**I.Общие сведения**

**Фамилия**

**Имя**

**Отчество**

**Возраст 45** лет

**Профессия Швея**

**Образование** Среднетехническое

**Дата поступления 2001 г 22 февраля**

Поступила по направлению женской консультации с диагнозом: опущение матки, недержание мочи (уроцеле).

**II.Жалобы на момент госпитализации.**

1. Обильные и длительные месячные (одна неделя до месячных и после них мажущие - кровянистые выделения).
2. Недержание мочи при физической нагрузке и в покое.
3. Повышенная утомляемость, слабость.
4. Головокружение, головные боли.

## III.Anamnesis morbi

Считает себя больной с 1995 года, когда впервые возникли длительные месячные. Больная обратилась в женскую консультацию по месту жительства, где был поставлен диагноз – ***опущение матки***. Была направлена на консультацию к урологу. Однако лечения не проводилось, к врачу не обращалась. В течение 6 лет недержание мочи прогрессировало (появилось в покое, больная была вынуждена отказаться от половой жизни), месячные оставались обильные (одна неделя до месячных и после них мажущие - кровянистые выделения). За последний год нарастали явления: общей утомляемости, слабости, появились головокружения, головные боли. Месячные стали ещё более обильными. 22 января 2001 года, больная обратилась в женскую консультацию к гинекологу. По направлению женской консультации 22 февраля 2001 года была госпитализирована в НИИАиГ им. Д.О. ОТТА для обследования и дальнейшего лечения.

**IV. Anamneis vitae**

Больная родилась в г. Ленинград в 1955 году. Росла и развивалась нормально. Пациентка по счету - десятый ребенок в семье. В детстве рахитом, туберкулезом, инфекционными заболеваниями не болела, частые простудные заболевания, перенесла ветрянку. В 13 лет после падения на катке – ЧМТ (сотрясение головного мозга, кровоизлияние в левой височной области), в 15 лет – перелом плюсневых суставов на правой конечности. Социальные условия в детстве соответствовали санэпидем. нормам (отдельная двухкомнатная квартира, удовлетворительное питание).

В своем развитии от сверстников не отставала. В школе училась хорошо. После окончания школы окончила училище по специальности: швея – мотористка. В течение 10 лет работала по специальности на швейной фабрике, затем один год кассиром в магазине. Последние 13 лет работает на швейной фабрике FOSP (Фирменная Одежда Санкт Петербурга). Сама больная отмечает профессиональную вредность. (Сильный шум).

В настоящее время проживает в отдельной однокомнатной квартире (1 этаж), вместе с сыном 25 лет. Материально - бытовые условия в настоящее время относительно удовлетворительные. С 36 лет страдает гипертонической болезнью, редко наблюдаются подъемы давления до 150/80 мм. рт. ст. Мать и отец заболеваниями не страдали. Закончил жизнь самоубийством (через повешение) в 38 лет. Брак расторгнут за несколько лет до смерти мужа.

**Эпидемиологический анамнез.**

Туберкулез, малярию, брюшной тиф, дифтерию, скарлатину, венерические заболевания отрицает. Хронический гепатит, осмотр стоматолога, гемотрансфизии, дисфункцию кишечника, выезд за пределы Ленинградской области за последние полгода отрицает.

**Аллергологический анамнез.**

Аллергия на витамины группы B (B6).

**V. Anamnesis gynecologica**

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ:

Месячные начались в 14 лет, с 15 лет установился регулярный без особенностей менструальный цикл, через 25 дней, по 4 – 5 дней, обильные, безболезненные. Начало половой жизни в браке с 18 лет. Последние месячные 12.02. – 19.02, обильные, безболезненые.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ:

Имела шесть беременностей:

Первая - в 1974 году - закончилась абортом на IX неделе беременности, без осложнений.

Вторая - в 1975 году – закончилась родами в срок. Были одни роды, протекали без осложнений. Ребенок родился в головном прилежании. Мальчик весом 3850 г., длиной в 53 см. Послеродовой период протекал без осложнений.

Третья - в 1976 году - закончилась абортом на X неделе беременности, осложнения в виде выделений из влагалища на девятый день после аборта, подъёма температуры до 40 °С, в течение 10 дней лечение антибиотиками в стационаре.

Четвертая - в 1980 году - закончилась абортом на IX неделе беременности, с подъёмом температуры до 40°С.

Пятая - в 1985 году – самопроизвольный выкидыш на X неделе беременности, лечение в стационаре, осложнений нет.

Шестая - в 1989 году - закончилась абортом на VIII неделе беременности, без осложнений.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРОШЛОМ:

1988 г. – эрозия шейки матки, хронический аднексит.

1999 г. - перенесла операцию по поводу удаления папилломы на правой большой половой губе.

**VI. Status praesens**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Достаточного питания. Рост 158 см., масса 73 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, тургор тканей сохранен. Косно - мышечная система без патологических изменений. Следов перенесенного в прошлом рахита не выявлено. Форма суставов не изменена. Активные движения в суставах в полном объеме. Степень развития мышц удовлетворительная. Тонус мышц сохранен. Щитовидная железа - не увеличена, эластичной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:

Пульс 84 удара в минуту, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сосудистая стенка на a. Radialis вне пульсовой волны не пальпируется, мягкая. Пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей и головы не ослаблен. АД 130/80 мм. Рт. Ст.

Пальпаторно верхушечный толчок не определяется. Патологических периферических пульсаций, сердечного горба, сердечного толчка не обнаружено. Акцентов и шумов нет.

Перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту. Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание одинаково проводится над всей поверхностью легких. При перкуссии над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов в легких нет

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:**

Осмотр ротовой полости: губы влажные, красная кайма губ обычная, влажная, переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, чистый, с отпечатками зубов. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

Печень из под реберной дуги не выступает.

СИСТЕМА МОЧЕВЫВЕДЕНИЯ:

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Мочеиспускание частое, до 8 – 10 раз в сутки, безболезненное. Наблюдается не произвольное выделение мочи малыми порциями при физической нагрузке и в покое. Моча желтая, прозрачная. Отеков лица не выявлено.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА:

Сознание ясное, речь внятная. Больная ориентирована в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранны. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Наблюдается не значительное ослабление слуха.

**VII. Специальное исследование.**

ДАННЫЕ ОСМОТРА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:

Молочные железы развиты правильно, эластичной консистенции, уплотнений, пигментаций, патологических выделений из соска не обнаружено. Наружные половые органы развиты правильно, чистые. Оволосение по женскому типу.

ДАННЫЕ ОСМОТРА В ЗЕРКАЛАХ:

Слизистая шейки матки и влагалища бледно – розовая. Выделения слизистые.

ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

Влагалище ёмкое, шейка цилиндрическая, содержит мелкие Ov. Nabofii и эндомитриоидные гетеротопии.

P.V. : Влагалище емкое, шейка цилиндрическая. Влагалищная часть шейки матки содержит мелкие Ov.Nabotii и эндомитриоидные гетеротопии. Матка правильно расположена, обычных размеров, плотная, увеличена до 12 недель беременности. Придатки чёгко не пальпируются. Имеется умеренно выраженное уретроцелле, при натуживании переходит в выраженное. I степень опущения стенок влагалища.

**VIII. Предварительный диагноз.**

Аденомиоз. Эндометриоз перешейка и шейки матки. Опущение стенок влагалища I ст. Уретроцеле.

Заключение: учитывая наличие генитального эндометриоза (аденомиоз перешейка и шейки матки), недержания мочи, вторичный поликистоз яичников, больной показана операция в объёме экстирпации матки с возможным оставлением яичников и одновременным выполнением одной из методик позадилонной кольпоуретропексии. Выделения из половых путей слизистые, в малом количестве.

**IX. План обседования.**

1. Электрокардиограмма.
2. УЗИ малого таза.
3. Общий анализ мочи.
4. Клинический анализ крови.
5. Биохимический анализ крови.
6. Реакция на гепатит.
7. Реакция на обнаружения гонококка.
8. Кровь на сахар.
9. Реакция на свертываемость крови.
10. Консультация уролога.

**X. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.**

**Биохимический анализ крови** от 2001-02-28

Сахар - 5,3 ммоль/л

Общ. Белок - 70,6 ммоль/л

Мочевина - 4,9 ммоль/л

Билирубин - 10 ммоль/л

АЛТ - 0,12 ммоль/л

АСТ - 0,14 ммоль/л

**Клинический анализ мочи**  от 07.02.2001

Цвет желтая

Прозрачность прозрачная

Реакция кислая

Уд. вес 1008

Белок 0

Сахар 0

Лейкоциты 0-1-2 в п/зр.

Эритроциты 0-1-1 в п/зр.

Эпителий 2-4 в п/зр.

**Коагулограмма** от 08.02.2001

Протромбин 81 %

**Исследование мазков на гонококк** от 22.01.2001

Эпит. клетки - 10 – 12 ⎫

⎬ в поле зрения

Leu - 15 – 17 ⎭

Флора +

Gn +

**Реакция на гепатит** от 09.02.2001

Гепатит С - антиВГС – общ., кровь, ИФА

Отрицательный

**Электрокардиограмма** от 06.02.2001

Заключение: кривая без отклонений от нормы.

**УЗИ** от 18.01.2001

Уретра 2,5х0,9 см. Миометрий не однороден.

Выраженный аденомиоз.

Эндометрий – 3 мм.

Эхоструктура не изменена.

Яичники: левый 4х5 см., правый 3,5х4,5 см., содержат мелкие кисты в диаметре до 1 см.

**Клинический анализ крови**  от 07.02.2001

Нв – 104 ммоль/л

Er - 3,5

ЦП – 0,9

Tr - 380

Leu - 4,6

П-я - 1

С-я - 50

Эзинофилы – 3

Лимфоциты – 37

Моноциты – 8

СОЭ – 10 ммоль/час

Снижение количества гемоглобина (анемия).

# XI. Клинический диагноз и его обоснование.

Учитывая жалобы больной на нарушения менструального цикла (длительные, обильные менструации, кровянистые выделения продолжающиеся до и после окончания менструации), недержание мочи, слабость, быструю утомляемость, головокружения, снижение трудоспособности; результаты лабораторных и инструментальных исследований (в крови анемия, увеличенные яичники до размеров: левый 4х5 см., правый 3,5х4,5 см., содержат мелкие кисты в диаметре до 1 см., увеличенную матку до 12 недель беременности по данным УЗИ, данные осмотра в зеркалах:

Слизистая шейки матки и влагалища бледно – розовая. Выделения слизистые.

P.V. : Влагалище емкое, шейка цилиндрическая. Влагалищная часть шейки матки содержит мелкие Ov.Nabotii и эндомитриоидные гетеротопии. Матка правильно расположена, обычных размеров, плотная, увеличена до 12 недель беременности. Придатки чёгко не пальпируются. Имеется умеренно выраженное уретроцелле, при натуживании переходит в выраженное. I степень опущения стенок влагалища.) можно поставить диагноз:

Основной:

*Аденомиоз, эндометриоз перешейка и шейки матки. Вторичный поликистоз яичников. Опущение стенок влагалища I ст. Уретроцеле.*

Осложнения:

*Анемия I ст.*

Сопутствующий:

*Ожирение I Степени, гипертоническая болезнь.*

**XII. Дифференциальный диагноз.**

Заболевание необходимо деференцировать с миомой матки для которой характерно:

* Болевой синдром, который может усиливаться после менструации. Боли могут носить схваткообразный характер. Болезненность при пальпации.
* Нарушение менструального цикла по типу дисфункциональных маточных кровотечений.
* Кровотечения (мено-иметрорагии, мажущие).
* Нарушение функции смежных органов (мочевой пузырь, кишечник).

Также заболевание необходимо деференцировать с раком тела матки для которого характерно:

* Кровянистые выделения (мероррагии, метроррагии);
* Жалобы на водянистые выделения;
* Изменение метаболизма гормонов (ожирение);
* Сочетание гиперэстрогении и обменно – эндокринных нарушений (ожирение, гипертоническая болезнь).

**XIII. Этиология и патогенез.**

Эндометриоз - это эндометриоподобные разрастания, которые вышли за пределы нормального расположения, то есть внутренняя выстилка матки. Эти разрастания проявляют себя так же, как и в месте нормального расположения. Они состоят всегда из эпителиального компонента и стромального компонента. Макроскопически эндометриоз представляет собой мелкие кистовидные фокусы. Выполнены они слизью или измененной кровью. Иногда сравнивают с шоколадным содержимым. Эти полости могут быть одиночными или множественными, имеют ячеистое строение. Микроскопически это всегда скопление ячеистых образований, трубчатых, ветвящихся или кистознорасширенных образований. Изнутри выстланы цилиндрическим эпителием, иногда даже имеющие ресничатость. Эпителий располагается на строме, которая представляет собой капсулу этой ячейки. Вокруг ячейки происходит гиперплазия мышечных волокон, образуются опухолевые узлы. Развитие эндометриоидных образований непосредственно связано с гормональной функцией яичников и функцией гонадотропных гормонов. То есть это абсолютно гормонозависимое опухолевидное образование. Иногда его называют дисгормональным пролифератом.

В эндометриоидных очагах можно различить эпителий находящийся в фазе пролиферации, фазе секреции. Можно обнаружить перестроенные кровоизлияния, децидоидные превращения слизистой. Это происходит параллельно с теми превращениями, которые происходят в матке, но четкой циклической зависимости не существует. Все трансформации, которые происходят в нормальном эндометрии происходят и в этих очагах. Эндометриоз всегда связан с репродуктивным периодом, то есть периодом активности менструальной, гормональной функции, и эндометриоз может регрессировать в менопаузе. Эндометриоз может сочетаться с развитием миомы матки. Что первично, а что вторично не всегда можно определить, даже по морфологическому строению. Иногда миома матки развивается вначале, а потом внедряется эндометриоз, а иногда и наоборот. Эндометриоз очень сходен с опухолью по способности к инфильтрирующему росту, метастазированию. Но есть и различия - это отсутствие клеточной атипии.

Какой-то единой теории развития эндометриоза нет. Главенствует теория интрафетонная, теория дисфункции иммунной системы и теория эмбрионального происхождения. Теория интрафетонного происхождения связана с четкой зависимостью развития этих имплантантов из матки. Распространяются имплантанты гематогенным или лимфогенным путем.

Встречается эндометриоз врожденный (теория эмбрионального происхождения). Он связан с дисэмбриопластическим происхождением - из остатков протоков первичной почки. Нередко обнаруживается у пациентов с пороками развития.

Теория дисфункции иммунной системы четко связана с тем, что появляется Т-клеточный иммунодефицит у этих больных. Имеется угнетение функции Т-супрессоров, активация эффекторов ГЗТ, В-лимфоцитов.

Существует миграционная теория. Она связывает развитие эндометриоза с попаданием в кровяное русло и другие органы клеток эндометрия непосредственно. Способствует пролиферации клеток в других органах усиленная продукция эстрогенов. С одной стороны повышенная продукция эстрогенов приводит к повышенному выделению кортикостероидов. Они относятся к иммунодепресантам, и таким образом, обуславливают благоприятное развитие клеток эндометрия в несвойственных им местам.

Таким образом в этиологии и патогенезе эндометриоза имеют значение гормональные факторы (нарушение содержания и соотношения стероидных и гонадотропных гормонов), нарушение тех закономерностей, которые лежат в основе регуляции овариально-менструального цикла, функциональная недостаточность гипоталамической области, а именно тех структур, которые регулируют половое созревание, и как следствие повышение продукции ФСГ, ЛГ и гиперэстрогения.

В патогенезе играет огромную роль воспалительный фактор. Еще не доказано первичным или вторичным является воспалительный фактор в развитии эндометриоза. Всегда имеется воспалительная реакция вокруг очагов эндометриоза. Довольно часто имеется сочетание любых воспалительных процессов в гениталиях с эндометриозом.

Имеют значение наследственные факторы. Атрезия матки также играет большую роль. При атрезии может быть заброс крови в брюшную полость и миграция клеток эндометрия. При ретрофлексии матки (большой перегиб матки кзади) смыкаются цервикальный канал и внутренний зев, и первые крови при менструации и клетки эндометрия попадают через маточные трубы в брюшную полость.

Наиболее часто эндометриоз встречается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет.

Неполовой (экстрагенитальный) эндометриоз обнаруживается в разных органах: аппендикс, пупок, сальник, мочевой пузырь, мочеточники, кишечник, брюшина и т.д.

Внутренний эндометриоз называется аденомиозом матки. Не путать с аденоматозом эндометрия (полипы, предраковый прощесс).

Имеется ретроцервикальный эндометриоз. Аденомиоз находится в самой толще эндометрия. Ретроцервикальный эндометриоз располагается в клечатке параметрия.

Довольно часто сейчас встречается эндометриоидные "шоколадные" кисты яичника. Размеры от мелких очаговых образований до крупных кист (10-15 см). Встречается эндометриоз угла матки. Виден узел угла матки, обычно темно-синего цвета. Часто развивается после внематочной беременности.

Эндометриоз часто развивается после операций на матки, когда прошивают нитками эндометрий. Клетки эндометрия тянутся вместе с нитью и иглой. Лучше не прошивать эндометрий. Эндометриоз брюшины малого таза.

Особенно излюбленные места эндометриоза - это область крестцово-маточных связок и место перехода брюшины матки в брюшину прямой кишки (Дугласов карман). На брюшину имплантируются мелкие очаги эндометриоза. Также часто поражается брюшина в области пузырно-маточной складки, особенно место впадения мочеточник в мочевой пузырь.

Поставить диагноз эндометриоза довольно трудно. О многом говорит клиника. Лечить эндометриоз также чрезвычайно трудно. Эндометриоз часто рецидивирует после удаления эндометриоидной кисты. Гормональное лечение также не дает окончательной ликвидации эндометриоза.

При эндометриозе необходима онкологическая настороженность, так как может быть малигнизация.

**XIV. Принципы лечения**.

Для лечения заболевания применяется консервативные и оперативные методы. В начальной стадии заболевания применяются гестогенные препараты:

* Ингибитор гипофизарных гормонов – *гонозол*
* Синтетический аналог гонадотропного релизинг – гормона – *золадекс*

Противовоспалительная терапия должна включать различные рассасывающие препараты, физиотерапию (электрофорез, микроклизмы с йодистым калием или с тиосульфатом натрия), гиперборическую оксигенацию, антиоксидантную терапию.

Стимуляция иммунитета. Используется тимоген, тимолин, Т-активин, УФО крови, лазер, левомизол.

Ферментные препараты: лидаза, гиалуронидаза. Радоновые воды. Электрофорезы с медью, цинком.

Под влиянием лечения происходит уменьшение кровопотери, исчезновение анемии. При отсутствии эффекта от консервативного лечения и выраженном распространении процесса показано оперативное вмешательство (надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки). Учитывая результаты обследования пациентки больной показана операция в объёме экстирпации матки с возможным оставлением яичников и одновременным выполнением одной из методик позадилонной кольпоуретропексии.

### Операция

26 февраля 2001 г.

10 – 1110 ч.

Чревосечение. Нижнесрединная лапаротомия. Экстирпация матки с придатками. Под эндотрахеальным наркозом (СМ. запись анастезиолога). После обработки операционного поля в ране прилежит матка увеличенная до 10 – 11 недель беременности. Придатки несколько увеличены в размерах, оболочка склеразированна, кистозно изменены. Согласно плану решено произвести экстирпацию матки с придатками. С обеих сторон перевязаны и лигированны круглые маточные связки, вскрыто плековезикоутерина и вместе с мочевым пузырем отсепарованно книзу. Пережаты и лигированны маточные сосуды. На подвешивающую связку наложенны зажимы, перевязанны и лигированны. На круглую маточную связку, воронко тазовую связку наложенны зажимы, перевязанны и лигированны. Вскрыт передний свод влагалища, матка отсечена циркулярно с лигированием сводов. Культя влагалища сформированна. Проверка гемостаза – полный. Произведена кольпоуретропексия по Берку. Счет инструментов и тампонов со слов операционной сестры. Перетонизация. Брюшная стенка ушита послойно, наглухо. На коже шелк. Общая кровопотеря 200 мл. Моча выведена по катетеру, концентрированная.

Препарат: экстерпированна матка с придатками. Яичники – почти полное отсутствие фолликулов, трубы – явление воспаления.

Диагноз:

*Аденомиоз, эндометриоз перешейка и шейки матки. Вторичный поликистоз яичников. Опущение стенок влагалища I ст. Уретроцеле.*

Осложнения:

*Анемия I ст.*

Во время операции перелито 310 мл. свежезамороженной плазмы, осложнений во время переливания плазмы, в наркозе не бало.

**XV. Прогноз.**

Прогноз при данном заболевании в отношении трудоспособности и половой жизни благоприятный, в отношении менструальной и детородной функции неблагоприятный.

**XVI. Дневник курации.**

ДАТА СОДЕРЖАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 26.02.2001 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в операционной раны. Кожные покровы чистые. Пульс 74 уд. в мин. t = 36.5°C. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 130/80 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. | Режим I. Диета 0.  Анализ крови.  Анализ мочи.  Лед и тяжесть на живот.  Метрогил 100,0 в/в № 1.  S.Papaverini 2% 2.0 в/м № 2.  S.Promedoli 2% 1.0  S.Analgini 50% 2.0  S.Dimidroli 1% 3.0 в/м  Relanium 2.0 в/м на ночь  S.Panangini 10.0 на 200 мл. физ. р-ра в/в кап. Однократно  S.Glucosi 5% 400 мл.  Измерение АД 2 раза. |
| 27.02.2001 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пульс 66 уд. в мин. t = 36.7°C. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 120/70 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. | S.Acidi ascarbinici 50 мл.  S.Proserini 5% 2.0 в/м  Relanium 2.0 в/м на ночь |

**XVII. Эпикриз.**

Больная 45 лет поступила в НИИАиГ им. ОТТА с жалобами на:

* Обильные и длительные месячные (одна неделя до месячных и после них мажущие - кровянистые выделения).
* Недержание мочи при физической нагрузки и в покое.
* Повышенная утомляемость, слабость.
* Головокружение, головные боли.

В НИИАиГ им. Д.О. ОТТА было проведено обследование и поставлен диагноз:

Основной:

*Аденомиоз, эндометриоз перешейка и шейки матки. Вторичный поликистоз яичников. Опущение стенок влагалища I ст. Уретроцеле.*

Осложнения:

*Анемия I ст.*

Сопутствующий:

*Ожирение I Степени, гипертоническая болезнь I ст.*

Была проведена операция – чревосечение, нижнесрединная лапоротомия, экстирпация матки с придатками, послеоперационный период без осложнений. Необходимо дальнейшее наблюдение гинеколога в женской консультации по месту жительства.

Шагрова Т.И.

**XVIII. Список литературы.**

1. Лекции по гинекологии.
2. Руководство по онкогинекологии. Я.В.Бохман. Л. «Мед.» 1989.
3. Неоперативная гинекология. В.П. Сметник Л.Г. Тумилович СПб., «СОТИС» 1995.
4. Неотложная помощь при экстримальных состояниях в гинекологии.
5. Гинекология. Л.Н. Василевская.

Реферат: Литература - Гинекология (эндометриоз)

ЛЕКЦИЯ №5.

ТЕМА: ЭНДОМЕТРИОЗ.

Эндометриоз может быть не только генитальным, но и экстрагенитальным,

поэтому диагностика сложна.

Эндометриоз можно рассматривать как эндометриоидно подобное разрастание,

развивающееся за пределами гениталий. Участки эндометриоидной ткани

мигрируют в несвойственные ее места, развиваются там, превращаются в

опухолевидные разрастания и функционируют почти также, как функционирует

эндометрий. Постоянная секреция этих участков приводит к продукции крови,

что превращает близлежащие ткани в соединительнотканные рубцы, хронический

воспалительный процесс и т.д. Микроскопические и гистологические данные

позволяют констатировать, что эта неистинная опухоль, это опухолевидное,

гормонозависимое образование. Эндометриоз может быть врожденным, но чаще

приобретенный. Возникает в репродуктивный период, и может исчезать в

менопаузальном периоде, то есть он непосредственно связан с гормональной

функцией. Эндометриоз может быть в любых местах, но чаще всего в области

гениталий.

Классификация по локализации:

1. Экстрагенитальный эндометриоз: коньюктивы глаз, эндометриоз пупка,

эндометриоз кишки и других органов.

1. Генитальный эндометриоз

наружный (все что вне матки): эндометриоз яичников (шоколадные кисты

яичников), эндометриоз фаллопиевых труб, эндометриоз угла матки,

эндометриоз заднего свода влагалища, шейки матки, позадишеечный

эндометриоз. Часто бывают эндометриоидные очажки, рассыпанные по брюшине

малого таза - могут быть брюшине мочевого пузыря, брыжейке кишечника и т.д.

внутренний (как правило, эндометриоз тела матки или другое название

аденомиоз).

Эндометриоз является нетипичной, гормональнозависимой опухолью, и

отличается от злокачественных опухолей, тем что не обладает клеточным

атипизмом.

Существуют различные теории возникновения эндометриоза.

3. Одна из них имплантационная - эндометрий может имплантироваться из

матки, а также распространяться лимфогенно и гематогенно. Например, при

вскрытии эндометриодной кисты яичника. Имплантац ия эндометрия во время

операции, связанных со вскрытием полости матки - кесарево сечение,

консервативная миомэктомия, перфорация матки, то есть занос элементов

эндометрия в несвойственные ему места.

4. Вторая теория - теория эмбрионального происхождения. Сущность

заключается в эмбриобластическом происхождении опухоли из остатков

Мюллерова протока. Доказательством этой теории может служить наличие

эндометриоза в детском возрасте, сочетание его пороками развития

мочевыводящих путей.

5. Существует теория дисфункции иммунной системы: известно, что при

эндометриозе существует дисфункция иммунной системы, проявляющаяся Т-

клеточным иммунодефицитом (нарушение бластотрансформации лимфоцитов).

Считается, что такая супрессия обусловленна блокадой Т-клеток иммунными

комплексами. Иммунностимулирующая терапия, поэтому применяется в лечении

эндометриоза.

6. Миграционная теория. Считается, что клетки эндометрия попадают в

кровеносное русло и распространяются в другие органы. Считается что

эндометриоз пупка, костей, кишечника является мигрирующим.

Таким образом, единой теории нет. Однако существует ряд факторов, играющих

роль в развитии заболевания:

7. гормональные нарушения, которые связаны с нарушением синтеза и

содержания стероидных и гонадотропных гормонов. Возникает повышенная

продукция ФСГ, гиперэстрогения связанная с этими нарушениями, что

приводит к активной функции эндометриоидных клеток.

8. воспалительный фактор. Трудно сказать, что является первичным, а что

вторичным, либо воспалительные процесс способствовал активизации и

миграции клеток эндометрия, либо сам эндометриоз способствует развитию

перифокального воспаления и обеспечивается возникновения спаечного

процесса. Известно, что любая локализация эндометриоза сопровождается

воспалительной реакцией вокруг. Например, шоколадные кисты находятся в

очень тесной связи с листками широкой связки, областью дугласового

карман, и в силу своей тяжести они опускаются в дуглассов карман и

развивается спаечный процесс. Маленький очажок на брюшине также

сопровождается зоной инфильтрации, гиперемии вокруг очажка.

9. наследственные факторы. Также как при миоме имеет значение

наследственный фактор (может прослеживаться в трех поколениях).

10. аномальное положение матки. Ретрофлексированное положение матки

способствует забросу менструальной крови в первые дни, когда еще

внутренний зев спазмирован. Через маточные трубы менструальная кровь

забрасывается в брюшную полость. Атрезия цервикального канала,

внутреннего зева - возникают после выскабливания (происходит реактивное

воспаление и слипание стенок) ведет в гематометра, и заброс крови.

Американские авторы подтвердили, что излитие менструальной крови в

брюшную полость ведет к возникновению эндометриозу.

Клинические проявления аденомиоза. Встречается чаще диффузный, чем

узловой. Различают 3 степени аденомиоза в зависимости от инвазии в

различные слои. Небольшое врастание в мышечную ткань - первая степень.

Вторая степень - врастание во всю мышечную ткань. Третья степень -

прорастание до серозного слоя. Это проявляется отдельно существующих

полостей между мышечными волокнами. Эти полости бывают разных размеров, они

как правило окружены соединительнотканными оболочками. Между

соединительнотканными волокнами и отмечаются полости наполненные черной

тягучей жидкостью. Как правило, клинические проявления аденомиоза тяжелы,

сопровождаются рядом четких проявлений и симптомов.

11. В связи с гормональными нарушениями возникают мажущие кровянистые

выделения до и после менструации.

12. Кровотечение во время месячных (обильные меноррагии), в связи с чем

нарастает вторичная анемия.

13. Болевой синдром выражен при любых локализациях, носит циклический

характер чем и отличается от кист яичников, миомы матки. Перед

менструацией происходит активная секреция в очагах эндометриоза и

возникают распирающие боли. Как только начинаются менструации происходит

излитие крови, резорбция из этих очагов и боли стихают. Могут поражаться

тазовые сплетения. Может быть ощущение тяжести внизу живота, чувство

распирания; дизурические явления. Появляются тенезмы , и связанные с ними

нарушения дефекации. Эти нарушения также носят циклический характер.

14. Кровотечение не уменьшается после диагностического выскабливания

полости матки.

При исследовании кроме небольшого увеличения матки мы ничего не находим,

что говорит о возможно начальной стадии эндометриозе. При бимануальном

исследовании: увеличение матки, неровная поверхность, плотная консистенция,

болезненность при исследовании.

УЗИ: не дает яркой картины.

Гистеросальпингография: извилистые ходы в толще миометрия.

Больше никаких специальных исследований данных об эндометриозе не дают.

Лечение. Показанием к оперативному лечению является наличие аденомиоза 3

степени, прогрессирующее увеличение матки, сочетание аденомиоза с наружным

эндометриозом, прогрессирующая гиперполименорея, отсутствие эффекта от

проводимого лечения.

Предполагаемый объем операции: целесообразно проводить экстирпацию матки,

вопрос о придатках матки решается во время операции ( если женщина молодая,

то важно сохранить шейку матки и яичника). Очень важное значение имеет

обнаружение эндометриоидных кист яичника - шоколадные кисты. Клинические

проявления эндометриоза придатков не всегда имеют место (50%). Уменьшение

или увеличение (перед менструацией) размер кисты увеличивается, что

позволяет проводить дифференциальную диагностику между с ретенционными

кистами, с кистомами. Эти кисты содержат измененную кровь, могут быть

единичные, многокамерные и т.д. Капсула обычно плотная, содержимое типа

шоколада.

Диагностика связана с появляющимися болями, бесплодием, данными УЗИ и

т.д.

Эндометриоз маточных труб диагностировать очень трудно. При

гистеросальпинграфии определяются законтурные тени, то есть от основного

контура имеются извилистые ходы.

Эндометриоз брюшины и клетчатки заднего свода - ретроцервикальный

эндометриоз (позадишеечный эндометриоз). По началу больные могут не ощущать

этого заболевания. Имеется боль при половых контактах, распирающие боли во

время менструации, появление тенезмов во время менструаций. Довольно часто

запоры, болезненная дефекация. Нередко возникает стенозирование кишки,

прорастание кишки, кровотечение из кишки. При ректороманоскопии (является

необходимым исследованием при такой локализации) можно выявить втяжение

слизистой стенки прямой кишки, иногда очаги эндометриоза. Также

закономерна для этой формы цикличность боли.

Эндометриоз шейки матки, как правило виден, особенно в предменструальные

дни. Связан с травматическим повреждением - диатермокоагуляция,

диатермоэксцизия и т.п. На месте неизмененного эпителия видны ярко красные

глазки 1-2 мм в диаметре. Эти глазки перед менструацией начинают

кровоточить, что можно увидеть при осмотре в зеркалах.

Лечение.

В лечении эндометриоза основу составляет гормональная терапия. Хорошо

зарекомендовали себя синтетические прогестины - используются в циклическом

режиме, чаще всего используются норкалут, регивидон (в режиме 25 через 5,

или в режиме поддержания второй фазы цикла с 12 по 17 дни). Применяется в

течение 5-6 циклов. Курсы могут длительными или прерывистыми по 5-6

месяцев. Можно сочетать с оксипрогестерон капронатом (по 250 мг) -

поддержание второй фазы цикла. Лечение проводится систематически, до

получения эффекта. Эндометриоз рецидивирует и поэтому лечение надо

постоянно повторять.

Сейчас появляются новые препараты - ингибиторы гипофизарных гормонов (ФСГ,

ЛГ) - таназол, золадекс. Эти препараты ингибируют функцию выработку

гипофизотропных гормонов, обеспечивающих дисбаланс при эндометриозе.

Атрофируются очаги эндометриоза. Эти препараты вызывают медикаментозный

кастрационный синдром (золодекс наиболее активен в этом плане). Золодекс

действует 28 дней, вводится под кожу живота 1 раз в 28 дней. На курс

лечения требуется 6 ампул (одна ампула стоит 250 долларов).

Используют всегда с противоспалительным лечением - тиосульфат натрия,

электофорез с гидрокортизоном, лидазой, и т.д. Используют имммунокорректоры

(декарис), УФО крови, антиоксиданты - токоферол. Можно применять радоновые

ванны.

При неуспешном лечении надо решать вопрос об оперативном лечении. После

оперативного лечения проводят противорецидивную терапию.

Позадишеечный эндометриоз гормональному лечению не подвергается. Самая

главная задача - снять воспаление (противоспалительная терапия,

рассасывающая терапия), так как оно часто способствует формированию

стриктурам мочеточников, прямой кишки и т.д. С помощью лапароскопической и

эндоскопической техники можно коагулировать мелкие очаги эндометриоза, а

далее проводят противорецидивную терапию.