i obwodu brzucha (*abdominal circumference*, AC), które następnie porównuje

się z krzywymi norm wzrostu płodu. Wykonywanie badania w regularnych odstępach czasu pozwala na kontrolowanie wzrastania płodu.

### Ocena ilości wód płodowych

Jest ona użyteczna w ocenie opóźnienia wzrostu wewnątrzmacicznego płodu i ciąży przenoszonej. Zmniejszona objętość wód płodowych może świadczyć o niewydolności łożyska i stanowić wskazanie do zakończenia ciąży w razie istnienia objawów klinicznych. Zmniejszenie ilości wód płodowych może też wynikać z samoistnego pęknięcia błon płodowych.

### Badania dopplerowskie

Badanie dopplerowskie przepływu maciczno-łożyskowego krwi może być przydatne w sytuacji ograniczenia wzrostu płodu związanego z niewydolnością łożyska. W warunkach prawidłowych przepływ w tętnicy pępowinowej jest ciągły; obejmuje także fazę rozkurczu określaną jako przepływ końcowo-rozkurczowy. Zmniejszenie oporu w tętnicach środkowych mózgu i nieobecny lub odwrócony przepływ końcoworozkurczowy w tętnicy pępowinowej świadczą o zagrożeniu płodu, który kieruje przepływ krwi tylko do najważniejszych narządów, jak mózg, nerki i tętnice wieńcowe serca [jest to tzw. efekt oszczędzania mózgu – *przyp. red.*], ponadto są wskazaniem do zakończenia ciąży. Wyniki badań dopplerowskich należy interpretować ostrożnie, biorąc pod uwagę dane kliniczne.

### Bezpieczeństwo badań ultrasonograficznych

Wyniki badań doświadczalnych nie wykazały żadnych niekorzystnych skutków ultrasonografii stosowanej w ramach diagnostyki. Jednakże obrazowania z zastosowaniem np. przepływów dopplerowskich czy mapowania kolorem należy używać tylko w przypadku wskazań klinicznych.

### Badania rentgenowskie

Istnieją dwie procedury rentgenowskie, dawniej stosowane powszechnie, obecnie stosowane rzadko z tego powodu, że uzyskane informacje nie zawsze uzasadniają ekspozycję na promieniowanie rentgenowskie:

1. Histerosalpingografia (*hysterosalpingography*, HSG): można ją stosować do oceny jamy macicy i drożności jajowodów (ryc. 4.4). Do szyjki macicy wprowadza się cewnik lub aparat Schultzego, przez które do jamy macicy podaje się radiologiczny środek kontrastowy, następnie wykonuje się radiogram. Nie pozwala to na wykluczenie chorób miednicy, co jest możliwe za pomocą laparoskopii, ale jest to nadal metoda przydatna w przypadku niedroż-



**3**

wydanie

# CRASH COURSE

## Położnictwo i ginekologia

Seria podręczników *Crash Course* to idealne antidotum na stres egzaminacyjny.

Dzięki niej zaoszczędzisz czas i zyskasz pewność, że dysponujesz zebranymi w jednym miejscu informacjami, których potrzebujesz, aby zaliczyć zajęcia z danej dziedziny i zdać egzamin.

Formuła serii sprawdza się od ponad 15 lat. Niezwykle przejrzysta forma podręczników, liczne tabele, ryciny i zestawienia są tak przemyślane, aby zainteresować studenta i ułatwić mu naukę.

Autorami są studenci i nauczyciele akademicy, czyli osoby, które doskonale wiedzą, na czym polega zdawanie egzaminu i jaki zakres materiału należy przyswoić, aby ten cel osiągnąć.

Ani na chwilę nie zapominają oni o potrzebach swoich czytelników. Podkreślają i dowcipnie obrazują najważniejsze informacje, podają najczęściej spotykane pytania egzaminacyjne, pomijają zaś rzeczy zbędne i nieistotne.

Tytuł oryginału: **Crash Course Obstetrics and Gynaecology**. Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

**ELSEVIER**

ISBN 978-83-65373-35-9

[www.edraurban.pl](http://www.edraurban.pl)