1. **ЖАЛОБЫ**

На постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, усиливающиеся при физической нагрузке, слабость, недомогание.

1. **АНАМНЕЗ**

Родилась в Минске в семье 3 по счету ребенком. Росла здоровым, крепким ребенком. В физическом и умственном развитии не уступала сверстникам. В детстве болела редко. Посещала детский сад. Учиться начала с 7 лет. Закончила 10 классов, после чего училась в техникуме. С 18 лет. Работала товароведом. Живет в муниципальном доме со всеми удобствами, условия быта удовлетворительные. Характер питания удовлетворительный, физкультурой и спортом не занимается. Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, курение, злоупотребление алкоголя, употребление наркотиков отрицает.

Непереносимость лекарственных и бытовых химических веществ, пищевую аллергию отрицает. Операция гемотрансфузии не производилась.

Контакт с лихорадящими больными за последний месяц, желтушными больными за последние 35 дней, с лицами, имевшими желудочно-кишечные расстройства за последние 7 дней до начала заболевания отрицает.

Родители живы, здоровы. Туберкулез, злокачественные новообразования, психические заболевания и алкоголизм у родителей отрицает.

В 1981 г. перенесла операцию по поводу аппендицита.

**Гинекологический анамнез**

Менархе в 14 лет, цикл установился сразу, менструации через 23 дня по 5 дней, безболезненные, обильные. После начала половой жизни, родов, абортов характер цикла не изменился. После родов цикл восстановился через 4 месяца. Последняя менструация была 8 февраля 2004 г. Половую жизнь начала в 17 лет. Замужем с 17 лет. Половой партнер здоров. Предохранялись от беременности, используя презервативы и прерывание полового акта.

Детородная функция:

Беременностей две, беременность в 18 лет, закончилась родами. Родился здоровый ребенок. Течение послеродового периода без особенностей.

Последующая беременность закончилась абортом. Течение послеабортного периода без особенностей.

Перенесенные гинекологические заболевания: состоит на диспансерном учете в течение 5 лет по поводу миомы матки.

1. **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

Больной себя считает с 1999 г., когда при профилактическом осмотре было выявлено увеличение матки до 7-8 недель беременности. После чего больная была поставлена на диспансерный учет, который проходила ежегодно, но роста матки не было.

В 2003 году при очередном профосмотре обнаружился рост матки с ее увеличением соответственно 12-13 неделям беременности – беременности нет. Появились жалобы на постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, усиливающиеся при физической нагрузке, слабость, недомогание. В декабре 2003 года в плане предоперационного обследования было проведено РДВ:

1. из “C” – обрывки эндоцервикса

2. из “U” – эндометрий соответствующий фазе поздней секреции.

Назначено полное клинико - диагностическое обследование в установленном порядке.

Больная направлена в гинекологическое отделение роддома № 1 для планового оперативного лечения.

Показания к операции: миома матки, быстрый рост( за год увеличение на 6 нед.)

**4. ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Выражение лица доброжелательное. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормостеническое, рост 168 см, вес 82 кг. Температура тела 36,6°С.

Лицо не одутловатое, бледное. Склеры белые, инъецированность отсутствует. Кожа тела чистая, бледная, слегка влажная, тургор умеренный. Рубцы, следы от расчесов, пальмарная эритема, сосудистые звездочки, варикозное расширение вен отсутствуют. Послеоперационный шов внизу живота прикрыт повязкой. Слизистые полости рта, языка розовые, чистые. Подкожная клетчатка развита умеренно, толщина складки на животе составляет 1,5 см.

При пальпации определяются подчелюстные лимфатические узлы размером 0,7 см, эластичные, не спаянные с окружающей клетчаткой, безболезненные. Подмышечные, лимфатические узлы размером 1,0 см, эластичные, не спаянные с окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации.

Мышцы при пальпации эластичные, безболезненные.

Кости при пальпации и перкуссии безболезненные. Нарушения развития костного скелета отсутствуют.

Суставы нормальной конфигурации, пассивные и активные движения сохранны в полном объеме, безболезненны.

*Нервная система*

Сознание ясное. Больная ориентирована в месте и времени. Патология со стороны черепно-мозговых нервов не выявляется: обоняние, вкус, зрение слух, координация движений, речь, чтение, письмо не нарушены

*Органы дыхания*

Голос звонкий. Смешанный тип дыхания, средней глубины с частотой 20 дыхательных движений в минуту. Дополнительная мускулатура в дыхании не участвует. Грудная клетка нормостеническая, симметрична. Искривление позвоночника отсутствует. Межреберные промежутки шириной 1,0 см, в боковых отделах грудной клетки имеют умеренно косое направление.

При пальпации грудной клетки болезненность отсутствует, голосовое дрожание симметрично, ощущение трения плевры отсутствует, грудная клетка эластична, резистентна.

При сравнительной перкуссии перкуторный звук над симметричными областями легочный. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого определяется на уровне 6 ребра по среднеключичной линии,8 ребра по средней подмышечной линии, 10 ребра по лопаточной линии, нижняя граница левого легкого определяется на уровне 8 ребра по средней подмышечной линии, 10 ребра по лопаточной линии. Экскурсия нижнего края правого легкого составляет 3,5 см, левого легкого 3,5 см по средней подмышечной линии. Ширина поля Кренига справа =3,5 см, слева = 4,0 см, высота стояния верхушки правого легкого спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка; левого легкого спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

При аускультации над симметричными областями дыхание везикулярное, хрипы, шум трения плевры отсутствуют. Бронхофония симметричная.

*Система органов кровообращения*

При осмотре область сердца без деформации, правожелудочковый толчок, пульсация брюшной аорты, пульсация крупных сосудов шеи визуально не определяется.

При пальпации области сердца левожелудочковый толчок расположен на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, положительный, умеренной силы, площадью 2,0 см. Пульс умеренного наполнения и напряжения, с ЧСС 80 ударов в минуту. Частота пульса на правой руке равна частоте пульса на левой руке.

При перкуссии правая граница относительной сердечной тупости на 1,0 см правее края грудины, верхняя граница - на уровне 3 ребра, левая граница - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка составляет 5,5 см. Конфигурация сердца не изменена.

При аускультации тоны сердца средней громкости, экстратоны, шумы не определяются, ритм правильный с частотой 68 ударов в минуту. При аускультации крупных сосудов шеи, плечевой и бедренной артерий, сосудов брюшной полости и почек патологические шумы не определяются. Артериальное давление 110/75 мм рт.ст. на правой руке, 120 /80 мм рт.ст. на левой руке.

*Система органов пищеварения*

При осмотре слизистая рта, языка розовые, чистые. Участки гиперпигментации, гирсутизм, пальмарная эритема, сосудистые звездочки не определяются. Форма ногтей нормальная. Живот округлой формы, симметричный, принимает участие в акте дыхания. Акт глотания безболезненный, нарушений глотания твердой и жидкой пищи не отмечается. Стул со слов больной нормальный, оформленный, 1-2 раз в день.

Грыжа белой линии, грыжи другой локализации отсутствуют. Болезненность в области желчного пузыря, поджелудочной железы не определяется. Селезенка пальпаторно не определяется. Свободная жидкость в брюшной полости пальпаторно не определяется.

Верхняя граница печени определяется на уровне 6 ребра по правой окологрудинной линии, на уровне 6 ребра по правой среднеключичной линии, на уровне 7 ребра по правой передней подмышечной линии справа, нижняя - на уровне 10 ребра по правой передней подмышечной линии, на уровне реберной дуги по правой среднеключичной линии, на 3 см ниже края мечевидного отростка. Размер печени по Курлову 9х8х7 см, размер селезенки 4х6 см. При аускультации определяется умеренно выраженная перистальтика.

*Система органов мочеотделения*

При осмотре пастозность, параорбитальные отеки, припухлость области почек не выявляются. Моча со слов больной желто-соломенного цвета, мочеиспускание безболезненной, регулярное, суточный диурез составляет 1200-1500 мл.

При пальпации мочеточниковые точки безболезненны, почки пальпаторно в положение стоя и лежа не определяются. Симптом поколачивания области почек отрицателен.

При перкуссии верхняя граница мочевого пузыря определяется на 1,5 см выше лобкового симфиза.

При аускультации сосудов почек патологические шумы не определяются.

*Эндокринная система*

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту. Щитовидная железа визуально не определяется, при пальпации эластичной консистенции, безболезненна.

 **Гинекологический статус**

 Наружные половые органы развиты правильно, без видимые патологи-

ческих изменений. Оволосение по женскому типу, умеренное. Кожные пок-

ровы обычной окраски, чистые. Слизистая входа во влагалище розовая ,

чистая.

 В зеркалах: Слизистая влагалища обычной окраски без видимых пато-

логических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный

зев щелевидный. Выделения из половых путей светлые слизистые.

 При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей, слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Матка в anteflexio, увеличена до 12/13 недель беременности, бугристая ограничена в смещении безболезненная. Придатки не пальпируются, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

 При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные.Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Диагноз: Миома матки.

**5.План обследования**

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. кровь на группу и резус-фактор
4. кровь на реакцию Вассермана,
5. флюорография
6. ЭКГ
7. консультация терапевта
8. биохимическое исследование крови (сахар, белок, билирубин, мочевина)
9. куогулограмма
10. УЗИ органов малого таза
11. Мазок на чистоту влагалища
12. Мазок из “C” и “U”
13. Мазок на онкоцитологию
14. Посев на флору и чувствительность к антибиотикам из влагалища
15. Кольпоскопия
16. Ретроманоскопия

**6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | Миома матки | Беременность | Саркома матки | У больной |
| 1. Возраст | Чаще после 30 лет | Репродуктивный возраст (чаще от 18 до 30 лет) | 41-50 лет | 49 лет |
| 2. Характер менструации | Меноррагия | Отсутствует | Ациклические кровотечения | Меноррагия |
| 3.болевой синдром | Может быть | Нет | Характерен | Выражен |
| 4. Характер роста | Медленный | Характерный для беременности | Быстрый рост | Медленный |
| 5. Размер матки | Увеличена, бугристая | Равомерное увеличение | Увеличена | Увеличена с бугристой поверхностью |
| 6. Консистенция | Плотная | Мягковатая | Плотная с участками размягчения | Плотная |
| 7. Наличие и характер белей | Не характерны | Могут быть | Гнилостного характера, упорные | Нет |
| 8. анемия | Может быть | Может быть | Резкая | Выражена |
| 9. Общее состояние | Может быть слабость, связанная с анемией | Характерно: тошнота, рвота, извращение вкуса | Резкая слабость, похудание вплоть до кахексии | Слабость, недомогание |
| 10. Связь анемии с кровотечением | Прямая | Нет | Нет | Прямая |
| 11. СОЭ | Не изменено | Не изменено | Ускорено | В пределах нормы |
| 12. УЗИ | Наличие одного или нескольких узлов | Плодное яйцо с сердцебиением | Узел не однородной структуры | Наличие нескольких узлов |

Заключение: данные проведенного дифференциального диагноза свидетельствуют в пользу диагноза Миома матки.

**7. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

1. ОАК

 норма

 Hb 110 г/л 120-140 г/л

 Эритроциты 3,0x10\*12/л 4 - 5х10\*12/л

 ЦП 1,0 0,9-1,1

 СОЭ 14 мм/ч 2 - 15 мм/ч

Лейкоциты 5,8х10\*9/л 4-9х10\*9/л

 палочкоядерные 1% 1-6%

 сегментоядерные 62% 47-72%

эозинофилы 6% 1-5%

 лимфоциты 28% 20-37%

 моноциты 3% 3-11%

 базофилы 0% 0-1%

Заключение: в крови снижена концентрация гемоглобина и снижено число эритроцитов, что свидетельствует об анемии.

1. ОАМ

 Цвет соломенно-желтый соломенно-желтый

 Прозрачность прозрачная прозрачная

 Удельный вес 1,008 1,020-1,026

 Белок отсутствует отсутствует

 Эпителий 0-1 0-3 п/з

 Лейкоциты 0-1 1-2 п/з

 Эритроциты единичные единичные

 Слизь - отсутствует

 Цилиндры - отсутствуют

1. Мазок на чистоту влагалища

 Результат анализа: 3 степень чистоты

4.Посев на флору и чувствительность к антибиотикам из влагалища

Заключение:микрофлора не выделена.

5. Биохимический анализ крови.

 Общий белок - 70 г/л

 Общий биллирубин - 10.3 мкмоль/л

 Сахар - 5.2 ммоль/л

 Мочевина - 5.1 ммоль/л

 Креатинин - 0.08 ммоль/л

 Холестерин общий - 5.2 ммоль/л

 7. RW.

 Отрицательно.

 8. ФЛГ.

 Органы грудной клетки без патологии.

 9.ЭКГ.

 Без особенностей.

 10.Определение группы крови и Rh-принадлежности.

 Группа крови В(III)

 Rh (+), положительн.

 11. Мазок из “C” и “U”

 Гонококки не обнаружены.

 12. Мазок на онкоцитологию

мазок без особенностей

 13. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 70%

 Тромботест - V

 Фибриноген - 3.75 г/л

 Время образования сгустка - 7'

 Фибринолитическая активность - 240 мин

 Фибриноген В – отриц.

 AЧТВ – 30

14. Кольпоскопия.

Шейка покрыта МПЭ, без особенностей.

 **ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.**

*Клинический диагноз:*

Миома матки

Выставлен на основании:

1. жалоб больной на:

1. постоянные боли в нижнем отделе живота,
2. слабость, недомогание

2. данных анамнеза:

1. состоит на «Д» учете с диагнозом Миома матки в течение 5 лет.

3. данных объективного обследования:

1. бледность кожных покровов

4. данных влагалищного исследования:

1. матка увеличена до 12-13 недель, бугристая, плотной консистенции, безболезненна при пальпации, ограничена в подвижности.

5. данных лабораторного и инструментального обследования:

1. проведенного дифференциального диагноза с беременностью и саркомой матки.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Причины возникновения миомы матки до настоящего времени не установлены. До недавнего времени существовало мнение, что в развитии миомы матки важную роль играет гиперэстрогения. Однако последними исследованиями установлено, что повышенное содержание эстрогенов наблюдается не у всех больных, а ведущим фактором в развитии миомы матки является нарушение метаболизма эстрогенов и функции желтого тела. Определенную роль в возникновении и развитии миомы матки играют нарушения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка. Эти нарушения могут носить либо первичный характер, либо по закону обратной связи эти органы вовлекаются в патологический процесс вторично.

Развитие и рост миомы матки обусловливаются состоянием рецепторного аппарата матки. Нарушения рецепторного аппарата могут способствовать изменению характера роста опухоли.

В патогенезе миомы матки играют роль изменение иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции, а также наследственная предрасположенность.

Можно сделать вывод, что патогенез миомы матки очень сложен. В развитии заболевания играют существенную роль нарушения гипаталямо - гипофизарной системы, функции яичников, надпочечников, щитовидной железы. Подтверждением вовлечения в процесс гипоталамо- гипофизарной системы служат нарушения функции щитовидной железы, молочных желез, надпочечников. В ранних стадиях развития опухоли гормональные сдвиги нерезко выражены, что обусловлено адаптационной способностью организма. Однако по мере развития миомы матки, снижения компенсаторных возможностей на первый план начинают выступать более глубокие нарушения функции многих эндокринных желез, играющих важную роль в развитии опухоли.

У пациентов с миомой матки отмечается снижение активности и резервных механизмов симпатико- адреналовой системы, что отражает компенсаторно-

приспособительные возможности организма в условиях опухолевого роста.

Предрасполагающими моментами в развитии опухоли следует считать преданемические состояния и железодефицитную анемию. 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.

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

*План лечения*

1. Режим постельный
2. Стол № 0 (в течение первых двух суток после операции)
3. Обезболивающая терапия: Sol. Promedoli 2% 1,0 п/к на три дня по одной инъекции.
4. Инфузионная терапия:

Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 400 ml

 D.t.d.N. 5

 S.В/в капельно 2 раза в сутки.

 Rp.: Sol. Glucosi 5% - 400 ml

 D.t.d.N. 5

1. В/в капельно 2 раза в сутки

1. антибактериальная терапия

 Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4% - 2 ml

 D.t.d.N. 10 in amp.

 S. В/м по 2 мл каждые 8 часов в течение 3 дней.

Антибиотик, оказывающий бактериостатическое действие в отношение многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов.

6. Десенсибилизирующая терапия:

 Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1 ml

 D.t.d.N. 5 in amp.

1. По 1 мл внутримышечно
2. антикоагулянты

 Sol. Heparini 5000 ED 4раза в сутки п/к

Tab. Acidi Acetylsalicylici 0.5 по ½ табл 3раза в сутки

8. Витамины

 Rp.: Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 1 ml

 D.t.d.N. 20 in amp.

1. По 1 мл в/м 2 раза в день.

 Rp.: Sol.Tiamini chloridi 5% - 2 ml

 D.t.d.N. 20 in amp.

1. По 2 мл в/м 2 раза в день.

 Rp.: Sol.Riboxini 2%-10 ml

 D.t.d.N. 10 in amp.

 S. По 10 мл в/в 1 раз в день.

9. Профилактика тромбоэмболических осложнений: ранняя активация больной в кровати – повороты, присаживание, вставание; бинтование нижних конечностей эластическими бинтами.

Лапаротомия. Экстерпация матки с предатками. Эндотрахеальный наркоз. Операционное поле обрабатывалось 2-х кратно септоцидом.

Срединным продольным разрезом от лона до пупка послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии : матка увеличена до 12-13 недель беременности, со множеством субсерозных узлов по передней стенке от 6 до 4 см в диаметре. Левый яичник кистозно изменён в размерах 4\*5 см., правый яичник не изменён. Наложены зажимы Кохера с обеих сторон на собственные связки яичника, маточные углы туб, круглые связки матки, контрзажимы по рёбрам матки. Ткани между зажимами рассечены, зажимы заменены узловыми парными капроновыми лигатурами. Вскрыта пузырно- маточная складка брюшины, мочевой пузырь отодвинут книзу. Выделены сосудистые пучки маточных артерий и вен, рассечены между 2-мя зажимами Кохера ушиты капроновой лигатурой. Стенка передней части свода влагалища посередине фиксирована зажимами Кохера и вскрыта поперечным разрезом. Шейка матки фиксирована щипцами Дуфена, вывернута к верху, разрез расширен, края влагалищной раны фиксированы дополнительно зажимами Кохера, матка отсечена. Влагалище зашито узловатыми копроновыми швами.

Перитонизация культи влагалища за счёт широкой маточной связки, пузырно-маточной связки, брюшины. Кровопотеря 500 мл, брюшная полость осушена, произведён подсчёт инструментов, салфеток. Брюшная стенка ушита послойно наглухо - на кожу узловые капроновые лигатуры по Донати. Моча выведена катетером, прозрачная – 200мл.

Описание макро препората: удаленное образование представляет собой увеличенную и деформированную тремя миоматозными узлами матку до 12-13 нед. беременности. На разрезе матка без особенностей. Левый яичник кистозно изменен, увеличен в размере(6\*5 см.), правый яичник без особенностей.

Орган отправлен на гистологическое исследование.

Экспресс биопсия: лейомиома матки, со вторичными изменениями.

**ДНЕВНИК**

|  |  |
| --- | --- |
| 19.03.2004 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пульс 74 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 140/90 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. |

|  |  |
| --- | --- |
| 23.03.2004 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пульс 74 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 140/90 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. |

**9. Эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 36 лет, поступила в гинекологическое отделение роддома №1 11.04.04 года с жалобами на постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, усиливающиеся при физической нагрузке, слабость, недомогание. Направительный диагноз: Миома матки. Предварительный диагноз: миома матки, поставлен на основании жалоб больной и объективных данных - болевой синдром (постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, усиливающиеся при нагрузке), данных влагалищного исследования (матка увеличена до 12-13 недель, бугристая, плотной консистенции, безболезненна при пальпации, ограничена в подвижности.). Проведена дифференциальная диагностика с беременностью, саркомой матки. Клинический диагноз: миома матки. Диагноз поставлен на основании жалоб больной, анамнеза заболевания (слабость, недомогание, чувством тошноты), объективных данных - болевой синдром (постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота, усиливающиеся при нагрузке), данных влагалищного исследования (матка увеличена до 12-13 недель, бугристая, плотной консистенции, безболезненна при пальпации, ограничена в подвижности); данных клинико- лабораторных и инструментальных исследований .К моменту окончания курации проведено плановое оперативное лечение:12.03.2004 – операция нижняя срединная лапаротомия. Экстерпация матки с придатками

 Состояние больной после проведенного лечения заметно улучшилось. Прогноз в отношении жизни благоприятный.