Гинекологическое отделение Дата и время поступления 06.02.2013 г.

Роддома № 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа крови 2 Дата и время выписки 12.02.2013

Резус принадлежность Rh+ Палата № \_\_\_\_\_\_\_\_11

**КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № \_\_\_**

1. Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 07.09.1965г.(47 лет)
3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы, должность: 1 ГКБ санитарка
5. Кем направлена больная: ЖК №2
6. Доставлена в стационар по экстренным покпазаниям: нет
7. Диагноз направившего учреждения: Миома матки
8. Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки
9. Диагноз клинический: Миома матки с субсерозным расположением узла. Отёк узла
10. Диагноз заключительный клинический

а) основной: Миома матки с субсерозным расположением узла.

б) осложнение основного: Отёк узла.

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

**ЖАЛОБЫ**

Жалобы на периодические, тянущие боли справа внизу живота, усиливающиеся в период менструаций. Слабость, недомогание.

**ANAMNESIS VITAE**

Наследственность: У матери была миома матки.

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.

Месячные с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дней, через 30 дней, умеренно обильные, безболезненные, регулярные. Последние месячные –27.12.2012г.

Выделения из половых путей слизистой консистенции, связаны с менструальным циклом (усиливаются во время менструаций), окружающие ткани не раздражают.

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

Беременностей - 8. Роды –1.Аборты-4.Выкидыши-3 Беременность наступила через 1,5 года после начала половой жизни. Беременность закончилась в 1990 году естественными родами в сроке 39 нед. двойней. протекала без особенностей.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной около 7 лет, когда в плановом порядке была осмотрена гинекологом ЖК где и была диагностирована миома матки. С 2005 года состоит на диспансерном учете в женской консультации. Со слов пациентки на протяжении этого времени ее беспокоили редкие незначительные боли внизу живота. 31.01.2013 пациентка почувствовала сильные, периодические, тянущие боли справа внизу живота. 03. 02.2012 обратилась в ЖК, после чего была направлена в стационар для обследования и тактики дальнейшего лечения.

**STATUS PRAESENS**

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

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

*Исследование органов кровообращения*. При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный, тоны ритмичные, ясные, шумов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжённый, частота – 76 в минуту. АД 120/80.

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

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

*Нервная система.*

Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный.

*Гинекологический статус:*

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

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

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные. Шейка матки цилиндрическая, плотная. Канал закрыт. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 7-8 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, болезненное при пальпации. По правому ребру – субсерозный узел, диаметром до 3 см. Придатки не пальпируются, область их при пальпации свободна, безболезненна. Смещение за шейку матки безболезненно. Крестцово-маточные связки и параметрий не изменены.

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

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ**

ОАК (06.02.13)

Эритроциты – 4,0\*10; Hb – 135 г/л; Ц.П. 0,98; Лейк. – 7,5\*10(п-6%, с-64%, э-4%, м-10%, л-16%); СОЭ – 5 мм/ч



ОАМ (06.02.13)

Цвет – с/ж, кислая, плотность – 1020, белок отр., глюкоза отр.

*При микроскопическом исследовании:*

Эритроциты – 0-1 в поле зрения

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения

Биохимический анализ крови (07.02.13)

билирубин 14,4 мкмоль/л

Общий белок 84г/л

Мочевина 4,7 мкмоль/л

Глюкоза 5,5 мкмоль/л

RW отрицательно от 07.02.13

Коагулограмма (07.02.13)

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

Посев выделений из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам 07.02.13

Заключение: Выделен Str.α-haematolyticus. Чувствителен к ванкомицину, цефтриаксону, доксициклину.

 УЗИ 08.02.13

Тело матки 76\*54\*54. Эндометрий 17мм. По передней стенке ближе к перешейку субсерозный узел 22мм, в дне субсерозный узел 52мм. Левый яичник 22\*16 правый яичник 24\*16. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Заключение: Миома матки с нарушением питания узла.

 **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 | 46 лет |
| 2. Характер менструации | Меноррагия | Отсутствует | Ациклические кровотечения | Меноррагия |
| 3.болевой синдром | Может быть | Нет | Характерен | Выражен |
| 4. Характер роста | Медленный | Характерный для беременности | Быстрый рост | Медленный |
| 5. Размер матки | Увеличена, бугристая | Равомерное увеличение | Увеличена | Увеличена с бугристой поверхностью |
| 6. Консистенция | Плотная | Мягковатая | Плотная с участками размягчения | Плотная |
| 7. Наличие и характер белей | Не характерны | Могут быть | Гнилостного характера | Нет |
| 8. Анемия | Может быть | Может быть | Резкая | Нет  |
| 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 | Нет  |
| 11. СОЭ | Не изменено | Не изменено | Ускорено | В пределах нормы |
| 12. УЗИ | Наличие одного или нескольких узлов | Плодное яйцо с сердцебиением | Узел не однородной структуры | Наличие нескольких узлов |

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

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

*Клинический диагноз:*

Миома матки с субсерозным расположением узла. Отёк узла

Выставлен на основании:

1. жалоб на:

* периодические, тянущие боли справа внизу живота, усиливающиеся в период менструаций.

2. данных анамнеза:

* состоит на диспансерном учете с диагнозом Миома матки в течение 8 лет.

3. данных влагалищного исследования:

* Тело матки величиной 7-8 нед. беременности, по консистенции плотное, бугристое, болезненное при пальпации. По правому ребру – субсерозный узел, диаметром до 3 см.

4. данных лабораторного и инструментального обследования:

* УЗИ Заключение: Миома матки с нарушением питания узла.

5.проведенного дифференциального диагноза с беременностью и саркомой матки.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Миома матки (ММ) — моноклональный гормоночувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически изменённых гладкомышечных клеток миометрия.

Существуют две теории происхождения клеткипредшественника ММ. Одна подразумевает появление дефекта клетки во время онтогенетического развития матки вследствие длительного нестабильного периода эмбриональных гладкомышечных клеток, вторая предполагает возможность повреждения клетки в зрелой матке. Тот факт, что согласно аутопсийным исследованиям распространённость ММ достигает 80%, позволяет считать вторую теорию происхождения клеткипредшественника более правдоподобной.

Формирование зачатка роста миоматозного узла происходит следующим образом. Можно предполагать, что в ходе многократно повторяющихся циклов гиперплазии миометрия во время менструального цикла происходит накопление гладкомышечных клеток, в которых нарушается процесс апоптоза, и эти пролиферирующие клетки подвергаются воздействию различных повреждающих факторов.

Повреждающими факторами могут выступать: ишемия, обусловленная спазмом спиральных артерий во время менструации, воспалительный процесс, травматическое воздействие при медицинских манипуляциях или очаг эндометриоза. С каждым менструальным циклом количество повреждённых клеток накапливается. Часть клеток рано или поздно элиминируется из миометрия, из других начинают формироваться зачатки миоматозных узлов с различным потенциалом к росту. Активный зачаток роста на первых стадиях развивается за счёт физиологического колебания концентрации гормонов во время менструального цикла. В дальнейшем образовавшаяся кооперация клеток активизирует аутокриннопаракринные механизмы, обусловленные факторами роста, формирует локальные автономные механизмы поддержания роста (локальная продукция эстрогенов из андрогенов и образование соединительной ткани), и значение физиологических концентраций половых гормонов для формирования миоматозного узла перестаёт быть основным.

Пролиферативная активность клеток ММ обусловлена дисрегуляцией генов *HMGIC* и *HMGIY*, расположенных в хромосомах 12 и 6 соответственно, то есть в локусах наиболее распространённых хромосомных аббераций, характерных для этого образования. Продуктом экспрессии генов *HMGIY* и *HMGIC* признают белки, отнесённые к различным семействам группы высокоподвижных белков. Аберрантная экспрессия *HMGIC* и *HMGIY* белков чаще всего характеризует злокачественный процесс. В то же время дисрегуляцию этих белков вследствие хромосомных перестроек наиболее часто выявляют в различных доброкачественных мезенхимальных образованиях. Характер экспрессии *HMGIC* и *HMGIY* белков указывает на их участие в быстром росте эмбриональных тканей и тканей в культуре. Моноклональный пролиферат гладкомышечных клеток миометрия, в которых за счёт дисрегуляции генов *HMG* активизирована программа клональной пролиферации ткани, на фоне нормального гормонального фона увеличивается в размерах, в то время как клетки неизменённого миометрия находятся в состоянии относительного покоя.

Значение гормонального фона для роста миоматозного узла до определённого этапа критично. С увеличением размера формирование аутокриннопаракринной регуляции роста и становление локальных автономных механизмов делают рост миомы относительно независимым. Здесь речь идёт в большей степени не о способности узла миомы автономно увеличиваться в размерах в условиях полного отсутствия гормонального влияния, а о невозможности значимого регресса размеров образования при лишении его гормональных стимулов. В наибольшей степени это связано с нарастанием в

структуре узла доли соединительной ткани, а также за счёт локального синтеза эстрогенов из андрогенов.

**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 12 нед. беременности) даже в отсутствии жалоб.
* нарушение функции смежных органов, например, мочевого пузыря
* быстрый рост опухоли (более чем на 4 недель в год)
* подбрюшинный узел на ножке, т.к. существует опасность перекрута его ножки
* развитие вторичной анемии, то есть малокровия, развивающегося из-за обильных кровотечений, вызванных миомой
* 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 радикальный 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 (до37, в редких случаях по 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.

Данной больной в связи с небольшими размерами миоматозно измененной матки (до 7-8 недель беременности), небольшим размером миоматозных узлов до 3 см в диаметре, субсерозным расположением миоматозных узлов, относительно медленным ростом миомы, отсутствие деформации полости матки, и отсутствием противопоказаний к применению препаратов показано проведению консервативной терапии.

*План лечения*

1. Режим постельный
2. Стол общий
3. Инфузионная терапия:

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

 Sol. Pentoxiphylini 5,0

 S.В/в капельно 3 раза в сутки.

1. Антибактериальная терапия

 Rp.: Cefatoxini 1,0

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

 S. В/м 3 раза в сутки.

5. Витамины

 Rp.: Tab. Ac. Ascorbinici 0.2

 D.t.d.N. 20.

1. По 1 табл. 2 раза в день.

**ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число | Результаты исследования | Назначения |
| 06.02.2013 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительные боли справа внизу живота. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 72 ударов в минуту удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.  | Rp.: Cefatoxini 1,0 D.t.d.N. 10 in amp. S. В/м 3 раза в сутки.Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 200 ml Sol. Pentoxiphylini 5,0S.В/в капельно 3 раза в сутки. |
| 07. 02.13 | Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 72 ударов в минуту удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.  | Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 200 ml Sol. Pentoxiphylini 5,0S.В/в капельно 3 раза в сутки. |

**ПРОГНОЗ, ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Прогноз для жизни и трудовой деятельности благоприятный.

**ЭПИКРИЗ**

Пациентка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 47 лет, поступила 06.02.13г по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом миома матки. Клинически обследована, в общлекинических анализах крови и мочи изменений не обнаружено. При УЗИ была выявлена: Миома матки с нарушением питания узла. Заключительный диагноз: Миома матки с субсерозным расположением узла. Отёк узла.

Лечение: ИТ, цефазолин, витаминотерапия.

Пациентка выписана.

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 (гендевит, пентовит, аевит, фолиевая кислота).