Гинекологическое отделение

Роддома № 2

Группа крови А (II)

Резус принадлежностьRh-

Дата поступления 10.04.2013г.

Дата выписки 04.2013г.

Палата № 2

**КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

1. Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 30.06.1961 (51 год)
3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы, должность: пенсионерка
5. Кем направлена больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Доставлена в стационар по экстренным показаниям: нет
7. Диагноз направившего учреждения: Миома матки больших размеров симптомное течение. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия.
8. Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки. **Ovuli Naboti**
9. Диагноз клинический: Миома матки больших размеров
10. Диагноз заключительный клинический

а) основной: Миома матки больших размеров. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия.

б) осложнения: Вторичная анемия легкой степени.

в) сопутствующий: **Ovuli Naboti**

11. Операция: 11.04.2013г. Нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника.

 12. Дата поступления: 10.04.2013г.

***ЖАЛОБЫ***

Пациентка поступила с жалобами на обильные кровяные выделения вне периода менструации.

***АНАМНЕЗ***

Наследственность: не отягощена.

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

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные и детские инфекции. Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз, сахарный диабет отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредные привычки отрицает.

Аллергологический анамнез отягощен:

Оперции: 1963г- операция по поводу остеомиелита левой голени, 1976г.- аппендэктомия, 1990г.- операция по поводу параовариальной кисты, 2000г.- грыжа позвоночника L4-L5.

Месячные с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последние месячные –1.04.-6.04.2013г.

Выделения из половых путей слизистой консистенции, связаны с менструальным циклом, окружающие ткани не раздражают.

Половая жизнь с 18 лет, регулярная, в браке. Боли при половом сношении - не испытывает. Методы контрацепции – барьерная (мужской презерватив).

Беременностей - 5. Роды –3. Аборты-2. Выкидыши-0. Беременности протекали без особенностей.

Перенесённые гинекологические заболевания: параовариальная киста (1990г), железистая гиперплазия эндометрия (2010г.).

***ТЕЧЕНИЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ***

2,5 года назад появились жалобы на мажущие выделения вне периода менструации. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Была обследована. Был выставлен диагноз железистая гиперплазия эндометрия. В феврале 2011г. на УЗИ выявлен рост миоматозных узлов. Проводилось консервативное лечение. Принимала ригевидон по3-4 таблетки. В конце января 2013г. состояние ухудшилось, выделения из половых путей стали обильными. Обратилась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Была обследована и направлена в плановом порядке для хирургического лечения в гинекологическое отделение роддома № 2.

***ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ***

*Общее обследование*

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, рост 168 см, вес 89 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. Пациентка жалоб не предъявляет. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, частота – 16 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.

При топографической перкуссии:

|  |
| --- |
| Нижняя граница: |
| Линии | правое легкое | левое легкое |
| Парастернальная | Верхний край VI ребра | - |
| Медиоклавикулярная | Нижний край VI ребра | - |
| Передняя аксиллярная | Нижний край VII ребра | Нижний край VII ребра |
| Средняя аксиллярная | Нижний край VIII ребра | Нижний край VIII ребра |
| Задняя аксиллярная | Нижний край IX ребра | Нижний край IX ребра |
| Лопаточная | Нижний край Х ребра | Нижний край Х ребра |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка |
| Верхняя граница легких: |
| Высота стояния верхушек легких спереди | на 3 см выше края ключицы | на 4 см выше края ключицы |
| Высота стояния верхушек легких сзади | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 6 см |

Исследование органов кровообращения. Жалоб нет. 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 – 80 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст.

Границы относительной сердечной тупости:

* Правая: IVмежреберье по правому краю грудины.
* Левая: V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.
* Верхняя: верхний край III ребра.

Границы абсолютной сердечной тупости:

* Правая: IV межреберье у левого края грудины.
* Левая: V межреберье на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.
* Верхняя: нижний край IV ребро.

При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.

Исследование органов пищеварения. Жалоб нет. Язык влажный, чистый. Живот при осмотре увеличен в размерах, овальной формы, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Грыж нет. Печень не увеличена, безболезненна, 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. Жалоб не предъявляет. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

Нервная система.

Сознание ясное, сон не нарушен

*Гинекологический статус:*

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

In speculum: слизистая влагалища бледно-розова. Шейка матки цилиндрическая, эрозированная. **Ovuli Naboti.** Выделений нет.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, плотная. Наружный зев закрыт. Выделения слизистые, незначительные, без запаха. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной около 13-14 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, безболезненное при пальпации. Придатки не пальпируются, область их безболезненная. Крестцово-маточные связки и параметрий не изменены.

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

***ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТУМЕНТАРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВНИЯ***

Флюорография (01.02.2013г) Органы грудной клетки без видимой патологии.

ОАК (05.04.2013г.)

Эритроциты- 4,3\*1012/л; Hb-132 г/л; ЦП 0,92; лейкоциты- 6,7\*109/л; СОЭ- 3 мм/ч; Ht- 0,44; тромбоциты- 211\*109/л; сахар крови 2,9 моль/л

Заключение: в пределах нормы

ОАМ (05.04.2013г)

Цвет – с/ж, кислая, плотность – 1017, белок отр., глюкоза отр., эпителий плоский – 4-8 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения

Заключение: в пределах нормы.

Биохимический анализ крови (05.04.2013г)

Билирубин общий-13,1 мкмоль/л; Общий белок- 68г/л; Мочевина- 4,9 мкмоль/л; Креатинин- 0,082; АлАТ- 28 Ед; АсАТ- 24 Ед; Холестерин- 4,6

Заключение: в пределах нормы.

RW отрицательно от 05.04.2013г

Коагулограмма (05.04.2013г.)

ПИ 0.95, фибриноген 4,4г/л, фибрин 0,20, АЧТВ 20с, спонтанный фибринолиз 11%.

Онкоцитология (01.02.2013г) Без особенностей.

Раздельное диагностическое выскабливание ( гистологический ответ № 1)659 2) 660-667 от 05.02.2013г) 1) обрывки м.п.э. без подлинной стромы. Признаки воспаления. Очаговая гиперхромия и ядерный полиморфизм. 2) Простая железистая гиперплазия эндометрия без клеточной атипии.

RRS (06.03.2013г) Заключение: без патологии.

ФГДС (14.03.2013г) Заключение: без патологии.

KS (18.03.2013г.) Заключение: без патологии.

ЭКГ (05.04.2013г) Ритм синусовый 81 в минуту. Вертикальное положение оси сердца.

УЗИ 01.02.2013г

Матка кпереди. Контуры четкие, неровные. I. По задней стенке субсерозный узел d 67 мм. II. По задней стенке интерстициальный узел d 79 мм.

Матка размером 98\*118\*95мм. Отражение от эндометрия линейное однородное, толщиной 7,8 мм.

Правый яичник размером 28\*20мм, обычной структуры. Левый- не визуализируется.

Заключение: Миома матки.

Кольпоскопия (10.04.2013г) На 15ч ретенционная киста 1см АГС. Проба Шиллера- равномерное окрашивание.

Заключение: Ретенционная киста шейки матки.

Коагулограмма (11.04.2013г.) АЧТВ - 28с., ПИ - 1,07, фибрин - 18 г/л, фибриноге А - 4г/л, фибриноген В- отрицательно.

Заключение: в пределах нормы.

Биохимический анализ крови (11.04.2013г.) Белок общий - 67 г/л, глюкоза - 6,1 ммоль/л, билирубин общий – 11,7 мкмоль/л, мочевина - 7, 3 ммоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л, АлАТ- 17 Ед/л, АсАТ- 21 Ед/л, калий- 3,8 ммоль/л, хлориды- 102 ммоль/л.

Заключение: в пределах нормы.

ОАК (11.04.2013г) Эритроциты- 3,3\*1012/л, Hb- 107 г/л, ЦП- 0,94, лейкоциты- 11,3\*109/л, эозинофилы- 1%, палочкоядерные- 5%, сегментоядерные- 84%, лимфоциты- 8%, моноциты- 2%, СОЭ- 4 мм/час.

Заключение: снижено количество эритроцито, снижен гемоглобин, лейкоцитоз. Состояние после операции.

ОАК (13.04.2013г) Эритроциты- 3,0\*1012/л, Hb- 100 г/л, ЦП- 1,0, лейкоциты- 9,4\*109/л, эозинофилы- 1%, палочкоядерные- 6%, сегментоядерные- 71%, лимфоциты- 18%, моноциты- 4%, СОЭ- 15 мм/час.

Заключение: снижено количество эритроцито, снижен гемоглобин, лейкоцитоз. Анемия легкой степени.

***ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА***

На основании жалоб ( обильные кровяные выделения из половых органов вне периода менструации); данных анамнеза (состоит на диспансерном учете с диагнозом Миома матки в течение 2х лет( с 2011 года), проводилось консервативное лечение- принимала ригевидон. В конце января 2013г. состояние ухудшилось), данных объективного исследования (Шейка матки цилиндрическая, эрозированная. **Ovuli Naboti.**  Шейка матки цилиндрическая, плотная. Наружный зев закрыт. Выделения слизистые, незначительные, без запаха. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной около 13-14 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, безболезненное при пальпации); данных лабораторного и инструментального обследования (УЗИ Матка кпереди. Контуры четкие, неровные. I. По задней стенке субсерозный узел d 67 мм. II. По задней стенке интерстициальный узел d 79 мм. Матка размером 98\*118\*95мм. Отражение от эндометрия линейное однородное, толщиной 7,8 мм.Правый яичник размером 28\*20мм, обычной структуры. Левый- не визуализируется. Заключение: Миома матки. Кольпоскопия : на 15ч ретенционная киста 1см АГС. Проба Шиллера- равномерное окрашивание. Заключение: Ретенционная киста шейки матки.) можно выставить следующий клинический диагноз:

Основное заболевание: Миома матки больших размеров. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия. Спаечный процесс.

Осложнения: Вторичная анемия легкой степени.

Сопутствующие: **Ovuli Naboti**

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ***

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

Миома матки, сидящая на ножке, может быть принята за кисту яичника. При дифференциальной диагностике следует учитывать, что миомы очень часто бывают множественными и поэтому в матке обычно обнаруживаются и другие узлы. При благоприятных условиях двуручным исследованием удается иногда прощупать оба яичника. Меноррагии говорят за миому матки, наличие асцита - за опухоль яичника. Зондирование матки иногда может облегчить диагностику: при кисте яичника полость матки не изменена, при миоме матки полость матки обычно увеличена и иногда в ней можно обнаружить зондом подслизистый узел. Аналогичные, но более полные и точные данные может дать рентгенологическое исследование (метросальпингография): при наличии кисты яичника обнаруживается и значительное удлинение маточной трубы на стороне опухоли, конечно, в тех случаях, когда труба проходима.

***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:

* первая стадия - образование активного зачатка роста
* вторая стадия - быстрый рост опухоли без признаков дифференцировки (узелок, определяемый микроскопически)
* 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.

***ЛЕЧЕНИЕ***

В настоящее время определены два направления в лечении миомы матки: хирургическое и консервативное. Консервативное лечение используется на разных стадиях развития опухоли, а также после хирургического вмешательства. Применяют низкодозированные КОКи (ригевидон, регулон), микродозированные КОКи (новинет), агонисты гонадотропинрелизинг гормонов(бусерелин, декапептил, леупролин), антагонисты прогестерона (мифепристон), антагонисты гонадолиберина.

Показания к оперативному лечению:

* Большие размеры опухоли (свыше 15 нед. беременности) даже в отсутствии жалоб;
* нарушение функции смежных органов, например, мочевого пузыря
* кровотечения, приводящие к анемизации больной;
* быстрый рост опухоли (более чем на 4 недель в год) ;
* подбрюшинный узел на ножке, т.к. существует опасность перекрута его ножки;
* подслизистое расположение узла;
* интралигаментарное расположение узла;
* шеечные узлы миомы матки;
* сочетание миомы матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника;
* некроз миоматозного узла.

Больным с миомой матки производят радикальные и консервативные операции. К каждому из этих методов имеются показания и противопоказания. Объем операции зависит от возраста женщин, ее общего состояния, степени анемизации, сопутствующих заболеваний, расположения и величины миоматозных узлов.

Консервативные миомэктомии – эти операции производятся для сохранения генеративной или менструальной функции женщины. По поводу миомы матки выполняют следующие консервативные операции: энуклеацию миоматозных узлов, дефундацию и высокую ампутацию матки. Показанием к консервативной миомэктомии является молодой возраст женщины (до 40 лет).

К радикальным операциям относятся надвлагалищная ампутация и экстирпация матки.

Полное удаление матки мотивируется высокой частотой сопутствующих заболеваний матки: гиперпластические изменения эндометрия, патологические изменения на шейки матки, злокачественные процессы в эндометрии, возникновение саркоматозного роста в миоматозном узле.

Консервативная терапия:

По мнению большинства авторов, показаниями к проведению консервативной терапии являются: молодой возраст пациентки (репродуктивный и пременопаузальный); небольшие размеры миоматозно измененной матки (до 10-12 недель беременности); размер миоматозных узлов до 2 см в диаметре; межмышечное расположение миоматозных узлов; относительно медленный рост миомы; отсутствие деформации полости матки, то есть центрипетального роста и подслизистой локализации; отсутствие противопоказаний к применению препаратов.

Лечение заключается в нормализации системных нарушений, характерных для больных с миомой матки: хроническая анемия, воспалительные процессы матки и придатков, нарушение кровенаполнения органов малого таза с преобладанием венозного застоя и снижением артериального кровоснабжения, нарушение функционального состояния нервной системы и вегетативного равновесия.

К методам коррекции системных нарушений относятся следующие: соблюдение здорового образа жизни (нормализация сна, рациональное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, контроль за массой тела); нормализация половой жизни; периодический прием витаминов и микроэлементов в зимне-весенний период (гендевит, пентовит, аевит, фолиевая кислота); лечение анемии, волемических и метаболических нарушений; нейротропное воздействие, если пациенты проявляют черты дисгармоничной личности.

Симптоматическая терапия включает: ибупрофен - 400 мг внутрь, каждые 4 часа; напроксен - сначала 550 мг внутрь, затем по 275 мг каждые 6 часов; этамзилат - 0,5 г внутрь 4 раза, в первый день кровотечения, затем дозу снижать; препараты железа - в зависимости от выраженности анемии; антимикробную терапию; адаптогены.

Если наступает беременность, даже незапланированная, необходимо ее сохранение, так как послеродовая инволюция матки, грудное вскармливание ребенка не менее 4-6 месяцев способствуют изменению гистогенеза миомы матки, переходу ее из пролиферирующей в простую, и, в ряде случаев, к прекращению ее дальнейшего развития.

Так как у данной пациентки миома матки сочетается с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, пациентке 51 год, рекомендовано радикальное хирургическое лечение - лапаротомия, экстирпации матки с придатками.

Противопоказаний нет.

Премедикация накануне: Диазепам 10мг в/м, Фрагмин 5000Ед.

Премедекация перед операцией: Атропин 0,3-0,5 мг в/м за 30 мин, Диазепам 10 мг в/м за 30 мин, Цефатоксин 1,0 за час

Дата операции 11.04.2013года.11.30-13.40 .

Операция №102 Сложное медицинское вмешательство. Нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Экстирпация матки с придатками. Резекция большого сальника.

В асептических условиях под эндотрахеальным закисно-кислородным наркозом на фоне НЛА произведена нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца.

При ревизии органов брюшной полости большой сальник свободным краем припаен к передней брюшной стенке. Тупым и острым путем резецирован. Гемостаз.

Тело матки с интерстициально-субсерозным узлом по задней стенке увеличено до 12-13 недель беременности. Правые и левые придатки без патологии. Правые и левые маточные трубы без патологии.

На круглые маточные связки с обеих сторон, на воронкотазовые связки справа и слева наложены клеммы, ткани пересечены, лигированы капроном. Всякрыта пузырно- маточная складка, мочевой пузырь тупо отсепарован книзу. На уровне внутреннего зева клеммированы, пересечены и лигированы капроном маточные сосуды. Гемостаз. Между двумя зажимами Кохера вскрыта передняя стенка влагалища, по зажимам Кохера матка отсечена от сводов, культя влагалища обработана. Во влагалище введен марлевая турунда со спиртом. Наложены 8-образные швы, к культе подвязаны маточные сосуды. Тазовое дно подкреплено связками. Гемостаз. Перитонизация за счёт пузырно-маточной складки.

При ревизии органов брюшной полости патологии не выявлено.

Брюшная полость ушита послойно, наглухо. На кожу швы по Данатти. Асептическая повязка.

Общая кровопотеря 300 мл. Моча по катетеру светлая 150 мл.

Макропрепарат: Тело матки увеличенное до 12-13 недель беременности с шейкой, послеоперационный рубец, большой сальник.

Экспресс-гистология - лейомиома со вторичными изменениями.

План ведения:

* с целью профилактики ГСЗ: раство цефотаксима 1,0\*3 раза в день 5 дней в/в.
* с целью профилактики ТЭЛА: раствор фрагмина 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки

*План лечения*

1. Режим постельный
2. Стол голод (первые сутки), далее стол Р.
3. Инфузионная терапия:

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

S.В/в капельно 3 раза в сутки.

Rp.:Glucosa 5% 400ml + KCl 4% 20.0

S. Вводить в/в капельно

1. Антибактериальная терапия

 Rp.: Cefatoxini 1,0

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

 S. Вводить в/в 3 раза в день в течении 5 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

1. Обезболивание

Rp.:Morfin 1% 1,0

D. S. В/м

Р-р анальгина 50%-2.0в/м и димидрол 1%-1.0 в/м

1. Diaferrum – по 1 капсуле 2 раза в день
2. Заместительная гормональная терапия. Монотерапия препаратами, содержащими чистые эстрогены. Прогинова ежедневно по 1 драже

***ДНЕВНИК***

18.04.2013г.

Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Повязка сухая. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 75 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме. Температура 36,7 С.

19.04.2013г.

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 78 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме. Температура 36,6 С.

***Прогноз***

Для жизни – благоприятный.

Для менструальной и детородной функций – неблагоприятный.

Для трудоспособность – благоприятная.

***ЭПИКРИЗ***

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 51 год, поступила в гинекологическое отделение Роддома № 2 10.04.2013г по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: Миома матки больших размеров симптомное течение. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия.

 Обследована. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы, протоки бартолиновых желез не изменены. Опущений передней, задней стенки влагалища нет.

In speculum: слизистая влагалища бледно-розова. Шейка матки цилиндрическая, эрозированная. **Ovuli Naboti.** Выделений нет.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, плотная. Наружный зев закрыт. Выделения слизистые, незначительные, без запаха. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной около 13-14 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, безболезненное при пальпации. Придатки не пальпируются, область их безболезненная. Крестцово-маточные связки и параметрий не изменены.

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

Кольпоскопия (10.04.2013г) На 15ч ретенционная киста 1см АГС. Проба Шиллера- равномерное окрашивание.

Заключение: Ретенционная киста шейки матки.

Коагулограмма (11.04.2013г.) АЧТВ - 28с., ПИ - 1,07, фибрин - 18 г/л, фибриноге А - 4г/л, фибриноген В- отрицательно.

Заключение: в пределах нормы.

Биохимический анализ крови (11.04.2013г.) Белок общий - 67 г/л, глюкоза - 6,1 ммоль/л, билирубин общий – 11,7 мкмоль/л, мочевина - 7, 3 ммоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л, АлАТ- 17 Ед/л, АсАТ- 21 Ед/л, калий- 3,8 ммоль/л, хлориды- 102 ммоль/л.

Заключение: в пределах нормы.

Клинический диагноз. Основное заболевание: Миома матки больших размеров. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия.

Осложнения: Вторичная анемия легкой степени.

Сопутствующие: **Ovuli Naboti**

Лечение: проведена операция 11.04.2013г. Нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Экстирпация матки с придатками. Резекция большого сальника.

Экспресс-гистология: лейомиома матки с вторичными изменениями.

Пациентка остаётся на лечении в стационаре.

Рекомендовано:

* Диспансерное наблюдение у гинеколога ЖК 1 раз в квартал.
* УЗИ 1 раз в 6 месяцев.
* 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.
* Заместительная гормональная терапия. Монотерапия препаратами, содержащими чистые эстрогены. Прогинова ежедневно по 1 драже