

СӨЖ

Тақырыбы: «Онкологиядағы шұғыл жағдайлар»

Орындаған: Базарбай Нұржас
ЖМ 510
Тексерген: Жабагина А.С.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Ісіктік процесстің таралуына байланысты
- Аспаптық диагностика жүргізуге байланысты
- Емдеумен байланысты онкологиядығы шұғыл жағдайлар
- Ілеспелі патологияға байланысты

- Қуыстық және паренхималық мүшелердегі ісіктің перфорациясы;
- Ісіктің пенетрациясы;
- Қуыстық мүшенің обтурациясы;
- Қуыстық және паренхималық мүшелердегі ісіктен қан кету;
- Ісіктің үзілуі;
- Ісіктің айналуы, некроздар;
- Ішкі және сыртқы жыланкөздер;
- Асқынулардың бірігу (перфорация, қан кету және т.б.).

Жұлынның қысылуы – ауыр және жиі кездесетін онкологиялық аурулардың асқынуы. Ерте диагноз және емнің тез басталуы – парез/паралич және кіші жамбастың қызметінің бұзылуының алдын алуыда шешуші факто болып табылады.

Жұлынның қысылуы *клинкалық симптомдары тетрадасы*:

- ауырсыну;
- әлсіздік;
- вегетативті жүйке жүйесінің дисфункциясы;
- сезімталдықтың бұзылуы.



ЖҰЛЫННЫҢ ҚЫСЫЛУЫ

(Диагностика)

Неврологиялық және физикалық тексеру: омыртқаның перкуссиясы, қозғалтқыш және сенсорлық әлсіздікті бағалау, мойынның пассивті иілісі, түзетілген аяқтың көтерілуі, ректалды зерттеу (сфинктердің тонусын бағалау), сезімталдық деңгейін анықтау үшін аяқтың басынан бастап пин-тест.

Рентгенологиялық зерттеу. Тікелей проекцияда рентгенография кезінде эпидуральды метастазы бар науқастардың 91% -ында жұлынның қысылу деңгейіндегі омыртқалы денелердегі тән өзгерістер байқалады.

Сүйек кемігін радиоизотоптық зерттеу.

Контрастты затты енгізумен жұлын бағанының компьютерлік томографиясы.

Контрасты бар магниттік-резонанстық бейнелеу омыртқаның қысылуын анықтауға арналған ең жоғары сезімталдыққа және ерекшелікке ие және оны диагностикалау үшін стандарт болып табылады.

ЖҰЛЫННЫҢ ҚЫСЫЛУЫ

(Емі)

Жедел шаралар:

Омыртқаны иммобилизациялау,, қатаң қалқан, арнайы ортопедиялық корсет, колясканың көмегімен.

Жұлынның ісінуін азайту үшін кортикостероидты гормондарды тағайындау (төмендегі сызбаға сәйкес дексаметазонның жоғары дозалары: 20 мг дексаметазонды тамыр ішіне бір рет енгізу, содан кейін алғашқы 10 күнде күніне 8 мг (16 таблетка) ішу арқылы, содан кейін күніне 4 мг (8 таблетка). күніне 2 апта, содан кейін үнемі 2 мг дозада (4 таблетка). - дексаметазонды 4 мг әр 6 сағат сайын ішке енгізу

Дексаметазонмен қатар, диуретиктер, калий препараттары, церебральды қан айналымын жақсартатын дәрі-дәрмектер (кавинтон) және тамырлы препараттар (трентальды) тағайындалады.

Жоғары қуыс вена синдромы (ЖҚВС) - жоғары вена кавасының бассейнінде қан айналымының бұзылуымен байланысты төтенше жағдай. Жақында бұл жағдай өкпенің қатерлі ісігі бар науқастар санының көбеюіне байланысты жиі кездеседі, бұл оның негізгі себебі болып табылады. ЖҚВС клиникалық ағымы жедел немесе баяу дамиды.

Науқастың шағымдары: бас ауруы, жүрек айну, бас айналуы, сыртқы түрінің өзгеруі, дауысы, жөтел, дисфагия, кеудедегі ауырсыну, ентігу, ентігу, ұйқышылдық, ессіздік, құрысулар.



ЖОҒАРҒЫ ҚУЫС ВЕНА СИНДРОМЫ

(Диагностика)

Қарап тексергенде ЖҚВС келесі белгілері анықталады: мойын, кеуде мен қол тамырларының ісінуі, кеңеюі, бет, мойын немесе жоғарғы иық белдеуінің ісінуі, цианоз немесе беттің қанға толуы, тахипноэ.

Кеуде қуысының алдыңғы және бүйірлік проекцияларда рентгенографиясы және томографияда барлық пациенттерге төтенше жағдай кезінде немесе жоғары қуыс вена өткізгіштігінің бұзылуына күдіктенген жағдайда көрсетіледі. Рентгенологиялық зерттеу медиастинадағы патологиялық процесті, оның таралу дәрежесін анықтауға және кейінгі сәулелік терапия шекараларын анықтауға мүмкіндік береді.

Контрасты бар компьютерлік томография ісік процесінің контурын, медиастинаның лимфа түйіндерінің зақымдану дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді.

Мойындырық немесе супраклавикулярлы вена тамырлардың доплерлі ультрадыбысы тромбоз мен сыртқы обструкцияны дифференциалды диагноздауға көмектеседі.

ЖОҒАРҒЫ ҚУЫС ВЕНА СИНДРОМЫ (Емі)

Жедел жағдайда емдеуді дәл морфологиялық диагнозсыз бастауға болады. Жедел симптоматикалық шаралар пациенттің өмірін сақтауға бағытталған, олар өкпенің ішіне ауа ағынын қамтамасыз етеді, вена кавасының жоғарғы кедергісін және ортаңғы органдардың қысылуын болдырмайды. Демалудан басқа, кейде көтеріңкі позиция, оттегі терапиясы, трахеостомия, интубация және антиконвульсанттарды енгізу қажет болуы мүмкін. Диуретиктерді (фуросемид, маннитол) және кортикостероидтарды қолдану көрсетілген. Гидрокортизонды тамыр ішіне енгізу, содан кейін клиникалық көріністі [5] ескере отырып, әр 6-8 сағат сайын дозаны азайту немесе 6090 мг преднизолонды көктамыр ішіне енгізу, содан кейін тәулігіне 40-60 мг қабылдау.

Үлкен фракциялық сәулелік терапия - бұл SVPV үшін, әсіресе, өкпенің ұсақ емес жасушалы қатерлі ісігі үшін өте тиімді емдеу әдісі. Оның тиімділігі 70-90% жетеді [3]. Кеуде қуысын сәулелендіру мүмкіндігінше ертерек басталуы керек. Тыныс жетіспеушілігі кезінде (стридормен тыныс алуды қоса) немесе орталық жүйке жүйесінің аурулары болған жағдайда жедел радиациялық терапия қажет [5].

Бірінші жол ретінде химиотерапиялық емді цитостатиктерге сезімтал ісіктер болған кезде (лимфопролиферативті аурулар, миелома, ұрық жасушаларының ісіктері, сүт безі және простата обыры) жасаған жөн.

ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ

Қатерлі ісікпен ауыратын науқастардағы **гиперкальциемия** - жиі кездесетін қатерлі ісік түрлерінде көрінетін, әдетте қайтымды сипаттағы, өмірге қауіп төндіретін метаболикалық бұзылыс.

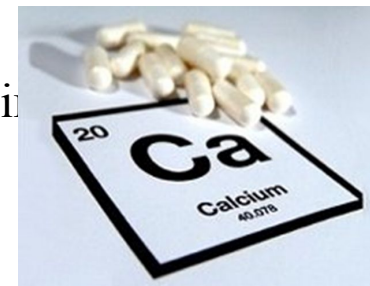
Жалпы белгілері - сусыздану, әлсіздік, шаршау, салмақ жоғалту, шөлдеу;

Орталық жүйке жүйесі - бас ауруы, гипоплексия, проксимальды миопатия, апатия, летаргия, психикалық бұзылулар, құрысулар, шатасулар, кома;

Асқазан-ішек жолдары - анорексия, жүрек айну, құсу, іш қату, ішек өтімсіздігі, панкреатит, тұзу, асқазан мен пепсин секрециясының жоғарылауы;

Жүрек-тамыр жүйесі - брадикардия, гипотония, QT қысқа интервалы, кең Т толқыны, ұзартылған PR аралығы, аритмия, систолалық;

Зәр шығару жүйесі - полиурия, азотемия, бүйрек жеткіліксіздігі, кома



ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ (Этиопатогенез)

Гиперкальциемия келесі ісіктермен кең таралған:

- өкпенің жалпақклеткалық қатерлі ісігі
- сүт безінің қатерлі ісігі,
- бүйрек обыры,
- аналық без ісігі,
- бірнеше миелома,
- бастың, мойынның ісіктері,
- лимфопрролиферативті аурулар (үлкен жастағы егде емделушілерде - лимфогрануломатоз),
- бірінішілік ісіктік локализациясы белгісіз ісіктер,
- негізінен сүйекте метастаздары бар қатерлі ісіктер.

ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ

(Емі)

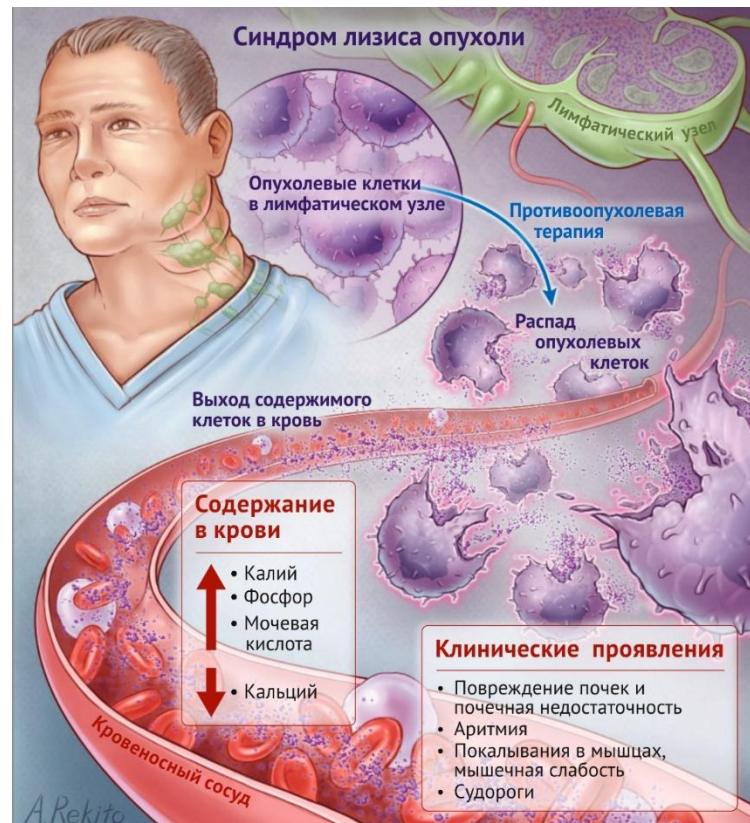
Гиперкальциемиямен ауыратын науқастарға тұрақты бақылау қажет:

- гемодинамика
- диурез
- су мен электролит балансы,
- орталық веналық қысым
- креатинин, қандағы мочевиная.

Терапия кальций экскрециясын жоғарылату және сүйек резорбциясын бұғаттау арқылы қан айналымының көлемін қалпына келтіруді (гидратация) және гиперкальциемияны фармакологиялық түзетуді қамтиды.

Ісікке қарсы агенттермен емдеу жасуша өліміне және көп мөлшерде ісіктің ыдырау өнімдерінің босап шығуына әкеледі. Жасушалардың протоплазмасында көптеген калий, фосфор, пулиндер және басқа заттар бар, олар жасуша лизисінен кейін жасушааралық кеңістікке шығады. Мұндай кенеттен жасуша ыдырау өнімдерінің көп мөлшері шығуы дененің экстракция қабілеттілігін арттырады. **Ісіктің ыдырау синдромы** - лактат ацидозының дамуымен және электролиттік баланстың бұзылуы сипатталатын шұғыл жағдай:

- Гиперурикемия,
- Гиперкалиемиа,
- Гиперфосфатемия,
- Гипокальцемиа.



ІСІКТІҢ ҰДЫРАУ СИНДРОМЫ (этиопатогенез)

Көбінесе ісіктің ыдырау синдромы келесі жағдайларда байқалады:

- Ісіктік массасы үлкен көлемді тез пролифирленуші ісіктер,
- Жедел лейкоз,
- Қатерлілік дәрежесі жоғары лимфомалар,
- кейбір қатты ісіктер

ІСІКТІҢ ҰДЫРАУ СИНДРОМЫ (Емі)

Лейкозға, лимфомалар немесе үлкен көлемді ісік массасы мол қатерлі ісіктерге арналған химиотерапияны бастамас бұрын, көп мөлшерде сұйықтық ішу, 24–48 сағат дейін регидраттациялық терапия, аллопуринолды күніне 300 мг дозада бірнеше күн қабылдау.

Химиотерапия кезінде диурез, гемодинамика, қан сары суының құрамындағы зәр қышқылы, креатинин, калий, кальций, фосфор деңгейін бақылау, ЭКГ, кез келген метаболиттік бұзылыстарды түзету.

1. Кондратьев В.Б., Мартынюк В.В., Ли Л.А. Метастазы в кости: осложненные формы, гиперкальциемия, синдром компрессии спинного мозга, медикаментозное лечение//Практ. онкол. - 2000. - №2. - С. 43-45.
2. Моисеенко В.М., Семиглазов В.Ф., Тюляндин С.А. Современное лекарственное лечение местно-распространенного и метастатического рака молочной железы. - СПб., 1997. - С. 180-181, 197-200.
3. Ярбо У. Д., Борнштейн Р.С. Срочная медицинская помощь в онкологии. Пер. с англ. - М., 1985. - С. 49- 75, 196-243.
4. Abeloff M.D. Clinical oncology, 2nd ed. - New York: Churchill Livingstone, 1999.
5. Abraham J., Allegra C. Bethesda handbook of clinical oncology. -Philadelphia (USA), 2001. - P. 483-493.
6. Bilezikian J.P. Management of acute hypercalcemia// New Engl. J. Med. - 1992. - Vol. 326. - P