Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст 50 лет

Семейное положение: замужем

Профессия: бармен

Место работы: пансионат

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления 23.02.97.

**Жалобы на момент курации**: на постоянные тянущие боли внизу живота, которые появились примерно полгода назад. При физической нагрузке усиливаются, не иррадиируют; на кровянистые, темные скудные выделения в течение последних 7 дней.

**Анамнез жизни**: родилась в городе Ленинграде в 1947 году. Родилась вторым ребенком в семье (всего в семье 2 детей). Перенесенных детских инфекций не помнит. В школу пошла в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала, училась хорошо. В юношеские годы развивалась нормально. Материально-бытовые условия были удовлетворительными. После окончания школы закончила торговый техникум. Трудовую деятельность начала в 18 лет. Работала секретарем на заводе, последние 3 года работает барменом. В настоящее время проживает в отдельной квартире, материально-бытовые условия удовлетворительные. Питается на работе, горячей пищей. Муж здоров. Мать страдает стенокардией, отец умер от инфаркта миокарда.

*Аллергологический анамнез*: непереносимость лекарственных средств и бытовых веществ не отмечает.

*Эпидемиологический анамнез*: за пределы Ленинградской области последние 6 месяцев не выезжала. Гемотрансфузий не было. Внутримышечные, внутривенные, подкожные инъекции отрицает. Инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

*Привычные интоксикации:* курит с 30 лет по 3-4 сигареты в день, алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков отрицает.

*Наследственность:* заболеваний, передающихся по наследству, у родственников отрицает.

**Специальный анамнез**. Первые месячные появились в 15 лет; установились сразу. Характер менструального цикла был: 29-30 по 4-5 дней, менструации слабо болезненные, умеренные.

Половую жизнь начала с 16 лет вне брака. Характер менструаций после начала половой жизни не изменился. Взаимоотношения с родителями мужа удовлетворительные. Применяла биологическую контрацепцию.

Имела 16 беременностей, 15 из которых закончились искусственным абортом по социальным показаниям. Первая беременность закончилась срочными родами, послеродовый период протекал без осложнений. Менопауза с 45 лет, климактерический период протекал без особенностей. Какие-либо гинекологические заболевания отрицает.

**Анамнез данного заболевания**. Считает себя больной с сентября 1996 года, когда впервые появились тянущие боли внизу живота, возникающие при физической нагрузке, самостоятельно проходящие. По этому поводу к врачу не обращалась, самостоятельно препаратов не принимала. С ноября боли приняли постоянный характер, усиливались при физической нагрузке. Интенсивность болей не изменилась (умеренная). К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась. С 13 января появились темные, скудные, кровянистые выделения, которые прекратились на фоне приема нон-овлона. По этому поводу к врачу не обращалась. С 22 февраля отмечает подобные выделения в течение 7 дней. По этому поводу обратилась в женскую консультацию по месту жительства, откуда была направлена для дальнейшего обследования и лечения в гинекологическое отделение больницы Петра Великого с предварительным диагнозом - фибромиома матки.

Общий осмотр: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Волосяной покров равномерный, соответствует полу. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, влажный, чистый, сосочки выражены. Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 165 см, вес 60 кг.  
 Сердечно-сосудистая система: Пульс симметричный, частотой 76 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и не напряжен. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные; соотношение тонов не изменено. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст.  
 Дыхательная система: Тип дыхания - грудной. Форма грудной клетки - правильная. Грудная клетка эластичная, безболезненная. Дыхание везикулярное.  
 Пищеварительная система: Живот умеренно-болезненный в гипогастральной области. В остальных областях живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени закруглен, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторные границы не изменены.  
 Мочевыделительная система: В области поясницы видимых изменений нет. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

## Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Слизистая входа во влагалище обычного цвета, влажная, чистая.

## P.S. Шейка матки покрыта неизмененной слизистой, выделения кровянистые, умеренные. Наружный зев закрыт, овальной формы. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений.

## P.V. Шейка матки цилиндрической формы, форма матки в ante versio, увеличена до 11-12 недель, плотная, бугристая, подвижная, безболезненная. Придатки не увеличены, своды влагалища глубокие.

Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.  
   Эритроциты- 4,3х1012/л  
   Hb- 122 г/л  
   Цвет. показатель- 0,98  
   Лейкоциты- 10х109/л  
    эозинофилы- 1%  
    палочкоядерные- 1%  
    сегментоядерные- 66%  
    Лимфоцитов- 29%  
    Моноцитов- 3%  
   CОЭ- 8 мм/ч
2. Биохимический анализ крови.  
   Общ. белок 72 г/л  
   Альбумины 62  
   α1 3, α2 9, β 12, γ 8  
   Калий 4,1 мкмоль/л  
   Креатинин 73 ммоль/л   
   Билирубин общ. 12 мкмоль/л  
   Сахар 3,9 ммоль/л
3. Анализ мочи.  
   Цвет желтый Белок 0  
   Прозрачность прозрачная Сахар 0  
   Реакция кислая Уробилин (-)  
   Уд. вес 1,026 Желч. пигменты (-)  
   Лейкоциты 3-5 в поле зрения  
   Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения  
   Эпителий плоский 1-4 в поле зрения
4. Цитологическое исследование.  
   Цервикальный канал - типический цервикальный эпителий, кровь. Шейка матки - типический плоский эпителий, кровь. Влагалище - преобладание промежуточных клеток, кариопикнотический индекс 35%.
5. Исследование на гонококк.  
   Уретра эпителий 5-10 Цервикальный канал эпителий 5-10  
    лейкоциты 5-10 лейкоциты 10-20  
    флора Гр (-) флора Гр (-)  
   Гонококки не обнаружены.

**Результаты инструментальных исследований:**

УЗИ органов малого таза. Матка увеличена, размеры 71-49-56, фиброматозные узлы, контур ровные. В полости матки у дна округлый узел, выполняет всю полость, диаметром 49 мм, пониженной эхогенности, однородной структуры. Эндометрий виден - 3 мм. Яичники - правый не визуализируется, левый - 18 на 15 мм, однородной структуры. Заключение: Фибромиома матки, субмукозный узел.

**Дифференциальный диагноз.**

У данной больной ведущими симптомами заболевания являются постоянные, тянущие боли внизу живота, скудные кровянистые выделения, возникшие в менопаузальный период. Данные симптомы могут встречаться при раке тела матки, с которым необходимо дифференцировать фибромиому матки.

Для рака тела матки наиболее характерным симптомом в начальных стадиях заболевания является появление "молочных" белей, чего у нашей больной не отмечалось. Кровянистые выделения при раке тела матки носят контактный характер или появляются после физической нагрузки. У нашей больной кровянистые выделения носят неконтактный, постоянный характер. Боли при раке тела матки в зависимости от стадии опухолевого процесса носят различный характер: в ранних стадиях заболеваниях боли носят схваткообразный характер, после которых появляются патологические выделения (гной, кровь); в дальнейшем боли становятся ноющими, усиливающимися в ночное время; кроме того, появляются нарушения со стороны соседних органов. Хотя при фибромиоме схваткообразные боли могут иметь место при рождении субмукозного узла, тем не менее, после этих болей нет патологических выделений. Так как рак тела матки является злокачественным новообразованием, то он будет характеризоваться быстрым прогрессированием опухолевого процесса (прорастание в соседние органы, появление лимфогенных и гематогенных метастазов), а соответственно появлением симптомов поражения не только соседних органов, но и отдаленных органов и систем, а также проявлением раковой интоксикации. Окончательный диагноз рака тела матки может быть верифицирован гистологическим исследованием. Таким образом, на основании различий в клинической картине заболевания, данных объективного и инструментального обследований можно исключить диагноз рак тела матки у данной больной.

Постоянные тянущие боли внизу живота, усиливающиеся при физической нагрузке также наблюдаются при неосложненной псевдомуцинозной кистоме. Возраст больной является характерным для возникновения данной патологии, поэтому необходимо дифференцировать фибромиому с псевдомуцинозной кистомой. При не осложненной псевдомуцинозной кистоме нет кровянистых выделений, при бимануальном исследовании в области придатков матки определяется овальное, многокамерное образование эластической консистенции, с узловатой поверхностью, что визуализируется при ультразвуковом исследовании. Кроме того, частым осложнением псевдомуцинозной кистомы является полный перекрут ножки, что сопровождается картиной острого живота. У нашей больной при бимануальном исследование определяется образование в полости матки, что подтверждается данными УЗИ. Таким образом, диагноз псевдомуцинозной кистомы должен быть исключен из ряда возможных у нашей больной.

На основании наличия постоянных тянущих болей внизу живота, усиливающихся при физической нагрузке, скудных, темных, кровянистых выделений; на основании объективного исследования: при бимануальном исследовании определяется увеличенная матка до 11-12 недель, бугристая, плотная, безболезненная; а также данных УЗИ (определяется одиночный, округлый, субмукозный узел, выполняющий всю полость матки, диаметром 49 мм, однородной структуры) можно поставить окончательный клинический диагноз - Фибромиома матки. Одиночный, субмукозный узел.

Для верификации диагноза и определения объема оперативного вмешательства больной необходимо провести диагностическое выскабливание с последующим цитологическим исследованием.

**Этиология и патогенез.**

Миома матки - доброкачественная, гормонозависимая опухоль, развивающаяся из мышечной ткани. Миома матки является наиболее распространенным заболеванием. Среди гинекологических больных миома матки наблюдается у 10-27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1-2.5% женщин.

Миома матки состоит из различных по своим размерам миоматозных узлов, располагающихся во всех слоях миометрия. Миоматозные узлы претерпевают ряд последовательных этапов развития:

1. первая стадия - образование активного зачатка роста
2. вторая стадия - быстрый рост опухоли без признаков дифференцировки (узелок, определяемый микроскопически)
3. третья стадия - экспансивный рост опухоли с ее дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяемый узелок).

Активные зоны роста располагаются вокруг тонкостенного сосуда и характеризуются высоким уровнем обмена и повышенной сосудистой проницаемостью, что может способствовать развитию миомы матки.

При микроскопически определяемом узелке на периферии наблюдаются морфогистохимические изменения, характерные для активных зон роста.

Каждая миома матки является множественной. Располагаются миоматозные узлы преимущественно (95%) в теле матки и гораздо реже (5%) - в шейке. По отношению к мышечной стенке тела матки различают три формы миоматозных узлов: подбрюшинные, межмышечные и подслизистые. Субсерозный узел берет свое начало из подбрюшинного слоя миометрия, межмышечный - из среднего, подслизистый - из глубокого слоя. Рост миоматозных узлов происходит в сторону брюшной полости или полости матки. Миоматозные узлы, располагающиеся ближе к внутреннему зеву матки, могут расти по направлению боковой стенки малого таза, располагаясь между листками широкой связки (интралигаментарно).

Наиболее быстрым ростом обладают межмышечные и подслизистые миоматозные узлы; при этом межмышечные узлы нередко достигают больших размеров.

По морфологическим признакам различают простую миому матки, развивающуюся по типу доброкачественных мышечных гиперплазий, пролиферирующую миому, истинную доброкачественную.

Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени окончательно не решен. До сравнительно недавнего времени полагали, что в развитии миомы матки важную роль играет гиперэстрогения. Однако новейшими исследованиями установлено, что повышенное содержание эстрогенов наблюдается далеко не у всех больных, а ведущим факторов в развитии миомы матки является нарушение метаболизма эстрогенов (преобладание эстрона и эстрадиола в фолликулиновой, а эстриола в лютеиновой фазе цикла) и функции желтого тела. Важную роль в возникновении и развитии миомы матки, являющейся гормональнозависимым новообразованием, играют нарушения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка. Подобные нарушения могут носить первичный характер либо по закону обратной связи эти органы вовлекаются в патологический процесс вторично.

Развитие и рост миомы во многом обусловливаются состоянием рецепторного аппарата матки. Специфические белки (рецепторы), вступая в связь с гормонами, образуют комплекс эстроген-рецептор или гестаген-рецептор. Нарушения рецепторного аппарата могут способствовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный). Как и при всяком патологическом процессе, изменение кровоснабжения ведет к существенным нарушениям функционального состояния органа. У больных с миомой матки наблюдается выраженные изменения гемодинамики малого таза, что является одним из факторов, способствующих более благоприятному развитию опухоли.

В генезе миомы матки играют роль изменение иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции (хронический воспалительный процесс придатков матки, тонзиллогенная интоксикация, ревматизм и др.), а также наследственная предрасположенность.

Таким образом, патогенез миомы матки очень сложен. В развитии заболевания играют существенную роль нарушения гипоталамо-гипофизарной системы функции яичников, надпочечников, щитовидной железы. гормональные сдвиги в ранних стадиях развития опухоли нерезко выражены, что обусловлено адаптационной способностью организма. Однако по мере развития миомы матки, снижения компенсаторных механизмов на первый план начинают выступать более глубокие нарушения функции многих эндокринных желез, играющих важную роль в развитии этой опухоли.

У больных миомой матки отмечается снижение активности и резервных возможностей симпатико-адреналовой системы, что отражает компенсаторно приспособительные возможности организма в условиях развития патологического процесса.

Предрасполагающими моментами в развитии миомы матки являются преданемические состояния и железодефицитная анемия. Наблюдаемые у больных с миомой матки подобные гематологические сдвиги вызывают нарушение окислительно-восстановительных процессов в организме женщины и тем самым создают более благоприятные условия для роста миомы.

Следовательно, миома матки является полигландулярным заболеванием, при котором в патологический процесс вовлечены многие органы и системы женского организма.

Подтверждением вовлечения в патологический процесс гипоталамо-гипофизарной системы служат нарушения функции щитовидной железы, молочных желез, надпочечников.

Так, при наличии миомы матки у 2/3 больных обнаруживают фиброзно-кистозную мастопатию, реже кисты, фиброаденомы. У половины больных с миомой матки отмечаются нарушения функции щитовидной железы, часто сопровождающиеся повышением ее функции.

Важную роль в патогенезе миомы матки играют нарушения функции яичников, подтверждением чего служит и обнаружение мелкокистозных изменений яичников у 50-60% женщин в этой группе больных.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число | Текст дневника | Назначения |
| 27.02. Т. У. 36,6°  В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 68 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот слабо болезненный при пальпации гипогастральной области. Физиологические отправления в норме. | Диета 1. Режим постельный. |
| 28.02. Т. У. 36,8°  В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 78 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот слабо болезненный при пальпации гипогастральной области. Физиологические отправления в норме. |  |
| 1.03. Т. У. 36,6°  В. 36,7° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 70 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот слабо болезненный при пальпации гипогастральной области. Физиологические отправления в норме. |  |

29 февраля 1997. Операция - раздельное диагностическое выскабливание. Внутривенный наркоз. В асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы. Через расширенную до №11 Гегара кюретками №2 и 4 выполнено выскабливание. Полость матки ровная. Соскоб обильный. Часть соскоба эндометрия отправлена на цитологическое исследование.

**Этапный эпикриз.**

Пациентка Ровенская Валентина Николаевна, 50 лет, поступила в клинику гинекологии больницы Петра Великого с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, которые появились примерно полгода назад. При физической нагрузке усиливаются, не иррадиируют; на кровянистые, темные скудные выделения в течение последних 7 дней.

В клинике было произведено обследование - клинический и биохимический анализы крови, УЗИ органов малого таза, специальные гинекологические исследования. На основании наличия постоянных тянущих болей внизу живота, усиливающихся при физической нагрузке, скудных, темных, кровянистых выделений; на основании объективного исследования: при бимануальном исследовании определяется увеличенная матка до 11-12 недель, бугристая, плотная, безболезненная; а также данных УЗИ (определяется одиночный, округлый, субмукозный узел, выполняющий всю полость матки, диаметром 49 мм, однородной структуры) можно поставить окончательный клинический диагноз - Фибромиома матки. Одиночный, субмукозный узел.

Для окончательной верификации диагноза было произведено диагностическое выскабливание полости матки. Больной показано оперативное лечение - консервативная миомэктомия. Прогноз при правильно выполненной операции благоприятный. Профилактика осложнений и рецидива заболевания заключается в наблюдении в женской консультации, своевременное направление для дальнейшего лечения. После оперативного лечения возможно полное восстановление трудоспособности. Больной показано оперативное лечение.