1. **КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**
2. Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Возраст: 24.09.1956 (58 лет)
4. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место работы, должность: ОАО «Лепельский МКК» столовая – повар;
6. Кем направлена больная: Лепельская ЦРБ
7. Доставлена в стационар в плановом порядке.
8. Диагноз направившего учреждения: Рецидивирующая гиперплазия эндометрия. Миома матки. Анемия легкой степени тяжести.
9. Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки.
10. Диагноз клинический: Миома матки.
11. Диагноз заключительный клинический

а) основной: Миома матки. Рецидивирующая гиперплазия эндометрия.

б) осложнения: Анемия легкой степени.

в) сопутствующий: -

11. Операция: 13.02.2015г (8.20-9.20). Лечебно-диагностическая лапароскопия.

Удаление придатков с обеих сторон №51. Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание №84

 12. Дата поступления: 12.02.2015г.

***II. ЖАЛОБЫ***

***При поступлении:***

Пациентка поступила с жалобами на продолжение менструации, не смотря на свой возраст и проведенную абляцию эндометрия в ноябре 2014 года. Со слов пациентки менструации регулярные, обильные, продолжительностью 5 дней, через 26 дней.
***На момент курации:*** на общую слабость, сонливость.

***III. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ***

Считает себя больной около 10 лет, когда при профилактическом осмотре была обнаружена миома матки (небольших размеров). Больная регулярно наблюдалась. В ноябре 2014 года поступила в гинекологическое отделение роддома №2 г. Витебска с диагнозом «Миома, субмукозный узел II стадия. Гиперплазия эндометрия», было проведено: Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, миомэктомия, абляция эндометрия. После абляции через 2 месяца снова начались менструации. В результате обратилась к гинекологу Лепельской ЦРБ. В ходе этого была обследована: 09.02.2015 выявлено: Ретенционные кисты шейки матки, истинная эрозия шейки матки. Направлена в плановом порядке для хирургического лечения в гинекологическое отделение роддома № 2.

***IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ***

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные и детские инфекции.
Перенесенные операции: 1987г.-аппендэктомия(без особенностей), тонзилэктомия(без осложнений),2013г.РДВ,миомэктомия,абляция эндометрия. Гемотрансфузий не отмечает. Наличие наследственных заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя и наркотических средств) - отрицает. Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз, сахарный диабет отрицает. Жилищно-бытовые условия живет в квартире со всеми удобствами, условия быта удовлетворительные. Условия труда удовлетворительные , профессиональных вредностей не отмечено.

**V.АКТИВНЫЙ РАССПРОС О СОСТОЯНИИ ОСНОВНЫХ СИСТЕМ:**

***Исследование органов дыхания***. Дыхание через нос – свободное. Выделений из носа нет. Носовых кровотечений нет. Болей в горле нет. Ощущения сухости, царапанья в горле – нет. Кашля, мокроты, кровохарканья, болей в грудной клетке, одышки, удушья – нет.

***Исследование органов кровообращения.*** Болей в области сердца нет. Сердцебиение в норме. Перебоев в работе сердца нет. Отек нет.

***Исследование органов пищеварения.*** Аппетит хороший. Жажды, слюнотечения нет. Вкус во рту нормальный. Жевание, глотание, прохождение пищи по пищеводу не затруднено. Изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты, болей в животе нет. Отхождение газов свободное, стул регулярный, 1 раз в сутки.

***Исследование почек, мочевого пузыря.*** Болей нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

***Нервная система.*** Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный.

 **VI.АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

**Менструальная функция**: первые менструации появились в 14 лет, установились в течении года. Длительность менструального цикла - 26 дней, продолжительность менструаций - 5 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние месячные 18.01.2015.

**Секреторная функция:** умеренные выделения белые, слизистого характера, связаны с менструальным циклом (усиливаются во время менструаций), периодические, без запаха, не раздражают окружающие ткани.

**Половая функция:** половую жизнь начала в 20 лет. Замужем. Половая жизнь только в браке, нерегулярная. Боли при половом сношении не испытывает. Методы контрацепции – барьерная (мужской презерватив).

**Детородная функция:** Беременностей - 3 Роды - 2, медицинских абортов-1. I-ая беременность закончилась естественными родами в сроке 39 нед. (без особенностей), пол- женский, живой, весом -3300, рост 52 см . II-ая беременность закончилась естественными родами в сроке 40 нед. пол – мужской, живой, весом 3600,рост 56см. Беременность протекала без особенностей

**Перенесенные гинекологические заболевания:** Миома матки(10лет). Гиперплазия эндометрия- лечение проходила в гинекологическом отделении роддома №2.г.Витебска. В ноябре 2014 абляция эндометрия, в том числе операция №2 удаление субмукозного узла. Гистология: слабая пролиферация эндометрия, клеточные вторичные изменения. ЖГЭ в октябре 2014 полип цервикального канала - РДВ. Гистология: железистая фибропатия эндометрия переходного типа. Хронический двухсторонний аднексит. Истинная эрозия шейки матки(09.02.2014).

***VII. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ***

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Выражение лица доброжелательное. Сознание ясное. Телосложение правильное, рост 176 см, вес 98 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. Послеоперационные раны живота прикрыты 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.

**Исследование органов 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.

**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 приглушены, ритмичные. Шумов нет.

**Исследование 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.

Грыжи 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.

**Исследование почек, мочевого пузыря.**

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

**Нервная система.**

Сознание ясное. Сон не нарушен. 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.

**Эндокринная система**

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

**Исследование молочных желез.**

Молочные железы: мягкой консистенции, без диффузных и очаговых уплотнений. Сосок не втянут, выделений из сосков нет. При пальпации патологических образований, болезненностей не отмечено.

**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-розовая. Шейка матки цилиндрическая, эрозированная. 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 5-6 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.

***VIII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТУМЕНТАРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВНИЯ***

Флюорография (02.02.2015г) Органы грудной клетки без видимой патологии.

ОАК (02.02.2015г.)

Эритроциты- 4,1\*1012/л; Hb-117 г/л; ЦП 0,85; лейкоциты- 6,7\*109/л; СОЭ- 3 мм/ч; Ht- 0,44; тромбоциты- 211\*109/л; сахар крови 2,9 моль/л

Заключение: анемия легкой степени тяжести

ОАМ (05.02.2015г)

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 (05.02.2013г)

Билирубин общий-13,1 мкмоль/л; Альбумины -40; Общий белок- 68г/л; Мочевина- 2,9 мкмоль/л; Креатинин- 58; АлАТ- 28 Ед; АсАТ- 24 Ед; Холестерин- 6,8

Заключение: в пределах нормы.

RW отрицательно от 05.02.2015г

Коагулограмма (05.02.2015г.)

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

Мазок на флору (02.02.2015) без особенностей.

Осмотр терапевта(02.02.2015) Жалоб не предъяляет, терапевтически здорова.

Кольпоскопия (02.02.2015г) Заключение: Ретенционная киста шейки матки

Раздельное диагностическое выскабливание. Гистология: железистая фибропатия

эндометрия переходного типа.

RRS (05.02.2015г) Заключение: без патологии.

ФГДС (04.02.2015г) Заключение: без патологии.

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

УЗИ 02.02.2015г

Матка кпереди. Контуры четкие, неровные. В области дна матки узел 15мм, по передней поверхности узел 25мм-интрамуральный, контур неровный.

Матка размером 75\*55\*71мм. Отражение от эндометрия линейное однородное, толщиной 14 мм.

Правый яичник размером 22\*25мм, обычной структуры. Левый- размером 24\*29мм, строение обычное. Свободной жидкости и образований в малом тазу нет

Заключение: Миома матки. Патология эндометрия.

***IX.ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА***

На основании жалоб (появление менструаций после абляции эндометрия, регулярные, по 5 дней, обильные.); данных анамнеза (состоит на диспансерном учете с диагнозом Миома матки в течение 10 лет когда при профилактическом осмотре была обнаружена миома матки). Больная регулярно наблюдалась. В ноябре 2014 года поступила в гинекологическое отделение роддома №2 г. Витебска с диагнозом «Миома, субмукозный узел II стадия. Гиперплазия эндометрия», было проведено: Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, миомэктомия, абляция эндометрия. После абляции через 2 месяца снова начались менструации. Направлена в плановом порядке для хирургического лечения в гинекологическое отделение роддома № 2.), данных объективного исследования (Шейка матки цилиндрическая, эрозированная. Матка в anteversio flexio, величиной около 5-6 нед. беременности, по консистенции плотная, бугристая, безболезненная); данных лабораторного и инструментального обследования (РДВ. Гистология: железистая фибропатия эндометрия переходного типа. ОАК (02.02.2015г.) Эритроциты- 4,1\*1012/л; Hb-117 г/л; УЗИ (02.02.2015г.) Матка кпереди. Контуры четкие, неровные. В области дна матки узел 15мм, по передней поверхности узел 25мм- интрамуральный, контур неровный. Матка размером 75\*55\*71мм. Отражение от эндометрия линейное однородное, толщиной 14 мм.), можно выставить следующий клинический диагноз:

Основное заболевание: Миома матки. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия.

Осложнения: Анемия легкой степени.

Сопутствующие: **-**

***X.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 | 58 лет  |
| 2. Характер менструации | Меноррагия | Отсутствует | Ациклические кровотечения | Меноррагия |
| 3.болевой синдром | Может быть | Нет | Характерен | нет |
| 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 |

**Дифференциальная диагностика кисты яичника и миому матки**

 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 свидетельствуют в пользу миомы 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.

***XI.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(как у нашей пациентки)

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.

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.**

Ведущим факторов в развитии миомы матки является **нарушение метаболизма эстрогенов и функции желтого тела**.

Важную роль в возникновении и развитии миомы матки, являющейся **гормональнозависимым новообразованием**, играют **нарушения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка**.

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).

В генезе миомы матки играют роль изменение **иммунологической реактивности** организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции.(Возможно наличие заболевания- Хронический двухсторонний аднексит ,как хронический очаг инфекции)

Ведущим фактором **наследственная предрасположенность**. (Наследственную предрасположенность отрицает)

**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.

Предрасполагающими моментами в развитии миомы матки являются **преданемические состояния** **и железодефицитная анемия**.( У пациентки анемия легкой степени тяжести);

Следовательно, миома матки является **полиэтиологичным 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.

***XII. 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.. Показанием к консервативной миомэктомии является молодой возраст женщины до 40 лет. (**Нашей пациентке 58 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.

Но экстирпация матки увеличивает риск развития у **нашей пациентки**, таких **осложнений** после удаления матки как: \*Недержание мочи; \*Выпадение влагалища; \*Образование свища (аномальный канал, соединяющий влагалище и мочевой пузырь); \*Хронические боли.), чаще всего вызванных физиологическими последствиями операции, так как наблюдается нарушение положения мочевого пузыря и кишечника. Ослабевают мышцы тазового дна и бывают уже не в состоянии поддерживать влагалище.

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.

 Для **нашей пациентки** выбрано: лапароскопическое удаление придатков с обеих сторон ( Овариоэктомия ), в следствии исключения гормонпродуцирующей опухоли яичников, в результате этого у данной женщины остановятся менструации,(которые не прекратились после абляции эндометрия)в итоге у нее наступит климакс.

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; препараты железа - в зависимости от выраженности анемии; антимикробную терапию; адаптогены.

Так как у данной пациентки миома матки сочетается с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, пациентке 58 лет, рекомендовано хирургическое лечение - лапароскопия, удаление яичников с обеих сторон (Овариоэктомия ).

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 13.02.2015года.08.20-08. 40 .

**Операция №51 Оперативная лапароскопия. Овариоэктомия (удаление придатков с обеих сторон)**

Под эндотрахеальным закисно-кислородным наркозом на фоне НЛА. В ходе операции вводиться трубка с небольшим объективом и источником света, которая проникает через небольшой разрез в области пупка.

**Обнаружено:**

Переднематочное пространство без патологии, позадиматочное пространство без патологии, в брюшинных карманах эндометриоз не обнаруживается. Выпот в брюшной полости отсутствует. Матка видна, форма правильная, бугристая, размеры до 5-6 нед.

**Правые придатки матки**

. Яичник виден, размеры 2,0\*2,5см, без патологии. Маточная труба просматривается на всем протяжении. Цвет трубы нормальный. Широкая маточная связка без патологии.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Левые придатки матки**

. Яичник виден, размеры 2,0\*2,5см, без патологии. Маточная труба просматривается на всем протяжении. Цвет трубы нормальный. Широкая маточная связка без патологии.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аппендикс не виден.

Кишечник без патологии

Сальник без патологии

Печень без особенностей.

**Лапароскопический диагноз**: Рецидивирующая железистая гиперплазия, Миома матки.

Оперативные вмешательства: есть. ЛС Удалены придатки с обеих сторон.

**Гистероскопия №84 13.02.15г.**

История болезни 464

Ход операции: в асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы Кюретой №2 произведено выскабливание «С» канала-соскоб скудный. Длина полости матки по зонду 7 см. Цервикальный канал расширен до №11 расширителем Гегара без затруднений. В полость матки введен гистероскоп . Полость матки не деформирована. Слизистая бледно-розовая, складчатая. Сосудистый рисунок не выражен. Устья маточных труб свободны.

Произведено выскабливание эндометрия кюретками №6.Соскоб скудный, умеренный.

Заключение: Миома матки

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

***XIII. ДНЕВНИКИ***

16.02.2015г.

Состояние удовлетворительное. Жалобы на момент курации общую слабость, пониженный аппетит. Повязка сухая. Кожные покровы бледно-розовые. Видимые слизистые без особенностей. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 75 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД 130/85 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме. Температура 36,7 С.

17.02.2015г.

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледно-розовые. Видимые слизистые без изменений. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 88 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме. Температура 36,6С.
 18.02.2015г.
Состояние удовлетворительное. Жалобы не предъявляет. Кожные покровы бледно-розовые. Видимые слизистые без особенностей. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 88 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме. Температура 36,6С.

***XIV.Прогноз***

Для жизни – благоприятный.

Для менструальной и детородной функций – неблагоприятный.

Для трудоспособность – благоприятная.

***XV.ЭПИКРИЗ***

Пациентка Дурко Зоя Степановна, 58 лет, поступила в гинекологическое отделение Роддома № 2 г. Витебска 12.02.2015г. по направлению Лепельской ЦРБ с диагнозом: Миома матки. Рецидивирующая гиперплазия эндометрия. Анемия легкой степени тяжести.

 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**.** 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 5-6 нед. беременности, по консистенции плотная, бугристая, безболезненная 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.

РДВ. Гистология: железистая фибропатия эндометрия переходного типа. ОАК (02.02.2015г.) Эритроциты- 4,1\*1012/л; Hb-117 г/л; УЗИ (02.02.2015г ) Матка кпереди. Контуры четкие, неровные. В области дна матки узел 15мм, по передней поверхности узел 25мм- интрамуральный, контур неровный. Матка размером 75\*55\*71мм. Отражение от эндометрия линейное однородное, толщиной 14 мм.

Биохимический анализ крови (05.02.2013г)

Билирубин общий-13,1 мкмоль/л; Альбумины -40; Общий белок- 68г/л; Мочевина- 2,9 мкмоль/л; Креатинин- 58; АлАТ- 28 Ед; АсАТ- 24 Ед; Холестерин- 6,8

Заключение: в пределах нормы.

**Клинический диагноз**. *Основное заболевание*: Миома матки. Рецидивирующая гиперплазия эндометрия.

*Осложнения:* Вторичная анемия легкой степени.

*Лечение*: проведена операция 13.02.2015г. Оперативная лапараскопия №51. Удаление придатков с обеих сторон.

Гистероскопия №84(13.02.2015) Заключение: Миома матки.

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.