|  |  |
| --- | --- |
| Гинекологическое отделение | Дата и время поступления 21.02.2013 г. |
| Роддома № 2 | Дата и время выписки продолжает болеть |
| Группа крови 2 | Палата № 3 |
| Резус принадлежность Rh- |  |

**КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № 440\_**

1. Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 07.09.1963г.(49 лет)
3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Кем направлена больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Доставлена в стационар по экстренным покпазаниям: нет
7. Диагноз направившего учреждения: Миома матки больших размеров
8. Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки больших размеров
9. Диагноз клинический: Миома матки больших размеров
10. Диагноз заключительный клинический

а) основной: миома матки больших размеров.

б) осложнение основного: нормохромная анемия легкой степени

в) сопутствующий: Артериальная гипертензия 2 риск 3; Язва 12 – ти перстной кишки в стадии ремиссии.

1. .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Название операции* | *Дата, час* | *Метод обезболивания* | *Осложнения* |
| Лапоротомия нижнесредняя экстерпация матки с придатками | 22.02.2013 845-1010 | Эндотрахеальный наркоз + НЛА + NO2 + О2 | Без осложнений |

1. Побочные действия лекарств: нет.
2. Исход заболевания: Выписана с улучшением.

**ЖАЛОБЫ**

При поступлении предъявляла жалобы на чувство сбавления от объемного образования в брюшной полости, периодические кровянистые выделения; затруднение глубокого вдоха. Слабость, недомогание.

**ANAMNESIS VITAE**

Наследственность: не отягощена

Росла и развивалась соответственно полу и возрасту, материально-бытовые условия удовлетворительные.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные и детские инфекции.С 205 года отмечает подъемы артериального давления. Выставлен диагноз артериальная гипертензия 2 риск 3. Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз, сахарный диабет отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредные привычки отрицает.

Месячные с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дней, через 30 дней, умеренно обильные, безболезненные, регулярные. Последние месячные –12.02.2013г.

Выделения из половых кровянистые, появляются при поднятии тяжести, не связаны с менструальным циклом, окружающие ткани не раздражают.

Половая жизнь с 19 лет, регулярная, в браке. Боли при половом сношении - не испытывает. Методы контрацепции – барьерная (мужской презерватив).

Беременностей - 1. Роды –1.Аборты-0.Выкидыши-0 Беременность наступила через 9 лет после начала половой жизни. Беременность закончилась в 1990 году естественными родами в сроке 39 нед. двойней. протекала без особенностей.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной около 4 лет, когда в плановом порядке была осмотрена гинекологом ЖК где и была диагностирована миома матки размером до 20 мм . Лечения и профилактики миом не проводила. В 2011 году была госпитализирована в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом тяжелая анемия ( Hb 68 г/л) бало проведено полное обследование с УЗИ органов малого таза по результатом которого констатирован рост миомы матки. От хирургического лечения отказалась. В 2013 году в связи с затруднением дыхания обратилась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, где после обследования было дано направление на госпитализацию в гинекологическое отделение 2-го роддома г. Витебска.

**STATUS PRAESENS**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, рост 165см, вес 72 кг., тип конституции – нормостенический. Кожа и слизистые без патологии, бледные. Мышцы нормотрофичны, развиты симметрично, при пальпации безболезненны. Варикозного расширения вен, пастозности тканей не выявлено. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа без уплотнений, не увеличена, безболезненна, перешеек пальпируется. Молочные железы: мягкой консистенции, без диффузных и очаговых уплотнений. Сосок не втянут, отделяемого из сосков нет.

*Исследование органов дыхания*. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, частота – 18 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии одинаковый лёгочный звук с двух сторон. При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание.

*Исследование органов кровообращения*. При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный, тоны ритмичные, ясные, шумов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжённый, частота – 76 в минуту. АД 140/80.

*Исследование органов пищеварения*. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при осмотре не увеличен в размерах, овальной формы, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Рубцов и грыж нет. Печень при пальпации мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный. Размеры печени по Курлову: 9×8×7. Селезёнка перкуторно 5×8 см, не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

*Исследование почек, мочевого пузыря*. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

*Нервная система.*

Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный.

*Гинекологический статус:*

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому типу в виде треугольника. Уретра, парауретральные ходы, протоки бартолиновых желез не изменены. Опущений передней, задней стенки влагалища нет.

In speculum: слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Выделения слизистые, умеренные.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные. Шейка матки цилиндрическая, плотная. Канал закрыт. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 20 – 21 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, без болезненное при пальпации. По передней стенке в области дна маки – субсерозный узел. Придатки не пальпируются, область их при пальпации свободна, безболезненна. Смещение за шейку матки безболезненно. Крестцово-маточные связки и параметрий не изменены.

Per rectum: слизистая прямой кишки гладкая, подвижная. Крови на перчатке нет.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ**

ОАК (22.02.13)

Эритроциты – 3,6\*10; Hb – 100 г/л; Ц.П. 0,98; Лейк. – 5,0\*10(п-6%, с-62%, м-9%, л-23%); СОЭ – 5 мм/ч

*Заключение: нормохромная анемия легкой степени*



ОАМ (22.02.13)

Цвет – с/ж, кислая,

плотность – 1020,

белок отр.,

глюкоза отр.

*При микроскопическом исследовании:*

Эпителий - 3 – 4 в поле зрения

Эритроциты – 2-3 в поле зрения

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения

*Заключение: без поталогии*

Биохимический анализ крови (22.02.13)

билирубин 11,4 мкмоль/л

Общий белок 66г/л

Мочевина 5,9 мкмоль/л

Глюкоза 7,6 мкмоль/л

АлТ 20

АсТ 26

К+  4,3 мкмоль/л

CI- 98 мкмоль/л

*Заключение: без поталогии*

RW отрицательно от 21.02.13

ФГДС ( 22.02.2013) Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии

Коагулограмма (22.02.13)

ПИ 0,89, фибриноген В(-).фибриноген А 3,55 г/л, фибрин 16,0 г/л, АЧТВ 25с.

*Заключение: без поталогии*

 УЗИ 22.02.13

Размер матки 156\*101\*145 мм ( без узла). По правой боковой стенке интерстициальный субмукозный узел 116\*107 мм. По левой боковой стенке интерстициальный субмукозный узел 82\*71\*72 мм. По боковой стенке интерстициальный субмукозный узел 70\*51\*68 мм Полость матки не просматривается. Яичники четко не визуализируются. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

*Заключение: Миома матки больших размеров*

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Необходимо дифференцировать миому матки с *кистомой яичника*. 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.

Также нужно дифференцировать с *опухолью толстой кишки*. Этому процессу характерны следующие проявления изменение эвакуаторной функции толстой кишки (чаще запоры вплоть до выраженных нарушений кишечной проходимости). Кровотечение (от незаметной примеси крови к стулу до массивных кровотечений). Примесь крови к стулу наблюдают при всех клинически значимых стадиях рака толстой кишки, и именно этот признак (т.е. наличие скрытой крови в стуле) взят в основу многочисленных методов массового обследования населения. Тенезмы (ложные позывы на дефекацию) чаще характерны при низкой локализации опухоли (в сигмовидной и прямой кишке). Боли в животе наиболее часто обусловлены либо нарушением кишечной проходимости, либо прорастанием опухоли в окружающие ткани или развитием перифокального воспаления. В клинической картине эти признаки нередко сочетаются. Болевой синдром у больных раком прямой кишки проявляется при наличии воспалительного процесса в области опухоли. Лишь при раке анального канала боли являются ранним симптомом заболевания. Пальпация опухоли – довольно поздний симптом для рака ободочной кишки, но один из первых признаков рака прямой кишки при ее пальцевом исследовании. Анемия – уже упоминалось, что кровотечение в просвет кишки — одно из наиболее частых проявлений колоректального рака. Однако развитие анемии возможно не только при явных, но и при скрытых длительных кровотечениях. Этот симптом наиболее часто наблюдают при правосторонней локализации опухоли, когда довольно поздно появляются признаки нарушения кишечной проходимости и другие проявления заболевания. Снижение массы тела при РТК или совсем не происходит, или наступает в очень поздних стадиях при наличии отдаленных метастазов или канцероматозе. Это объясняется тем, что осложнения роста опухоли наступают быстрее, чем общие нарушения обменных процессов в организме больных.

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

На основаниижалоб пациентки на чувство сбавления от объемного образования в брюшной полости, периодические кровянистые выделения; затруднение глубокого вдоха, слабость, недомогание; анамнеза жизни (артериальная гипертензия 2 риск 3); анамнеза болезни (считает себя больной около 4 лет, когда в плановом порядке была осмотрена гинекологом ЖК где и была диагностирована миома матки размером до 20 мм . Лечения и профилактики миом не проводила. В 2011 году была госпитализирована в Паставскую ЦРБ с диагнозом тяжелая анемия ( Hb 68 г/л) бало проведено полное обследование с УЗИ органов малого таза по результатом которого констатирован рост миомы матки. От хирургического лечения отказалась. В 2013 году в связи с затруднением дыхания обратилась в Паставскую ЦРБ, где после обследования было дано направление на госпитализацию в гинекологическое отделение 2-го роддома г. Витебска.); на основании гинекологического исследования (тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 20 – 21 нед.); лабораторных данных (ОАК - нормохромная анемия легкой степени, УЗИ - миома матки больших размеров); учитывая дифференциальный диагноз с кистомой яичника и опухалью толстой кишки выставлен диагноз: основной - миома матки больших размеров; осложнении - нормохромная анемия легкой степени тяжести; сопутствующий - язвенная болезнь 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии. АГ 2 риск 3.

.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Миома матки-самое распространенное доброкачественное, реактивно возникающее опухолевидное образование из гладкомышечных элементов с последующим фиброзированием в условиях тканевой гипоксии.

В результате многолетних изучений клиники, морфогенеза, гормонального и иммунного профилей больных миомой матки, попыток разнообразных методов консервативного лечения заболевания ее принято считать гормонально-зависимой гипертрофией и гиперплазией миометрия, так как она возникает и прогрессирует у женщин репродуктивного возраста, когда высока гормональная активность яичников, и нередко регрессирует после наступления менопаузы, когда резко снижается уровень половых гормонов. С другой стороны, мы рассматриваем миому матки как результат процесса патологической регенерации поврежденного, в частности, воспалительными инфильтратами миометрия, риск которых (внутриматочные вмешательства, и половые инфекеции) выше у женщин детородного возраста.

Несомненно, половые гормоны регулируют рост миомы матки, особенно на этапах клинически определяемых узлов, когда в них сформировано значительное количество экстрацеллюлярного матрикса, повышающего чувствительность миомы к стероидным гормонам. В миоматозных узлах эстрогенные рецепторы повышены в 2 раза, а прогестероновые в 3 раза в сравнении с окружающим миометрием. Следовательно, обе группы женских половых гормонов могут играть существенную роль в росте сформировавшихся миоматозных узлов.

Таким образом, в связи с особенностями гормональной рецепции в узлах миома матки может возникать и расти при нормальном уровне половых гормонов в крови. Экстрацеллюлярный матрикс, вырабатывающийся при повреждении клеточных мембран в миометрии, лежит в основе формирования миомы матки за счет синтеза тканевых факторов роста и делает ее гормонально-восприимчивой в повышенной степени из-за концентрации и трансформации эстрогенных и прогестероновых рецепторов в участках повреждения. С этой точки зрения миома матки может рассматриваться как пролиферат, отграничевающий, в частности, хронические воспалительные очаги в миометрии и становящийся гормонально-зависимым в связи с изменением в нем рецепции к половым гормонам.

Кроме того, в патогенезе миомы матки играют определенную роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции. Точкой приложения повреждающего фактора является сосудистая стенка. Механизм запуска этой реакции неспецифичен. Развитие миогенной гиперплазии происходит, в основном, в местах наиболее сложных переплетений маточных волокон. Факторами, индуцирующими локальную гипертрофию миометрия, являются гипоксия и развивающиеся нарушения микроциркуляции. Одновременно с ростом узлов миомы происходит нарастание массы окружающего миометрия, причем темп роста опухоли опережает темп увеличения мышечных узлов. Миоматозные узлы не имеют капсулы, являясь гипертрофированным мышечным слоем, аномальным пластом миометрия.

На основании некоторых патогенетических особенностей «быстрорастущей» миомы выделяют три варианта «роста»: «истинный»- за счет пролиферации и последующей гипертрофии миогенных элементов, «ложный»- как следствие нарушения крово-лимфообразования и отека в результате обострения хронического воспалительного процесса и «симулированный рост»- обусловленный развитием другого заболевания (аденомиоз, саркома). Среди больных репродуктивного возраста с «быстрым ростом» миомы наиболее часто встречается «ложный рост» (61,1%).

Можно различить 3 стадии существования миомы: стадию развития (созревания) узла, стадию роста регресса. Удалось уточнить особенности процесса и выделить 4 фазы.

Первая фаза характеризуется образованием классической зоны роста вокруг мелкого сосуда в месте его дегерметизации, как правило, в денервированном участке миометрия. Вторая фаза проявляется превращением зоны роста в нодозный пролиферат, в котором начинается процесс дифференцировки пролиферирующих миогенных элементов. Третья фаза созревания узла миомы характеризуется образованием хаотично располагающихся пучков из гладкомышечных клеток, составляющий новообразный пласт чужеродного миометрия, и четвертя фаза характеризуется появлением на поверхности этого пласта соединительно-тканно-сосудистой капсулы, в которой начинается процесс пролиферации миогенных элементов сосудистого происхождения.

В созревшем растущем узле миомы наблюдается процесс гиперплазии в поясе роста на его поверхности с постоянной дифференцировкой новых гладких мышечных клеток. В парацентральных зонах наблюдается процессы выраженной клеточной гипертрофии гладких мышечных клеток, объединенных в пучки, и процесс перманентной гибели миоцитов центральной зоны узла. В стадии регресса опухоли блокируются процессы клеточной гиперплазии и гипертрофии и усиливаются процессы гибели миоцитов. Удалось уточнить, что морфофункциональное состояние структурных компонентов миоматозного узла во всех стадиях его существования связанно с особенностями локального гормонального гомеостаза матки. Следовательно, влияя на особенности локального гормонального гомеостаза, можно блокировать процессы клеточной гипертрофии и гиперплазии в узлах миомы.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Показания к оперативному лечению:

* Больших размеров опухоли (свыше 12 нед. беременности) даже в отсутствии жалоб.
* Быстрый рост опухоли (более чем на 4 недель в год)
* Развитие вторичной анемии, подслизистое расположение узла

Предоперационная подготовка:

Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1 % - 1 ml

 D. t. d. N. 1 in ampull.

 S. вводить под кожу за 30 мин. до операции.

Rp.: Sol. Diazepami 0,5 % - 2 ml

 D. t. d. N. 1 in ampull.

 S. вводить под кожу за 30 мин. до операции.

Rp.: Cefatoxini 1,0

 D.t.d.N. 1 in amp.

 S. Развести в 10 мл физиологического раствора вводить в/м за 30 мин. до операции

*Операция лапаротомия нижнесредняя экстирпация матки с придатками.*

Ход операции. В асептических условиях под эндотрахеальным закисно-кислородным наркозом на фоне НЛА разрезом от лона до пупка послойна вскрыта брюшная полость. Гемостаз походу операции. Тело матки увеличено до 28 недель беременности, из тела исходит субсерозно-интерстициальный узел размером до 12 см в диаметре, по передней стенке множество субсерозных узлов размером от 2 до 5 см в диаметре. Правые придатки матки: яичник размером 3,5\*3 см, без патологии: маточная труба до 6 см не изменена, цвет трубы нормальный. Левые придатки матки: яичник размером 3,5\*3 см, без патологии; маточная труба до 6 см не изменена, цвет трубы нормальный. На круглые маточные связки с обеих сторон, на воронко-тазовые связки справа, на собственные связки яичников справа, слева, на мезосальпинкс справа слева, на маточные концы труб справа, слева наложены зажимы. Связки пересечены, лигированны капроном. Вскрыта пузырно-маточная складка, мочевой пузырь тупым и острым путем отсепарован книзу. На кресцово-маточные связки с обеих сторон наложены зажимы, связки пересечены, лигированны капроном. Вскрыты параметрии с обеих сторон. На аа. И vv. uterinae с обеих сторон наложены зажимы, сосуды от матки отсечены, лигированны капроном. Через передний, задний свод вскрыто влагалище. Произведена экстирпация матки с придатками. Культи влагалища ушиты Z- образными швами ПГА швами на глухо. К культе влагалища подшиты культи связок круглых, воронко-тазовых, кресцово-маточных. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки, листков широких маточных связок. При ревизии брюшной полости аднексит не выявлен. Кишечник, сальник без патологии . Печень – край печени ровный, поверхность гладкая. Парааортальные лимфатические узлы не увеличены. Брюшная полость ушита послойно на глухо. На кожу наложены отдельные капроновые швы по Данати. Общая кровопотеря 250 мл; моча светлая 280 мл. Описание макропрепарата: тело матки не правильной формы, увеличено до 28 недель беременности. Из дна исходит субсерозно – интерстициальный узел диаметром до 12 см по передней стенке множество субсерозных узлов от2 до 5 мм в диаметре.

Послеоперационный диагноз – миома матки больших размеров

*Послеоперационное лечение*

1. Режим палатный
2. Стол П
3. Инфузионная терапия:

Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 200 ml

 Sol. Pentoxiphylini 5,0

 D.S.В/в капельно.

1. Антибактериальная терапия

 Rp.: Cefatoxini 1,0

 D.t.d.N. 9\* in amp.

 S. Разводить в 10 мл физиологического раствора вводить В/м 3 раза в сутки в течении 3 дней.

1. Антикоагулянты

Rp.: Fragmini 5000 ЕД

 D.t.d.N. 3 in amp.

 S. 1 раз в день п\к в течении 3 дней

**ДНЕВНИКИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число | Результаты исследования | Назначения |
| 25.02.2013 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительные боль в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание,сердце –тоны ясные, ритмичные. Ps 72 ударов в минуту удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.  | Rp.: Cefatoxini 1,0 D.t.d.N. 3 in amp. S. В/м 3 раза в сутки.Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 200 ml Sol. Pentoxiphylini 5,0S.В/в капельноRp.: Fragmini 5000 ЕД D.t.d.N. 3 in amp. S. 1 раз в день п\к  |
| 26. 02.13 | Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 72 ударов в минуту удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.  | Rp.: Sol. Natrii hloride isotonicae 0,9% - 200 ml Sol. Pentoxiphylini 5,0S.В/в капельно 3 раза в сутки. |
| 27.02.2013 | Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 72 ударов в минуту удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме. | Rp.: Sol. Natrii hloride isotonicae 0,9% - 200 ml Sol. Pentoxiphylini 5,0S.В/в капельно 3 раза в сутки. |

**ПРОГНОЗ, ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Прогноз для жизни и трудовой деятельности благоприятный.

Менструальная, детородная функции – не возможны.

**ЭПИКРИЗ**

Пациентка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 49 лет, поступила 21.02.13г по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом миома матки больших размеров. Клинически обследована, в общлекинических анализах крови - нормохромная анемия легкой степени, анализ мочи, БХ, RW, коагулограмма без патологии. При УЗИ была выявлена: миома матки больших размеров. Заключительный диагноз: Миома матки больших размеров. Нормохромная анемия легкой степени.

Лечение: Операция лапаротомия нижнесредняя экстирпация матки с придатками, цефатоксин, фрагмин, 0,9% NaCI + пентоксифилин.

Пациентка продолжает болеть.

Рекомендовано:

* Диспансерное наблюдение у гинеколога ЖК 1 раз в квартал.
* Соблюдение здорового образа жизни (нормализация сна, рациональное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, контроль за массой тела).
* Периодический прием витаминов и микроэлементов в зимне-весенний период.