\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гинекологическое отделение

Группа крови A (II) вторая.

Резус принадлежность Rh+ (положительная)

Дата и время поступления : 3.04.2013 г. в 9.00

Дата и время выписки –

Палата № 1

**КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № 791**

1. Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 17.11.1963 ( 49 лет )
3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
5. Кем направлена больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Госпитализирована в стационар в плановом порядке : да
7. Диагноз направившего учреждения: Симптомная миома матки.
8. Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки, симптоматическое течение, быстрый рост. Анемия средней степени тяжести.
9. Диагноз клинический: Миома матки, симптоматическое течение, быстрый рост. Анемия средней степени тяжести.
10. Диагноз заключительный клинический :

а) основной: Миома матки интерстициально-субсерозный узел, симптоматическое течение, быстрый рост.

б) осложнение основного: Вторичная анемия средней степени тяжести.

в) сопутствующие заболевания : Опухоль левого яичника, перекрут ножки.

1. Хирургические операции :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название операции | Дата, час | Метод обезболевания | Осложнения |
| Лапаротомия.  Экстирпация матки с придатками и опухоли яичника, экстирпация большого сальника № 88. | 4.04.2013  9.55 – 12.20 | Эндотрахиальный  НЛА, NO2 : O2 | \_ |

1. Побочные действия лекарств: нет.
2. Исход заболевания: продолжает лечение.

ЖАЛОБЫ

Жалобы на момент поступления: на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота, на слабость, быструю утомляемость в течение последних 4-х месяцев.

Жалобы на момент курации: жалоб нет.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

1. Наследственность: миомой матки близкие родственники не болеют.
2. Перенесенные общие заболевания : ОРЗ, детские инфекции.

Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз, сахарный диабет отрицает.

Переливание крови : нет

Аллергологический анамнез не отягощен.

1. Менструальная функция : менструации с 14 лет, установились через 2-3 месяца, с продолжительностью цикла 30 дней, продолжительностью по 3-4 дня, умеренно обильного характера, безболезненные, регулярные. Последние месячные –12.03.2013г.
2. Характер выделений из половых путей : Выделения из половых путей слизистой консистенции, связаны с менструальным циклом (усиливаются во время менструаций), окружающие ткани не раздражают.
3. Половая жизнь : начало половой жизни с 24 лет, нерегулярная, боли при половом сношении не испытывает. Метод контрацепции - календарный.
4. Детородная функция :

Беременностей – 3, родов – 1, абортов – 1, выкидыши-1. Беременность наступила через 6 лет после начала половой жизни.

1 беременность в 1987г. – закончилась абортом.

2 беременность в 1989г. – закончилась выкидышем.

3 беременность в 1991г. – закончилась родами в сроке 39 недель через естественные половые пути. Родился здоровый мальчик.

1. Перенесенные гинекологические заболевания : отрицает.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больной с февраля 2012 года, когда при прохождении планового медицинского осмотра была выявлена миома матки. В течении года наблюдалась у гинеколога по месту жительства. С января 2013 года начали беспокоить умеренно выраженные боли постоянного характера, тянущие в нижних отделах живота, обильные и длительные менструации. Обратилась к врачу в марте 2013 года и была направлена в ВГКРД № 2 для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. 4.04.13 была выполнена операция: Лапаротомия. Экстирпация матки с придатками и опухоли яичника, экстирпация большого сальника . Послеоперационный период без особенностей.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

*Общее состояние* больной удовлетворительное. Сознание ясное. Выражение лица нормальное. Положение активное. Телосложение: нормостенический тип. Рост 166 см. Вес 70 кг. Температура тела 36,8˚ С.

Развитие подкожно-жировой клетчатки умеренное. Распределение её равномерное *Кожа*. Бледно-розовая, чистая. Тургор кожи не изменен. Кожа сухая, без видимого шелушения. Зуда нет.

Грыж, опухолевидных выпячиваний нет. Ногти не деформированы. Выпадения волос не отмечается.

*Видимые слизистые* бледно-розового цвета. Экзантем на слизистой нет.

*Лимфоузлы* не увеличены. *Варикозного расширения вен*, пастозности тканей не выявлено. *Щитовидная железа* без уплотнений, не увеличена, безболезненна.

*Мышечная система* развита умеренно. Тонус мышц нормальный.

*Суставы*: не деформированы. Болезненности при их пальпации нет. Гиперемии и гипертермии нет. Амиотрофи околосуставных мышц отсутствует.

*Молочные железы*: мягкой консистенции, без диффузных и очаговых уплотнений. Сосок не втянут, отделяемого из сосков нет.

**Органы дыхания.**

Дыхание через нос свободное. Число дыханий в минуту-17. Грудная клетка нормостеническая, симметричная, участвует в акте дыхания. Границы легких соответствуют норме. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук.

При аускультации дыхание везикулярное. Хрипов нет.

**Органы кровообращения.**

Пульс на лучевой артерии одинаковый, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, с частотой 82 в минуту. АД 120/85 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 82 в минуту.

**Органы пищеварения.**

Язык влажный, чистый. Живот округлой формы, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Органы мочевыделения.**

Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Стул и мочеиспускание в норме.

**Нервная система.**

Пациентка контактна. Речь внятная, внимание сохранено. Сознание ясное, ориентирован во времени, собственной личности. Болевая чувствительность без особенностей. Парезов и параличей нет. Сон хороший.

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-розового цвета. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Выделения слизистые, умеренные.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, плотная, центрирована. Канал закрыт. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 19-20 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, подвижное, болезненное при пальпации. 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.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб (на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота, на слабость, быструю утомляемость в течение последних 4-х месяцев), анамнеза заболевания (Считает себя больной с февраля 2012 года, когда при прохождении планового медицинского осмотра была выявлена миома матки. В течении года наблюдалась у гинеколога по месту жительства. С января 2013 года начали беспокоить умеренно выраженные боли постоянного характера, тянущие в нижних отделах живота, обильные и длительные менструации ) гинекологического обследования (Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 19-20 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, подвижное, болезненное при пальпации) можно выставить предварительны диагноз: Миома матки

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. кровь на группу и резус-фактор
4. биохимическое исследование крови
5. кровь на реакцию Вассермана.
6. Анализ крови на HBS Ag, antiHCV
7. флюорография
8. ЭКГ
9. консультация терапевта
10. коагулограмма
11. УЗИ органов малого таза
12. Мазок влагалища
13. Мазок на онкоцитологию
14. Посев на флору и чувствительность к антибиотикам из влагалища
15. Кольпоскопия
16. Биопсия эндометрия

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. *ЭКГ (3.04.13)*

Ритм синусовый, 75 в минуту. Нормальная ЭОС.

1. *Общий анализ крови (3.04.13):*

Эритроциты – 3,0 \* 10^12 / л.

Гемоглобин – 92 г/л.

Цв. Показатель 0,9

Лейкоциты – 4,0 \* 10^9 /л.

Палочкоядерные 2%

Сегментоядерные нейтрофилы – 53 %.

Эозинофилы – 7 %.

Лимфоциты – 41 %.

Моноциты – 4 %.

Тромбоциты – 220 \* 10^3 / л.

СОЭ – 8 мм/час.

1. *Общий анализ мочи ( 3.04.13):*

Цвет – соломенно-желтый.

Прозрачность – полная.

Удельный вес – 1012.

Реакция – кислая.

Белок – отсутствует.

Эритроциты – отсутствуют.

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Эпителий – 1-3 в поле зрения.

1. *Биохимическое исследование крови(3.04.13):*

Общий белок 59 г/л

АЛАТ 24 Ед/л

АСАТ 31 Ед/л

Билирубин общий 10,6 мкмоль/л

Билирубин прямой 2,3 мкмоль/л

Глюкоза 4,0 ммоль/л

Мочевина 6,1 ммоль/л

Креатинин 78 ммоль/л

Холестерин 4,1 ммоль/л

1. *Коагулограмма (3.04.13)*

АЧТВ 28сек.

ПВ 0,73 сек.

Фибриноген 2,4 г/л

1. *Изосерологическое исследование крови от 3.04.13*

A (II) вторая, резус принадлежность Rh+ (положительная).

1. *Кровь на ВИЧ, HBS Ag, antiHCV и реакция Вассермана 26.02.13*- отрицательно.
2. *Флюорография (25*.07.12) №45296: Без патологии.
3. *Биопсия эндометрия (12.02.13)*

Заключение: Слизь, кровь, микрообрывки эндоцервикса. Эндометрпролиферативная ткань.

1. *Кольпоскопия (3.04.13)*

Заключение: рентенционные кисты шейки матки размером 2 мм.

1. Пунктат из брюшной полости (4.04.13) цитограмма без особенностей.
2. *УЗИ (26.03.13)*

Тело матки 110\*127\*118 мм. Контур матки неровный. Миометрий неоднородный. По задней стенке матки узел 46\* 26 мм, по передней стенки матки, по левой боковой стенке 86\*83 мм. Эндометрий 8 мм. Правый яичник расположен типично размерами 24\*21 мм. Структура фолликулярная. Левый яичник расположен типично размерами 26\*16 мм. Структура фолликулярная.

Заключение: Миома матки

1. *Мазок влагалища ( 26.03.13)* «U» л- 5 в п/зр, «C» л-20-30 в п/зр.
2. *Мазок на онкоцитологию* (4.01.13) без патологии.
3. *Осмотр терапевта (3.04.13)*

Заключение: Анемия средней степени тяжести.

1. *После операции*

Описание макропрепарата:1. Опухоль яичника диаметром 12 см, на разрезе желтого цвета, плотная, крошащаяся 2. Правые придатки- яичник плотный 3,2\*3,0\*2,5 см, с желтыми участками 3. Матка увеличена на 6-7 мм, на разрезе интерстициальный узел, диаметром 4 см, деформирующий полость матки.

Экспресс- гистология: фиброма или лейомиома со вторичными изменениями.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | Миома матки | Беременность | Саркома матки | У пациентки |
| 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 умеренно |
| 4. Характер роста | Медленный | Характерный для беременности | Быстрый рост | Быстрый |
| 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 | Нет |
| 8. Анемия | Может быть | Может быть | Резкая | Есть |
| 9. Общее состояние | Может быть слабость, связанная с анемией | Характерно: тошнота, рвота, извращение вкуса | Резкая слабость, похудание вплоть до кахексии | Удовлетвори-тельное |
| 10. Связь анемии с кровотечением | Прямая | Нет | Нет | Есть |
| 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 2-х узлов. |

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб (на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота, на слабость, быструю утомляемость в течение последних 4-х месяцев), анамнеза заболевания (Считает себя больной с февраля 2012 года, когда при прохождении планового медицинского осмотра была выявлена миома матки. В течении года наблюдалась у гинеколога по месту жительства. С января 2013 года начали беспокоить умеренно выраженные боли постоянного характера, тянущие в нижних отделах живота, обильные и длительные менструации), гинекологического обследования (Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 19-20 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, подвижное, болезненное при пальпации), данных УЗИ (Заключение: Миома матки), ОАК (Эр – 3,0 \* 10^12 / л, Hb – 92 г/л, цв. показатель 0,9), операционных данных (Описание макропрепарата:1. Опухоль яичника диаметром 12 см, на разрезе желтого цвета, плотная, крошащаяся 2. Правые придатки- яичник плотный 3,2\*3,0\*2,5 см, с желтыми участками 3. Матка увеличена на 6-7 мм, на разрезе интерстициальный узел, диаметром 4 см, деформирующий полость матки. Экспресс- гистология: фиброма или лейомиома со вторичными изменениями) можно выставить диагноз:

Основной: Миома матки, интерстициально-субсерозный узел, симптоматическое течение, быстрый рост.

Осложнение: Вторичная анемия средней степени тяжести.

Сопутствующий: опухоль левого яичника, перекрут ножки.

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.

ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время определены два направления в лечении миомы матки: хирургическое и консервативное. Данный контингент больных чаще всего пассивно наблюдался до момента возникновения показаний к операции.

Показания к оперативному лечению:

* Больших размеров 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 узлов матки путем чревосечения, дефундацию и высокую ампутацию матки. Показанием к консервативной миомэктомии является молодой возраст женщины (до 40 лет).

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.

Наиболее типичной операцией считается надвлагалищная ампутация матки. Операция производиться при здоровой шейке матки.

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.

Базисными препаратами для лечения миомы матки являются:

Агонисты гонадолиберинов: гозерилин - 3,6 мг, подкожно в переднюю брюшную стенку 1 раз в 28 дней, в течение 6 месяцев, начиная с 1-го по 5-й день менструального цикла.

Антигонадотропины: гестринон - по 1 капсуле (2,5 мг) 2 раза в неделю, в течение 6 месяцев, начиная с 1-го дня менструального цикла (по схеме).

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.

**Лечение пациентки:**

1. ОПЕРАЦИЯ Лапаротомия.Экстирпация матки с придатками и опухоли яичника, экстирпация большого сальника № 88.

В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом на фоне НЛА, разрезом от лона до пупка послойно вскрыта брюшная полость. Гемостаз по ходу операции. При вскрытии обнаружено: серозный выпот в брюшной полости 150 мл. Тело матки неправильное, увеличено до 6-7 см субсерозным узлом исходящим из задней стенки. В области левого яичника-образование диаметром 12 см, плотное, с выраженным сосудистым рисунком, с полным перекрутом анатомической ножки ( в нее входит маточная труба, собственная связка яичника,жировая подвеска сальника сигмовидной кишки). Спайки разъединены тупым и острым путем. Правые придатки матки: яичник-3,2\*3,0\*2,5 см, выраженый сосудистый рисунок, поверхность неровная с желтоватыми очагами, маточная труба- длина 9 см, форма не изменена, фимбрии выражены, есть гидатиды, цвет трубы нормальный.

На круглые маточные, воронко-тазовые связки с обеих сторон наложены зажимы. Связки пересечены, лигированы капроном. Вскрыта крестцово-маточная складка, мочевой пузырь тупым и острым способом отсепарован книзу. На крестцово-маточные связки с обеих сторон наложены зажимы, Связки пересечены, лигированы капроном. Вскрыты параметрии с обеих сторон. На аа. и vv. uterinae с обеих сторон наложены зажимы, сосуды от матки отсечены, лигированы капроном. Через задний свод вскрыто влажалище. Произведена экстирпация матки с придатками. Культя влагалища ушита Z-образными капроновыми швами глухо. К культе влагалища подшиты культи связок круглых, крестцово-маточных. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки, листков широких маточных связок. При ревизии органов брюшной полости:

Произведена резекция большого сальника, печень-край ровный, поверхность гладкая, парааортальные л/у не увеличены. Туалет брюшной полости. Брюшная полость ушита послойно, наглухо. ПГА шов. Асептическая повязка.

Описание макропрепарата:1. Опухоль яичника диаметром 12 см, на разрезе желтого цвета, плотная, крошащаяся 2. Правые придатки- яичник плотный 3,2\*3,0\*2,5 см, с желтыми участками 3. Матка увеличена на 6-7 мм, на разрезе интерстициальный узел, диаметром 4 см, деформирующий полость матки.

Экспресс- гистология: фиброма или лейомиома со вторичными изменениями.

Диагноз после операции: опухоль левого яичника, перекрут ножки. Миома матки, интерстициально-субсерозный узел.

1.Морфин 1% 1,0 в/м до 5.04.13

1. Ципрофлоксацин 0,25 2 раза в сутки внутрь с 5.04.13-8.04.13
2. Диклофенак 3,0 в/м 8.04.13
3. Климадинон по 1 капс 3 раза в сутки 8.04.13

5.Sol. Analgini 50% - 2,0 внутримышечно 3 раза в сутки.

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 внутримышечно 3 раза в сутки.

6.Cefatoximi 1,0 - внутримышечно 3 раза в сутки до 5.04.13

7.Metrogyl 0,5 % - 100 мл внутривенно капельно.

8.Тab. Aspirini 0,5 – по по ½ таблетке 2 раза в день.

9.Diaferrum – по 1 капсуле 2 раза в день до 5.04.13 .

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

ДНЕВНИКИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние пациента | Назначения |
| 10.04.2013  Ps–76 в мин  Ад- 120/80 мм рт ст  ЧД 18 в минуту  Т 36,5 \*С | Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание с обеих сторон. Сердце – тоны ясные, ритмичные. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Повязка сухая, швы чистые. Симптом поколачивания поясницы в области проекции почек, отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей не видно. Стул, диурез норме. | 1.Стол Б.  2.Sol. Analgini 50% - 2,0 внутримышечно 3 раза в сутки.  3.Sol. Dimedroli 1% - 1,0 внутримышечно 3 раза в сутки.  4.Cefatoximi 1,0 - внутримышечно 3 раза в сутки.  5.Metrogyl 0,5 % - 100 мл внутривенно капельно.  6.Тab. Aspirini 0,5 – по по ½ таблетке 2 раза в день.  7.Diaferrum – по 1 капсуле 2 раза в день. |
| 11. 04.2013  Ps–72 в мин  Ад- 120/80 мм рт ст  ЧД 17 в минуту  Т 36,7 \*С | Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание с обеих сторон. Сердце – тоны ясные, ритмичные. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Повязка сухая, швы чистые. Симптом поколачивания поясницы в области проекции почек, отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей не видно. Стул, диурез норме. | Те же |
| 12.04.2013  Ps–80 в мин  Ад- 120/80 мм рт ст  ЧД 19 в минуту  Т 36,6 \*С | Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание с обеих сторон. Сердце – тоны ясные, ритмичные. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Повязка сухая, швы чистые. Симптом поколачивания поясницы в области проекции почек, отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей не видно. Стул, диурез норме. | Те же |

ПРОГНОЗ

* для жизни и трудовой деятельности благоприятный.
* менструальной функции-неблагоприятный
* детородной функции-неблагоприятный

ЭПИКРИЗ

Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ( 49 лет ), поступила в гинекологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.04.13 в плановом порядке с жалобами на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота, на слабость, быструю утомляемость в течение последних 4-х месяцев.

Из анамнеза установлено: Считает себя больной с февраля 2012 года, когда при прохождении планового медицинского осмотра была выявлена миома матки. В течении года наблюдалась у гинеколога по месту жительства. С января 2013 года начали беспокоить умеренно выраженные боли постоянного характера, тянущие в нижних отделах живота, обильные и длительные менструации. Обратилась к врачу в марте 2013 года и была направлена в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. При обследовании выявлено:

1. гинекологического обследования (Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 19-20 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, подвижное, болезненное при пальпации),
2. данные УЗИ (Заключение: Миома матки),
3. ОАК (Эр – 3,0 \* 10^12 / л, Hb – 92 г/л, цв. показатель 0,9),
4. операционные данные (Описание макропрепарата:1. Опухоль яичника диаметром 12 см, на разрезе желтого цвета, плотная, крошащаяся 2. Правые придатки- яичник плотный 3,2\*3,0\*2,5 см, с желтыми участками 3. Матка увеличена на 6-7 мм, на разрезе интерстициальный узел, диаметром 4 см, деформирующий полость матки. Экспресс- гистология: фиброма или лейомиома со вторичными изменениями).

4.04.13 была выполнена операция: Лапаротомия. Экстирпация матки с придатками и опухоли яичника, экстирпация большого сальника . Послеоперационный период без особенностей.

**Рекомендовано:**

* Диспансерное наблюдение у гинеколога ЖК 1 раз в квартал.
* Диспансерное наблюдение у терапевта по поводу анемии.
* 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 (гендевит, пентовит, аевит, фолиевая кислота).
* Регулярное обследование в женской консультации по месту жительства;
* Ближайшие пару месяцев исключить такие процедуры как бани,сауны,солярий.