

«Острый живот » в гинекологии.

Некроз миоматозного узла



Хамзе Акмарал

Причины «острого живота» генитального происхождения

Острые внутренние кровотечения:

- Внематочная беременность.
- Апоплексия яичника.

Острое нарушение кровообращения внутренних половых органов:

- Перекрут ножки опухоли яичника.
- Перекрут ножки миоматозного узла.
- Перекрут гидросальпинкса, параовариальной кисты.
- Нарушение кровообращения (некроз) миоматозного узла.

Перфорация (разрыв) кистозных (полостных) образований:

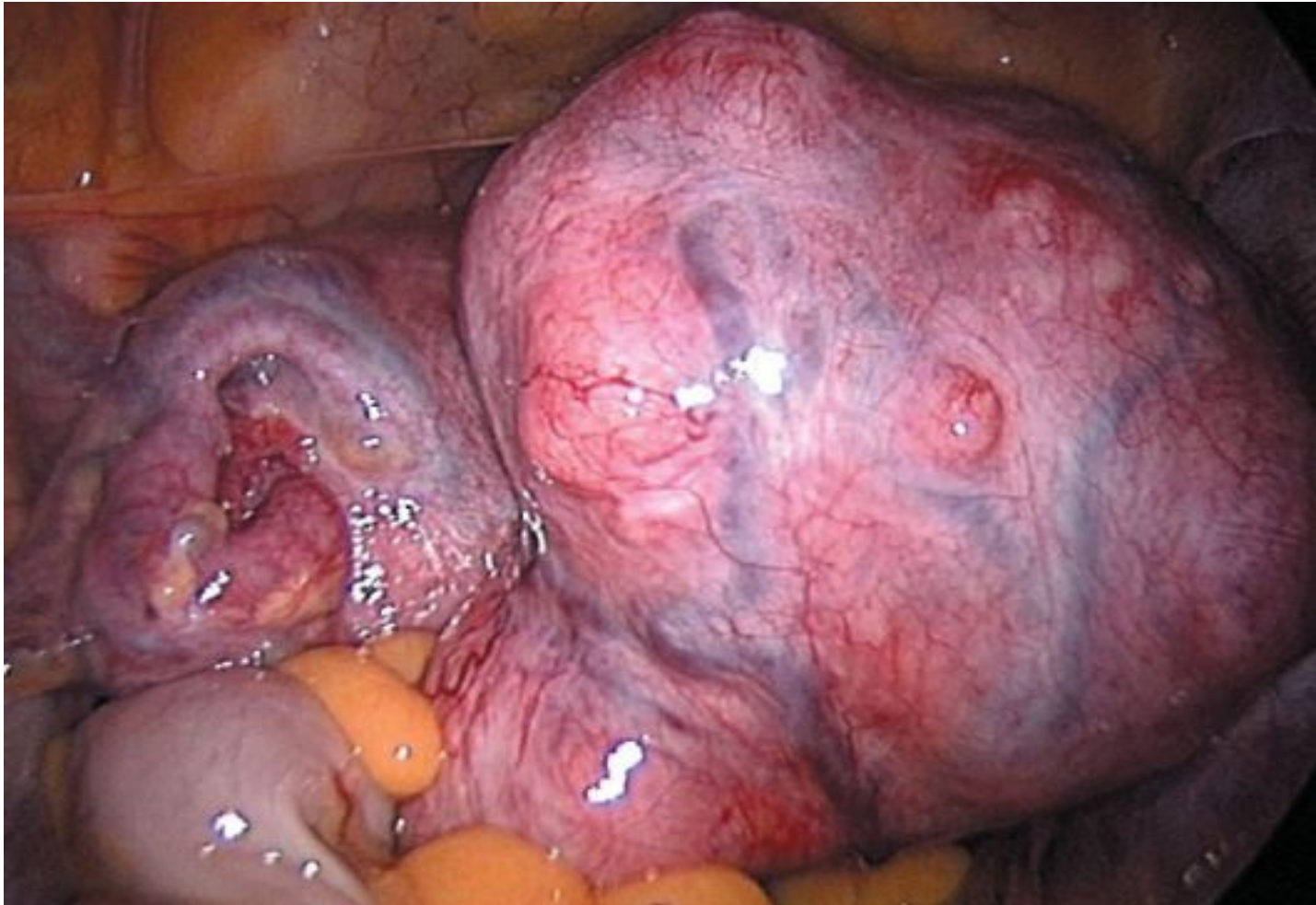
- Сактосальпинкса.
- Кисты яичника.
- Цистаденомы яичника,
- Матки.

Острые воспалительные заболевания гениталий:

- Острый сальпингит.
- Пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс.
- Пельвиоперитонит, разлитой перитонит.

Некроз миоматозного узла

Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль внутренних половых органов. Некроз миоматозных узлов наблюдается у 7% больных миомой матки, зачастую во время беременности, после родов или абортов.



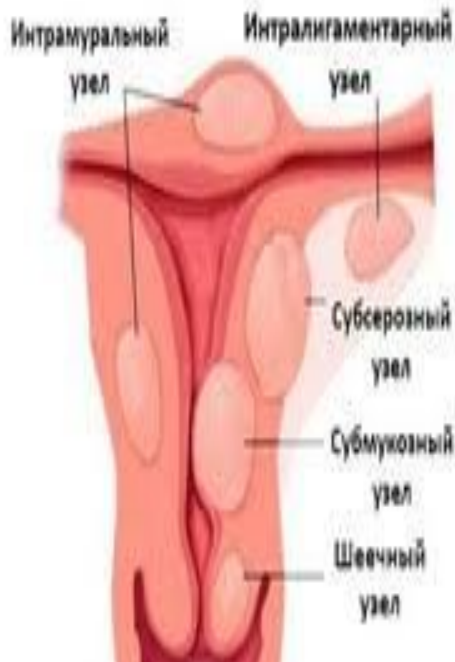
Перекрут миоматоз-ного узла.
Лапароскопия. с некрозом миоматозного
узла

Некротические изменения могут возникать в узлах любой локализации

субмукозных,

интрамуральных.

субсерозных,



Узлы интрамуральной локализации нередко имеют часто подвергаются некрозу и ишемии вследствие выраженных сокращений миометрия после родов или применения препаратов, сокращающих маточную мускулатуру.

Субсерозные миомы тонкую ножку, которая в результате своей подвижности часто приводит к перекручиванию узла.

Перегиб или перекрут ножки опухоли, венозный застой, ишемия или множественное тромбообразование в узлах.

нарушения кровообращения в миоматозном узле

омертвением опухолевых тканей

В некротизированных тканях развиваются

отек

дегенерация

кровоизлияния

асептическое воспаление

перитонит

По морфологическим признакам в гинекологии принято различать

влажный

сухой некроз миоматозного узла.

Влажный некроз характеризуется размягчением и влажным омертвением тканей, в которых образуются кистозные полости.

Для сухого некроза миоматозного узла свойственно сморщивание некротизированных участков опухоли с образованием в этих зонах пещеристых полостей с остатками омертвевших тканей

Клинические проявления некроза узла(ов) миомы матки

1. Болевой синдром:

- острые, схваткообразные боли в нижних отделах живота
- постепенно усиливающиеся тянущие боли в нижних отделах живота
- болезненность при пальпации в нижних отделах живота

2. Признаки раздражения брюшины:

- перитонеальные симптомы различной степени выраженности
- сухой и обложенный язык, вздутие живота, рвота, тошнота, задержка газов и стула

3. Симптомы общей интоксикации

- тахикардия, повышение температуры тела, ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- бледность кожных покровов, холодный пот

Диагностика некроза узла миомы матки основывается на данных анамнеза с указанием на миому матки, клинико-инструментальных методов.

Гинекологическое исследование при некрозе узла миомы матки:

- увеличение размеров матки
- бугристая, причудливой формы матка, за счёт узлов миомы
- локальная болезненность матки в зоне некроза
- болезненность матки при смещении
- область придатков и свода влагалища не изменены

Основные лабораторно-инструментальные методы диагностики некроза узла миомы:

1. Ультразвуковое исследование:

- наличие узла(ов) миомы матки
- признаки нарушения питания узла миомы - снижение и неоднородность эхографической плотности, появление жидкостных полостей в узле

2. Лапароскопия (дифференциальная диагностика некроза узла миомы, перекрута придатков матки, острой хирургической патологии).

Лечение некроза узла миомы матки состоит в экстренной операции.

При подозрении на некроз миоматозного узла требуется экстренная госпитализация и оказание хирургического пособия.

При некрозе, обусловленном перекрутом ножки миоматозного узла, выбор объема вмешательства зависит от возраста женщины, степени некротических изменений, наличия перитонита. У женщин репродуктивной фазы и у беременных при отсутствии явлений перитонита, по возможности, ограничиваются проведением консервативной миомэктомии. Пациенткам в пре- и постменопаузальном периоде показаны радикальные вмешательства - надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки без придатков или пангистерэктомия.

При ишемии миоматозного узла хирургическое вмешательство может быть отсрочено на 24-48 часов; в это время проводится инфузионная терапия, направленная на уменьшение интоксикации, нормализацию водно-электролитного баланса. Объем операции в дальнейшем определяется теми же критериями.

Острые воспалительные заболевания придатков матки (ОВЗПМ)

- Острые воспалительные заболевания придатков матки - это воспалительные поражения маточных труб, яичников и тазовой брюшины.
- Возбудители - различные микроорганизмы, в том числе и условно-патогенные, как аэробные, так и анаэробные.
- Во всех странах мира в последние годы частота ОВЗПМ увеличилась на 13% в общей популяции женщин репродуктивного возраста и на 25% у женщин, использующих внутриматочные контрацептивы. Наиболее значительное повышение заболеваемости ОВЗПМ отмечено в возрастных группах 18 - 24 лет (в 1.4 раза) и 25 - 29 лет (в 1.8 раза).
- У 10 - 20% больных с ОВЗПМ развиваются гнойные осложнения, требующие оказания неотложной медицинской помощи и хирургического лечения, нередко весьма радикального и значительного по объёму.

Формы ОВЗПМ:

- острый катаральный сальпингит
- острый гнойный сальпингит и пельвиоперитонит
- острый сальпингоофорит с формированием tuboовариальных образований (тазовые абсцессы)

Осложнения острых воспалительных заболеваний придатков матки:

- разрыв tuboовариального абсцесса с развитием перитонита, межпетлевых абсцессов
- перфорация абсцесса в смежные тазовые органы с формированием генитальных свищей

Клинические проявления острых воспалительных заболеваний придатков матки

- боли в нижних отделах живота (97.8%)
- фебрильная и гектическая лихорадка (74.5%)
- напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины (60%)
- тошнота, рвота, сухость во рту, мышечная слабость, озноб (35%)
- вздутие кишечника, задержка газов и стула, дизурические явления (40%)

Гинекологическое исследование:

- болезненность при тракциях за шейку матки
- увеличение или объёмное образование и резкая болезненность в области придатков матки
- нависание и резкая болезненность сводов влагалища
- мутные и гнойные выделения из влагалища и цервикального канала

Основные методы диагностики острых воспалительных заболеваний придатков матки:

- гинекологическое исследование
- ультразвуковое исследование органов малого таза
- клинический анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, диспротеинемия, повышение уровня С-реактивного белка)
- лапароскопия

Эхографические признаки гнойных tuboовариальных образований (абсцессов):

- в полости малого таза визуализируется единый конгломерат без четких контуров, состоящий из матки, патологического образования, петель кишечника, сальника, признаки спаечного процесса
- внутренняя структура гнойных воспалительных образований отличается полиморфизмом

Лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки предусматривает комплексную терапию:

- хирургическое вмешательство (лапароскопия, лапаротомия), направленное на устранение гнойного очага инфекции, спаечного процесса и восстановление анатомических взаимоотношений между органами малого таза
- ревизию органов брюшной полости, с обязательным осмотром: париетальной и висцеральной брюшины, червеобразного отростка, печени, под- и над- печёночного пространства, петель кишок - для исключения острой хирургической патологии (межкишечных и поддиафрагмальных абсцессов)
- санацию брюшной полости
- аспирационно-промывное дренирование (АПД)
- интенсивную комплексную противовоспалительную терапию (антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая терапия и др.)

Выбор хирургического доступа и объема зависит от следующих факторов:

- выраженности патологических изменений маточных труб, яичников, матки, париетальной и висцеральной брюшины, тяжести спаечного процесса; состояния смежных органов
- возраста пациентки

Медикаментозная терапия гнойных поражений придатков матки

Препаратами выбора являются комбинации:

- Цефаллоспорины III или IV поколения + метронидазол
- Амоксициллин, клавулановая кислота + метронидазол

Литература

- Гинекология_Г.М.Савельева (2004)
- Атлас оперативной гинекологии - Уиллис (2004)