

Диагностика и лечение
неотложных состояний в
онкогинекологии (кровотечение,
острая кишечная
непроходимость, острая
задержка мочи, перфорация
полых органов, перитонит)

Выполнила: Болтабаева С.
С.

146гр.АиГ

Маточные кровотечения и онкологические заболевания

- Маточное кровотечение различной интенсивности (**полименорея меноррагия, ациклическая метроррагия**) отмечается у большинства больных с опухолями матки. При массивной кровопотере сопровождающейся невосполнимой гиповолемией, плохо контролируемой анемией, состояние больной резко ухудшается, кровотечение из симптома заболевания превращается в грозное осложнение, которое требует urgentной хирургической помощи

Причины кровотечения при НО матки

- Миома матки (субмукозное расположение узла)
- Полип эндометрия
- Трофобластическая болезнь
- Инвазия опухоли эндометрия в миометрий
- Рак эндометрия (профузное кровотечение)

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Остановка кровотечения,
восстановление
гемодинамических показателей,
гормональная терапия
гиперплазии эндометрия,
профилактика рецидива
маточного кровотечения.

лечение

- Лечебные мероприятия начинаются с кровезамещающей и гемостатической терапии. Применяются специфические маточные средства, **стимулирующие сокращения миометрия и способствующие остановке кровотечения (эрготамина гидротартрат- 1 мл 0.05% р-ра в/м или в/в, питуитрин – 1 мл подкожно в/м, окситоцин – 1 мл в/в.).**

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Обильное кровотечение со сгустками, признаки постгеморрагической анемии.

Медикаментозное лечение

- Гормональный гемостаз проводят только у молодых пациенток (18–30 лет) с умеренной интенсивностью кровянистых выделений при отсутствии признаков постгеморрагической анемии и после исключения других причин маточного кровотечения по данным осмотра и УЗИ. Для гормонального гемостаза применяют препараты КОК с содержанием эстрогенного компонента 0,03 мг (ригевидон ©, марвелон ©, фемоден © и др.). Препараты назначают в дозе от 4 таблеток в первые сутки в зависимости от интенсивности кровотечения, снижая дозу по 1–2 таблетки в три дня до прекращения кровянистых выделений, после чего продолжают приём КОК в течение 21 дня. После отмены препарата менструальная реакция может быть обильной, поэтому назначают симптоматические и утеротонические средства. Далее рекомендуют продолжить приём КОК для профилактики рецидива дисфункционального маточного кровотечения.

Хирургическое лечение

- У больных с миомой профузном кровотечении выполняют надвлагалищную ампутацию матки.
- Если миоматозный узел располагается вблизи шейки матки – экстирпация матки. У женщин старше 45 лет в одном блоке с маткой удаляется придатки. При раке эндометрия или саркоме матки производится экстирпация матки с придатками.

Хирургическое лечение

Профузное кровотечение- частое осложнение при раке шейки матки 3-4 стадии с инфильтрацией параметрия и разрушением маточных сосудов. Радикальная операция Вертгейма при профузном кровотечении из распадающейся опухоли шейки матки a priori неосуществима.

При кровотечении из распадающейся опухоли шейки матки приходится ограничиться симптоматической операцией, направленная лишь на остановку кровотечения. Единственно радикальным способом остановки кровотечения является двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий, которая целесообразно выполняется проще, быстрее и менее травматично, чем

Острая кишечная непроходимость

- – это нарушение нормального продвижения пищи по желудочно-кишечному тракту, вызванное механическими (обструкция просвета кишечника изнутри или снаружи), функциональными или динамическими (спазм или паралич кишечной стенки) причинами. Учитывая вышесказанное, выделяют механическую и динамическую кишечную непроходимость.

Причины острой кишечной непроходимости.

- Среди механических факторов, приводящих к кишечной непроходимости, можно выделить следующие:
 - ущемление грыжи;
 - образование и перекрытие просвета спайками, развивающимися после операций на брюшной полости;
 - инвагинация кишечной стенки, когда один участок кишки втягивается в другой, перекрывая его просвет;
 - рак кишки или опухоль рядом расположенного органа;
 - заворот кишки и узлообразование;
 - обструкция просвета кишки желчными или каловыми камнями, инородными телами, клубком глистов.

Симптомы острой кишечной непроходимости.

- Острая кишечная непроходимость не развивается внезапно. Обычно ей предшествуют симптомы нарушения функций кишечника: периодические боли вздутие и урчание в животе, чередование запоров с поносами.
- Симптомы кишечной непроходимости весьма разнообразны и зависят главным образом от уровня обструкции кишечника: препятствие может находиться в верхних и нижних отделах тонкой кишки или в толстой кишке. Мы перечислим основные симптомы, встречающиеся при непроходимости кишечника. Следует понимать, что они редко присутствуют все одновременно, поэтому отсутствие нескольких из них не исключает наличие кишечной непроходимости.

Симптомы острой кишечной непроходимости.

- Итак, к симптомам острой кишечной непроходимости относят: боль, рвота, запор, вздутие и напряжение живота, усиленная перистальтика и шок.
- Боль всегда резко выражена с самого начала. Обычно она локализуется в эпигастрии (под ложечкой) или вокруг пупка, реже в нижних отделах живота, носит характер спазмов.
- Рвота - один из самых постоянных симптомов острой кишечной непроходимости. Чем выше расположено препятствие в кишечнике, тем раньше и сильнее будет рвота. При обструкции толстой кишки рвота может отсутствовать, но обязательно будет тошнота. Начинается рвота содержимым желудка, затем рвотные массы приобретают желтоватый цвет, постепенно становясь зелеными и зеленовато-коричневыми.
- Отсутствие стула достаточно поздний симптом (развивается через 12 – 24 часа после начала болезни), поскольку первые часы после развития непроходимости нижележащие отделы могут рефлекторно опорожняться, создавая иллюзию нормы.
- Выраженность вздутия и напряжения живота зависит от уровня обструкции кишечника. При непроходимости толстой кишки живот может быть вздут, как «барабан».

Клиническая картина

- При развитии кишечной непроходимости порой на расстоянии слышно бурление, плеск, урчание в животе, что говорит об усиленной перистальтике кишечника. При отсутствии лечения эти звуки могут исчезать, что может ввести в заблуждение об улучшении состояния. В действительности это может говорить о развитии перитонита. Редко у худых людей можно через стенку живота увидеть перистальтику кишечника.
- Учитывая большие потери жидкости, электролитов при рвоте, интоксикацию застойным содержимым кишечника, достаточно быстро при отсутствии лечения появляется учащение пульса, падение артериального давления, что может говорить о начале шока.
- Указанные симптомы могут развиваться и при других заболеваниях. Среди последних: острый аппендицит, острый панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, перитонит, перекрут кисты яичника, внематочная беременность, тромбоз мезентериальных сосудов кишечника, почечная колика и инфаркт миокарда. Однако в любом случае указанные заболевания так же требуют неотложной медицинской помощи и срочного осмотра врачом.

Диагностика острой кишечной непроходимости.

- При возникновении указанных симптомов следует обратиться к врачу-хирургу. После осмотра потребуется сдать общий анализ крови и мочи, пройти рентгенологическое и ультразвуковое обследование.
При рентгеноскопии органов брюшной полости можно увидеть раздутые петли кишечника, переполненные жидким содержимым и газом, так называемые чаши Клойбера и кишечные арки – это специфические симптомы кишечной непроходимости.

Диагностика острой кишечной непроходимости.

- При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости можно определить диаметр петель кишечника, наличие свободной жидкости в брюшной полости, что позволит подтвердить диагноз. **При наличии симптомов, а также типичной рентгенологической и ультразвуковой картины необходима срочная госпитализация в хирургический стационар.**
- В качестве метода обследования в хирургическом отделении возможно проведение повторного рентгенологического исследования с изучением пассажа бариевой взвеси по кишечнику. Бариевая взвесь (или взвесь сульфата бария) видна при рентгеноскопии и позволяет установить уровень обструкции, а также оценить динамику течения болезни. Для выявления патологии со стороны толстой кишки выполняют экстренную ирригоскопию – постановка клизмы с бариевой взвесью. При этом заполняют всю толстую кишку и оценивают ее состояние при рентгеноскопии.

Диагностика острой кишечной непроходимости.

- Более инвазивным методом является колоноскопия. После очищения толстой кишки через анальное отверстие вводят гибкий эндоскоп и осматривают всю толстую кишку. С помощью колоноскопии можно обнаружить опухоль толстой кишки, взять биопсию, а также интубировать суженный участок, разрешив тем самым проявления острой кишечной непроходимости. Это позволяет выполнить оперативное вмешательство по поводу онкологического заболевания в более благоприятных условиях.
- В диагностически сложных случаях выполняют лапароскопию – через прокол в передней брюшной стенке вводят эндоскоп и визуально оценивают состояние внутренних органов.

Лечение острой кишечной непроходимости.

- Лечение острой кишечной непроходимости начинают с консервативных мероприятий. Независимо от причины, вызвавшей данное состояние, всем больным показан голод и покой. Через нос в желудок проводят назогастральный зонд. Он необходим для опорожнения желудка, что способствует прекращению рвоты. Начинают внутривенное введение растворов и лекарственных препаратов (спазмолитических, обезболивающих и противорвотных средств). Проводят стимуляцию моторики кишечника подкожным введением прозерина. При ущемлении грыжи необходимо выполнение экстренной операции – купировать кишечную непроходимость в такой ситуации без оперативного вмешательства невозможно. В других случаях при неэффективности консервативного лечения также необходимо проведение оперативного вмешательства.
- Перед операцией необходимо эластическое бинтование нижних конечностей для профилактики тромбообразования в венах голени.

- **Операцию по поводу кишечной непроходимости выполняют под общим обезболиванием (интубационный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами). При данной патологии необходимо выполнение широкой срединной лапаротомии – срединный разрез на передней брюшной стенке. Такой разрез необходим для адекватного осмотра органов брюшной полости и поиска заболевания, вызвавшего непроходимость кишечника. В зависимости от установленной причины выполняют соответствующее оперативное пособие.**

Осложнения острой кишечной непроходимости.

- Отсутствие своевременного адекватного лечения может привести к некрозу стенок кишки с излитием содержимого кишечной трубки в свободную брюшную полость с развитием перитонита. Перитонит (воспаление брюшины) - тяжелое состояние, трудно поддающееся лечению с высоким процентом летальных исходов приводит, в свою очередь, к абдоминальному сепсису (заражение крови) и смерти. Поэтому **положительный исход при данном заболевании возможен только при раннем обращении за медицинской помощью.**

ПЕРФОРАЦИЯ (

от лат. perforare—проверчивать, просверливать), прободение, сквозное нарушение целостности стенки полостного или трубчатого органа, в результате чего устанавливается сообщение между полостью органа и окружающей его средой.

Причины могут быть весьма разнообразны.

Симптомы перфорации матки

- Резкая боль в нижней части живота.
- Кровянистые выделения из влагалища.
- Слабость, головокружение.
- Повышение температуры тела.
- Снижение кровяного давления.
- Бледность кожи.
- Тахикардия (учащение сердцебиения).
- Последние три симптома свидетельствуют о значительной кровопотере.
- Если перфорация неполная или отверстие прикрыто каким-либо органом, клиническая картина может быть стертой: признаки выражены слабо или могут практически отсутствовать.

Виды перфорации

- Полная перфорация матки. Повреждается стенка матки по всей толщине:
 - ✓ неосложненная – без повреждения других внутренних органов;
 - ✓ осложненная – с повреждением органов брюшной полости и малого таза.
- Неполная перфорация матки: наружная оболочка матки остается неповрежденной.

Диагностика

- жалобы на :
 - ✓ резкую боль в нижней части живота,
 - ✓ слабость,
 - ✓ головокружение,
 - ✓ изменение цвета кожных покровов (побледнение),
 - ✓ появление холодного пота, тахикардию (учащение сердцебиения),
 - ✓ снижение кровяного давления,
 - ✓ напряженность передней брюшной стенки при пальпации.



Анамнез заболевания:

- рак матки
(злокачественная
опухоль матки,
склонная к
интенсивному
росту,
распространению
и разрушению
пораженных
тканей)



Бимануальное исследование

- При подозрении на перфорацию стенок шейного канала или матки с возникновением ложного хода в параметрий уточнение диагноза может быть достигнуто также с помощью бережного **бимануального исследования**. Оно даст ответ на вопрос о том, нет ли в тазовой клетчатке гематомы, возникшей на почве ранения маточной артерии или ее веточек. Возникшая гематома — бесспорное доказательство перфорации.

УЗИ

- Дополнительно назначается трансвагинальное УЗИ органов малого таза, при котором определяется свободная жидкость в малом тазу.

Неотложная помощь

- инфузионная терапия с применением растворов гемодеза, мафусола. др.;
- — введение аскорбиновой кислоты (5% — 5 мл), кокарбоксилазы (50-150 мг);
- — срочная госпитализация в стационар (на носилках).

Оперативное лечение

- Как только диагноз перфорации матки поставлен, безотлагательно необходимо брюшностеночное чревосечение для ликвидации повреждения и остановки возможного кровотечения.

- **Транспортировка** больной после перфорации матки в стационар, где женщине может быть оказана квалифицированная хирургическая помощь, должна осуществляться с большой осторожностью и вместе с тем быстро (санитарная авиация, автомашина скорой помощи), причем в сопровождении врача или в крайнем случае медицинской сестры.