Паспортная часть

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 49 лет ( 02.01.1962 г.)
3. Национальность: русская
4. Дата поступления:
5. Профессия: не работает
6. Семейное положение: не замужем

Жалобы на момент поступления:

На нерегулярные через 22-32 дня, длящиеся 7 дней обильные, болезненные менструации со сгустками усилившиеся в течение последних двух дней, на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота,иррадиирующие в поясничную область; на слабость; быструю утомляемость и частые головокружения в течение последних нескольких месяцев.

Со стороны других органов и систем жалоб нет.

Жалобы на момент курации не предъявляет.

***Anamnesis morbi***

Больной себя считает с 1999г., когда впервые во время профилактического осмотра была выявлена миома матки. Больная регулярно наблюдалась, за время наблюдения значительного роста не отмечалось. В 2009г. состояние больной ухудшилось, появились слабость, головокружение, а затем обильное кровотечение из половых путей. Проведено выскабливание полости матки. Подробности обследования больная не помнит. Была назначена фитотерапия. 30 мая 2011 года жалобы возобновились. 2 июня 2011 года больная с жалобами на обильные, болезненные кровотечения, постоянные тянущие боли в нижних отделах живота, головокружение, слабость бригадой скорой медицинской помощи доставлена в гинекологическое отделение ГУЗ УОКБ для обследования и лечения.

***Гинекологический анамнез***

Менструальная функция: Менструации появились в 14 лет, регулярные, продолжительностью 3 дня, безболезненные, установились через месяц. Длительность менструального цикла 27-28 дней. Степень кровопотери умеренная. Последняя менструация 2 июня. Особенностей цикла после начала половой жизни, абортов не отмечает.

Половая функция: Половая жизнь с 17 лет, половое чувство сохранено, болезненности при половых сношениях не отмечает, кровянистые выделения отсутствуют. Противозачаточные средства не применяла.

Репродуктивная функция: Произведено 4 аборта. Детей нет.

Секреторная функция: отмечает скудные слизистые выделения из половых путей, без запаха.

***Перенесенные гинекологические заболевания***

Много лет назад выявлена эрозия шейки матки, в 1995 году проведена коагуляция, рецидивов не наблюдалось.

***Перенесенные соматические заболевания***

На протяжении жизни болела: гриппом, ангиной, корью, простудными заболеваниями 1-2 раза в год.

.***Аллергологический анамнез***

Аллергические реакции отрицает

***Гемотрансфузионный анамнез***

Переливание плазмы, крови, кровезаменителей отрицает.

***Привычные интоксикации***

Курение, употребление алкоголя, наркотических средств отрицает.

***Наследственность*** не отягощена. Наличие туберкулёза, психических, венерических и онкологических заболеваний, болезней крови и обмена веществ, гепатита у себя и близких родственников отрицает

Данные объективного исследования

***Status prаesens***

Общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует действительному возрасту. Телосложение правильное, соотношение головы, шеи, туловища и конечностей пропорциональное. Рост 163 см, вес 71 кг.

*Кожные покровы и видимые слизистые оболочки.*

Кожные покровы бледные, чистые умеренной влажности, тургор несколько снижен. Дермографизм белый устойчивый. Слизистые губ и конъюнктива глаз розовые, чистые. Волосяной покров развит по женскому типу. Варикозно расширенных вен, пролежней, опухолей не выявлено.

*Подкожно-жировая клетчатка.*

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожная складка по левой передней подмышечной линии равна 2 см.

*Периферические лимфатические узлы* (затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются.

*Молочные железы и соски:* Молочные железы развиты правильно. Соски пигментированы.

*Опорно-двигательный аппарат:* Костно-суставная система без особенностей. Суставы обычной формы, объем движений полный, болезненности, хруста при движениях нет. Деформаций костей не отмечено. Мышцы развиты умеренно. Тонус мышц в норме. Сила мышц сохранена. Мышцы при пальпации безболезненны.

***Органы дыхания.***

*Осмотр.*

Грудная клетка нормостенической формы, без деформации, симметричная, межреберья сглажены. Лопатки располагаются симметрично, степень прилежания лопаток к грудной клетке умеренная. Над- и подключичные ямки симметричные, сглаженные.

Эпигастральный угол равен 90°, стернальный – умеренно выражен. Тип дыхания – грудной. Число дыхательных движений – 18 в мин.

Дыхание ритмичное, поверхностное. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Вспомогательные мышцы в акте дыхания участия не принимают.

Нос правильной формы, носовое дыхание не затруднено.

*Пальпация грудной клетки*

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Голосовое дрожание выражено умеренно, равномерное на правой и левой половинах грудной клетки. Грудная клетка эластичная.

*Перкуссия грудной клетки*

**Сравнительная перкуссия:** равномерный ясный легочной звук во всех точках легочных полей передней и задней поверхности грудной клетки.

**Топографическая перкуссия:** высота стояния верхушек легких с обеих сторон: на 3,5 см над верхним краем ключицы; сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа – 5 см, слева – 4,5 см.

**Нижние границы легких**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографические линии** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Окологрудинная линия | V межреберье | – |
| Среднеключичная линия | VI ребро | – |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация легких*

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Дополнительные дыхательные шумы (крепитация, шум трения плевры) отсутствуют.

Бронхофония выражена умеренно, равномерная на правой и левой половинах грудной клетки.

# *Сердечно-сосудистая система*

*Осмотр*

Область сердца не изменена. Патологической пульсации и изменений со стороны периферических сосудов нет. Воротник Стокса отсутствует.

*Пальпация*

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно–ключичной линии. Симптом "кошачьего мурлыканья" не определяется.

Пальпаторно область сердца безболезнена.

Артерии при пальпации мягкие, эластичные.

Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, правильного ритма с частотой 72 удара в мин., умеренного наполнения и напряжения; дефицит пульса не определяется.

### *Перкуссия*

**Границы относительной сердечной тупости:**

правая – в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая – на 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии;

верхняя – в III межреберье по левой парастернальной линии.

**Границы абсолютной сердечной тупости:**

правая – левый край грудины;

левая – на 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии;

верхняя – IV ребро по левой парастернальной линии.

**Ширина сосудистого пучка** 5,5 см.

*Аускультация сердца -* Тоны сердца ясные, ритм правильный.

*Аускультация сосудов*

АД – 110/80 мм. рт. ст.

*Органы пищеварения*

*Осмотр полости рта*

Слизистые оболочки бледно розового цвета; изъязвлений, гемморагий, высыпаний нет; миндалины не увеличены, чистые; язык влажный, равномерно обложенный белым налетом. Специфический запах изо рта отсутствует. Состояние зубов удовлетворительное. Десны бледно-розового цвета, без признаков кровоточивости.

*Осмотр живота*

Живот овоидной формы, симметричный, равномерно выпячивается. Видимой перистальтики нет. Грыжевые выпячивания, расширения подкожных вен («голова медузы»), асимметрия и деформация в области правого и левого подреберий не наблюдаются. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Симптом Курвуазье, пульсация печени отсутствуют.

###### Пальпация живота

**Ориентировочная поверхностная пальпация.** Живот мягкий, не напряженный, безболезненный. Симптомы Щёткина–Блюмберга, Менделя отрицательны, зоны гиперестезии отсутствуют. Расхождения прямых мышц живота, грыж не обнаружено.

**Глубокая скользящая методическая пальпация по Образцову.**

При глубокой пальпации патологических изменений со стороны органов брюшной полости не выявлено. Печень и селезенка не пальпируется.

*Перкуссия живота*

Над всей поверхностью живота определяется тимпанический звук. Симптом флюктуации отрицательный; наличие свободного газа, свободной жидкости в брюшной полости, зоны высокого тимпанита не определяются.

*Перкуссия печени*

*Размеры печени по Курлову:*

по правой среднеключичной линии – 9 см.

по переднесрединной линии – 8 см.

по левой реберной дуге – 7 см.

*Перкуссия селезенки*

Размеры селезенки: поперечник – 7 см, длинник – 8 см.

*Аускультация живота*

Кишечная перистальтика выражена умеренно. Шум трения брюшины отсутствует.

***Мочевыделительная система***

*Осмотр*

Поясничная область не изменена. Слаженности ее контуров, припухлости нет. Флюктуация не обнаруживается.

*Пальпация*

Почки не пальпируются, мочевой пузырь при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь при пальпации безболезненный.

#### *Эндокринная система*

#### Осмотр

Визуально область шеи не изменена.

Вторичные половые признаки развиты по женскому типу. Тремор рук и век, экзофтальм отсутствуют. Нарушение роста и акромегалии нет.

*Пальпация*

Щитовидная железа не увеличена*,* безболезненна, смещается при глотании.

*Нервная система*

Интеллект сохранен, поведение адекватное, ориентирована в пространстве и времени, легко вступает в контакт. Рефлексы сохранены, настроение спокойное, приподнятое. В позе Ромберга устойчива, менингеальные симптомы отсутствуют. Тип ВНД – сильный, подвижный, уравновешенный.

***Status genitalis***

Наружные половые органы развиты правильно, без видимых патологических изменений. Оволосение по женскому типу, умеренное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Слизистая входа во влагалище розовая, чистая. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища обычной окраски без видимых патологических изменений. Шейка цилиндрической формы, подвижная, эрозированная. Наружный зев приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плотное образование. Выделения кровянистые, обильные, со сгустками. При влагалищном исследовании: матка в anteflexio, увеличена до 7-8 недель беременности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

***Предварительный диагноз и его обоснование.***

На основании:

**Жалоб** на нерегулярные через 22-32 дня, длящиеся 7 дней обильные, болезненные менструации со сгустками усилившиеся в течение последних двух дней, на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота,иррадиирующие в поясничную область; на слабость; быструю утомляемость и частые головокружения в течение последних нескольких месяцев

**Анамнеза morbi:** Больной себя считает с 1999г., когда впервые во время профилактического осмотра была выявлена миома матки. Больная регулярно наблюдалась, за время наблюдения значительного роста не отмечалось. В 2009г. состояние больной ухудшилось, появились слабость, головокружение, а затем обильное кровотечение из половых путей. Проведено выскабливание полости матки. Подробности обследования больная не помнит. Была назначена фитотерапия. 30 мая 2011 года жалобы возобновились.

**Status genitalis:** Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища обычной окраски без видимых патологических изменений. Шейка цилиндрической формы, подвижная, эрозированная. Наружный зев приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плотное образование. Выделения кровянистые, обильные, со сгустками. При влагалищном исследовании: матка в anteflexio, увеличена до 7-8 недель беременности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

Ставиться предварительный диагноз: Миома матки, симптом роста, боли. Эрозия шейки матки. Анемия 1 ст.

***План обследования больной***

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови - протромбиновый индекс, фибриноген, свертываемость, кровоточивость, время рекальцификации, толерантность плазмы к гепарину.

4. Анализ крови на сахар

5. Кровь на RW и ВИЧ.

6. ЭКГ.

7. Исследование мазков на гонококки. Мазок на степень чистоты.

8. Мазок из шейки, цервикального канала на наличие атипичных клеток..

9. Определение группы крови и Rh принадлежности.

10. Трансвагинальное УЗИ.

11. Флюорография

12. Консультация анестезиолога.

13. Гистеросальпингография.

14. Кольпоскопия.

***Результаты лабораторных и дополнительных методов исследования.***

***1. Клинический анализ крови***

Hb - 82 г/л

Эритроциты - 3.27 \* 10^12 г/л

Цветной показатель - 0.7

Лейкоциты - 11.6 \* 10^9 г/л

Палочки - 3%

Сегменты - 71%

Эозинофилы - 0%

Лимфоциты - 24%

Моноциты - 2%

СОЭ - 22 мм/час

*Заключение:* Анемия I ст.

***2. Общий анализ мочи***

Цвет - светло-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1024

Белок - нет

Сахар - нет

Лейкоциты - ед. в поле зрения

*Заключение:* патологии не выявлено.

***3. Биохимический анализ крови***

Общий белок - 70.7 г/л

Амилаза - 5.2 г/л/ч

СОЭ - 6.0 мм/час

АЛГ - 0.5

АСТ - 0.4

Общий биллирубин - 10.3 мкмоль/л

Сахар - 5.2 ммоль/л

Мочевина - 5.1 ммоль/л

Креатинин - 0.08 ммоль/л

Холестерин общий - 5.2 ммоль/л

Фибриноген - 3 г/л

*Заключение:* патологии не выявлено.

***4.Кровь на RW.***

*Заключение:* Отрицательно.

***6. ФЛГ.***

*Заключение*: Органы грудной клетки без патологии.

. ***7.ЭКГ.***

*Заключение*: Ритм синусовый, 78 ударов в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца.

***8.Определение группы крови и Rh-принадлежности.***

Группа крови В(III)

Rh (+), положительн.

***9. Исследование мазков на гонококки.***

*Заключение*: Гонококки не обнаружены.

***10. Мазок из шейки и цервикального канала(на наличие атипичных клеток).***

Шейка матки: типический плоский эпителий.

Цервикальный канал: типический эндоцервикальный эпителий.

***11.Коагулограмма:***

Протромбиновый индекс - 70%

## Тромботест - V

Фибриноген - 3 г/л

Время образования сгустка - 7'

Фибринолитическая активность - 240 мин

***12. Трансвагинальное УЗИ***

*Тело матки* в обычном положении, размеры обычные, длина - 54 мм, толщина - 35 мм; толщина передней стенки -15 мм, задней стенки – 15 мм, ширина – 61 мм.

Форма обычная, определяется субмукозный узел в миометрии.

*Эндометрий* – толщина – 8 мм, структура обычная, контуры четкие, кальцинатов нет.

*Полость матки* не расширена, не деформирована.

*Шейка матки* – длина – 33 мм, ширина – 30 мм, структура изменена за счет жидкостный включений; цервикальный канал не расширен.

*Правый яичник* – длина – 21 мм, толщина – 17 мм, ширина – 8 мм. Форма обычная, структура неоднородная, диффузных изменений нет.

*Левый яичник* – длина 31 мм, толщина – 25 мм, ширина – 22 мм. Форма обычная, структура неоднородная, диффузных изменений нет.

**Заключение:** Миома матки (субмукозный узел).

***Клинический диагноз и его обоснование***

Диагноз:

*Основной –М*иома матки, субмукозная форма симптом роста, боли

*Сопутствующий –* Эрозия шейки матки. Анемия I степени.

Диагноз выставлен на основании:

**Жалоб** на нерегулярные через 22-32 дня, длящиеся 7 дней обильные, болезненные менструации со сгустками усилившиеся в течение последних двух дней, на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота,иррадиирующие в поясничную область; на слабость; быструю утомляемость и частые головокружения в течение последних нескольких месяцев

**Анамнеза morbi:** Больной себя считает с 1999г., когда впервые во время профилактического осмотра была выявлена миома матки. Больная регулярно наблюдалась, за время наблюдения значительного роста не отмечалось. В 2009г. состояние больной ухудшилось, появились слабость, головокружение, а затем обильное кровотечение из половых путей. Проведено выскабливание полости матки. Подробности обследования больная не помнит. Была назначена фитотерапия. 30 мая 2011 года жалобы возобновились.

**Status genitalis:** Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища обычной окраски без видимых патологических изменений. Шейка цилиндрической формы, подвижная, эрозированная. Наружный зев приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плотное образование. Выделения кровянистые, обильные, со сгустками. При влагалищном исследовании: матка в anteflexio, увеличена до 7-8 недель беременности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

**Данных лабораторно-инструментального обследования:**

У больной имеется анемия - Hb - 82 г/л, эритроциты - 3.27 \* 1012 г/л, цветной показатель - 0.7, умеренный лейкоцитоз - лейкоциты - 11.6 \* 109 г/л, умеренно повышена СОЭ - 22 мм/час.

Заключение при проведении трансвагинального УЗИ: Миома матки субмукозная форма.

***Дифференциальный диагноз***

У данной больной ведущими симптомами заболевания являются постоянные, тянущие боли внизу живота, обильные кровянистые выделения. Данные симптомы могут встречаться при раке тела матки, с которым необходимо дифференцировать миому матки.

Для рака тела матки наиболее характерным симптомом в начальных стадиях заболевания является появление "молочных" белей, чего у нашей больной не отмечалось. Кровянистые выделения при раке тела матки носят контактный характер или появляются после физической нагрузки. У нашей больной кровянистые выделения носят неконтактный, постоянный характер. Боли при раке тела матки в зависимости от стадии опухолевого процесса носят различный характер: в ранних стадиях заболеваниях боли носят схваткообразный характер, после которых появляются патологические выделения (гной, кровь); в дальнейшем боли становятся ноющими, усиливающимися в ночное время; кроме того, появляются нарушения со стороны соседних органов. Хотя при миоме схваткообразные боли могут иметь место при рождении субмукозного узла, тем не менее, после этих болей нет патологических выделений. Так как рак тела матки является злокачественным новообразованием, то он будет характеризоваться быстрым прогрессированием опухолевого процесса (прорастание в соседние органы, появление лимфогенных и гематогенных метастазов), а соответственно появлением симптомов поражения не только соседних органов, но и отдаленных органов и систем, а также проявлением раковой интоксикации. Окончательный диагноз рака тела матки может быть верифицирован гистологическим исследованием. Таким образом, на основании различий в клинической картине заболевания, данных объективного и инструментального обследований можно исключить диагноз рак тела матки у данной больной.

Постоянные тянущие боли внизу живота, усиливающиеся при физической нагрузке также наблюдаются при не осложненной псевдомуцинозной кистоме. Возраст больной является характерным для возникновения данной патологии, поэтому необходимо дифференцировать миому с псевдомуцинозной кистомой. При не осложненной псевдомуцинозной кистоме нет кровянистых выделений, при бимануальном исследовании в области придатков матки определяется овальное, многокамерное образование эластической консистенции, с узловатой поверхностью, что визуализируется при ультразвуковом исследовании. Кроме того, частым осложнением псевдомуцинозной кистомы является полный перекрут ножки, что сопровождается картиной острого живота. У нашей больной при бимануальном исследование определяется образование в полости матки, что подтверждается данными УЗИ. Таким образом, диагноз псевдомуцинозной кистомы должен быть исключен из ряда возможных у нашей больной.

***Лечение***

**Общие принципы лечения миомы матки**

Цель лечения: торможение роста опухоли.

Задачи лечения:

1. восстановление нарушенных соотношений в гипоталамо-гипофизарной системе.
2. устранение (снижение) проявлений сопутствующего воспалительного процесса.
3. нормализация функции яичников.
4. улучшение состояния миометрия

Консервативное лечение:

Показания:

* приемлемо в любом возрасте до наступления менопаузы, но особенно в репродуктивном периоде
* клинически малосимптомное и бессимптомное течение заболевания
* расстройства менструального цикла не приводящие к анемизации женщины
* миома матки в сочетании с тяжелой экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказанием для операции
* сочетание миомы матки с воспалением придатков матки, клетчатки малого таза с адгезивным процессом при условии отсутствия мешотчатых гнойно-воспалительных образований, частых обострений
* сочетание миомы матки с аденомиозом, эктоцервикальным эндометриозом шейки матки

*Методы консервативного лечения:*

• Диетотерапия

• Фитотерапия

• Физиотерапия

• Адаптогены (милайф и др.)

• Витаминотерапия

• Гормональная терапия

• Симптоматическая и антианемическая терапия

• Гирудотерапия

# Диета при миоме матки

1. Белковое питание с ограничением жиров и углеводов.

2. Для нормализации функции желудочно-кишечного тракта утром, натощак за 30-60 мин. до завтрака с приемом по 7-10 дней:

• Соки:

- картофельный из клубней в период с VI по 1 (при отсутствии гипоацидного гастрита) по 100 мл.;

- свекольный, морковный по100 мл.;

- абрикосовый, сливовый, яблочный по 250 мл.

• Минеральные воды: «Боржоми», «Смирновская», «Ессентуки» № 4, 17.

3. Продукты богатые йодом: (морская капуста, креветки, кальмары, йодированная соль и т.д.). Раствор KI 0,25 % по 1 ст. ложке 4 раза в день, в течении 14-20 дней - 6 месяцев.

4. Подсолнечное и соевое масло, содержащее ненасыщенные жирные кислоты, арахидоновую кислоту, витамины гр. В.

## Фитотерапия

• Сбор при миомах матки: земляника лесная (наземная часть с цветами и листьями во время цветения июль).

• Сбор:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Земляника (ягода, лист)  Зверобой (трава) Пустырник (трава) Крушина (кора).  Календула (цветы)  Ромашка (цветы)  Крапива (лист)  Тысячелистник (трава) | 5 частей  2 части  2 части  2 части  2 части  2 части  1 часть  1 часть | 2 столовые ложки смеси настоять в 1 литре горячей воды 10 часов, отцедить, пить по 100 мл. 2 раза в день 3 недели с 10-дневным перерывом длительно. |

*Физиотерапия*

•Радоновые, и йод-бромные ванны или бассейн, (курорты: Белокуриха - Алтай, Усть-Качка - Пермская область, Увильды-Челябинская область, Пятигорск, Тюмень - водолечебница МСЧ Судостроительного завода.)

• Электрофорез цинка и йода во 2ю фазу. Цинк в связи с его дефицитом у больных влияет на лютеинизирующую и кортикотропную функцию гипофиза, особенно при повышении продукции андрогенов сетчатой зоны коры надпочечников.

•Электростимуляция рецепторов шеечного канала матки в импульсном режиме. Воздействуя на ЦНС, обеспечивают эффект торможения секреции фолликулостиму-лирующего гормона (ФСГ).

• Метод шейнолицевой и эндоназальной ионогальванодиатермии.

***Витаминотерапия***

В систему комплексной консервативной терапии включают витамины, оказывающие много­стороннее действие на организм. Назначение витаминов (А, Е, К, С, В) и микроэлементов (железа и йода) скрывает:

• Регулирующие влияние на нейроэндокринную систему.

• Нормализует гонадотропную функцию гипофиза и обмена стероидов.

• Потенцирует активность желтого тела

Витамин А избирательно влияет на эстрогенные рецепторы, снижая чувствительность эффекторных органов к эстрогенам.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Витамины | Доза | Дни приема |
| А - Ретинола ацетат | 50.000 ед. 3-4 раза в день (15-20 кап. 3 раза в день) | 15-26-й день цикла (3-6 циклов) |
| Е - Токоферола ацетат | 100 мг. в день (1 капсула) | Во 2 фазу цикла |
| С - Аскорбиновая кислота | 0,25 1-2 раза в день | Во 2 фазу цикла |

## Гормонотерапия

• Гестагены

— прогестеронового ряда: (прогестерон, 17-ОПК, прегнин,дуфастон).

— норстероидного ряда: (норколут, оргаметрил, примолют-нор). У женщин репродуктивного возраста предпочтение отдается назначению норстероидных дери­ватов в циклическом режиме.

Например: Норколут по одной из схем:

A) с 16-го по 25-й день менструального цикла - по 2,5 - 15 мг/сут.в течении 3-4 месяцев.

B) с 5-го по .25-й день менструального цкила - по 10 мг/сут. В последний день приема гестагенов рекомендуется однократно принять гиподиазид (25 мг.), а в последующие 3 дня - препараты калия.

Механизм действия: антиэстрогенный; анткфиброматозный.

• Антиэстрогены (тамоксифен, фарестон). Не нашли широкого применения. Преимущественно лишь в тех случаях, когда сроки индуцированной в процессе лечения меди­каментозной псевдоменопаузы приближаются к периоду естественного угасания функции яичников.

***Консервативное лечение противопоказано:***

•При величине матки с узлами миомы, превышающие ее размеры при12 — недельной беременности.

• При субмукозномрасположении узла, а также интерстициального с центрипитальным ростом.

• При сочетании миомы матки с опухолями яичников и аденомиозом.

• В случае быстрого роста, вызывающего подозрение на возникновение саркомыматки**.**

• При меноррагиях, вызывающих анемию.

***Существуют противопоказания к применению гормональных препаратов***

• Тромбоэмболия и тромбофлебит в анемнезе.

• Варикозное расширение вен, гипертензия.

• Операции по поводу злокачественных опухолей в анемнезе.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ (ТГО) И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ТЭО) ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ.

Для профилактики ТЭО и ТГО до и после операции рекомендуется назначение комплекса ви-таминов-антиоксидантов.

В плане предоперационной подготовки проводить коррекцию гемокоагуляционных сдвигов, т.к. ранее проведенными исследованиями профессора В.А. Поляковой и профессора А.Ш. Бышевского обнаружено ускорение внутрисосудистого свертывания крови, что обуславливает высокий риск тромбогеморрагических осложнений при миоме матки, особенно в интра- и после опе­рационном периоде.

**Схема: за 5-7 дней до операции**

• Витамин А — 200 тыс. ME внутрь или внутримышечно

• Витамин Е - 200 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин С — 600 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин Р — 120 мг внутрь в течение 10-12 дней после операции

• Витамин А - 200 тыс. ME внутрь или внутримышечно

• Витамин Е - 200 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин С — 600 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин Р — 120 мг внутрь

• Витамин РР (никотиновая кислота) - 50 мг внутрь или внутримышечно Удобно для использования витаминов по предложенной схеме применять комбинированные формы выпуска: аевит и аскорутин.

***Оперативное лечение***

Показания:

* Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения приводящие к анемизации больной
* Большие размеры опухоли (свыше 15 недель беременности) даже при отсутствии жалоб.
* Размер опухоли, соответствующей беременности сроком 12-13 недель при наличии симптомов сдавления соседних органов
* Быстрый рост опухоли (за год на 3-4 недели, но до 12 недель и более)
* Подбрюшинный узел на ножке
* Некроз миоматозного узла
* Подслизистая миома матки
* Интралигаментарное расположение узлов миомы, приводящее к появлению болей вследствие сдавления нервных сплетений и нарушению функции почек при сдавлении мочеточника
* Шеечные миома матки, исходящие из влагалищной части шейки матки
* Сочетание миомы матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника, опущением и выпадением матки
* Миома в сочетании с бесплодием.

Производят следующие виды операций:

1. Консервативныя миомэктомия а) реконструктивно-пластические операции на матке по методике Александрова; б) удаление подслизистой миомы влагалищным путем; в) удаление миоматозного узла из влагалищной части шейки матки;
2. Надвлагалищная ампутация матки
3. Дефундация матки
4. Экстирпация матки

***Лечение данной больной***

*1. Диета:* стол № 15

*2.* *Медикаментозная терапия:*

Rp.: Ferrum Lek 5 ml

D.t.d. N.6 in amp.

1. Через день в\м по 5,0 мл.

Rp.: Ferro-Gradument

D.t.d.№. 30

S. По 2 таблетки 3 раза в день

Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% – 2 ml

D.t.d. N.6 in amp.

1. 1 раз в день в\м.

Rp.: Sol. Prozerini 0,05% – 1 ml

D.t.d. N.6 in amp.

S. 1 раз в день п\к.

Rp.: Sol. Glucosi 5% – 400ml

Insulini 6 ЕД

D.t.d. №.10

S. в/в капельно 2 раза в день по 400 мл.

Rp.: Tab. Acidi ascorbinici 0,1

D.t.d.№. 20

S. По 1 таблетки 3 раза в день

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5% – 1ml

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

S. По 1 мл п/к 1 раз в день.

*3.* На основании:

- наличия субмукозного узла рождающегося узла в миометрии,

- увеличения размеров матки до 7-8 недель срока беременности,

- упорной метроррагии,

- выраженной анемизации больной,

- отсутствия эффекта консервативных методов лечения,

- возраста больной ( 50 лет ),

больной показано

1. Нижнесрединная лапаротомия, супрацервикальная ампутация матки с придатками. Противопоказаний нет.

2. Активная противоанемическая терапия.

***Протокол операции ампутации матки***

*ФИО*:

*Название операции*: Нижнесрединная лапаротомия, супрацервикальная ампутация матки с придатками.

*Обезболивание:* Эндотрахеальный наркоз

После обработки операционного поля по Гроссиху нижнесрединным разрезом от лона до пупка послойно вскрыты передняя брюшная стенка, брюшная полость. Выпота нет.

Матка размером до 6 недельного срока беременности, диффузно увеличена. Правая маточная труба утолщена, левая маточная труба утолщена.

Правый яичник обычных размеров, не изменен.

Левый яичник размером 2х3х2.5, кистозно изменен.

Тело матки в дне захвачено щипцами Мюзо, подтянуто к ране. Круглые связки матки прошиты, перевязаны кетгутом. Прошиты кетгутом воронко-тазовые связки, собственные связки яичника, маточные концы труб, мезосальпинкс справа и слева. Перевязаны и пересечены с обеих сторон сосудистые пучки; произведена надшеечная ампутация матки с правыми и левыми придатками на уровне внутреннего зева; культя ушита отдельными кетгутовыми швами. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки брюшины и листков широких связок.

Туалет брюшной полости. Ревизия органов брюшной полости. Передняя брюшная стенка ушита наглухо.

Продолжительность операции 1 час. Кровопотеря – 100 мл.

***Дневники.***

14.06.11 год

Температура тела утром - 36.5 С

Жалоб не предъявляет.

Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены. Ps - 78 уд/мин, ритм правильный, тоны сердца ясные, AD 120/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Стул и диурез не нарушены.

Живот мягкий умерено болезненный в области операционно-косметического шва. Диурез в норме, стула нет. Из послеоперационной раны патологических выделений нет.

15.06.11 год

Температура тела утром - 36.8 С

Больная жалоб не предъявляет.

Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены. Ps - 81 уд/мин, ритм правильный, тоны сердца ясные, AD 110/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Стул и диурез не нарушены.

Живот мягкий умерено болезненный в области операционно-косметического шва. Диурез в норме, стула нет. Из послеоперационной раны патологических выделений нет.

***Эпикриз***

Женщина 49 лет (02.01.1962 г.) находиться на лечении в гинекологическом отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ со 2.06.2011 года с клиническим диагнозом: *Основной - М*иома матки субмукозная форма, симптом роста, боли.*Сопутствующий–* Эрозия шейки матки. Анемия I степени.

При поступлении предъявляла жалобы на нерегулярные через 22-32 дня, длящиеся 7 дней обильные, болезненные менструации со сгустками усилившиеся в течение последних двух дней, на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота,иррадиирующие в поясничную область; на слабость; быструю утомляемость и частые головокружения в течение последних нескольких месяцев.

*Status genitalis:* Наружные половые органы развиты правильно, без видимых патологических изменений. Оволосение по женскому типу, умеренное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Слизистая входа во влагалище розовая, чистая. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища обычной окраски без видимых патологических изменений. Шейка цилиндрической формы, подвижная, эрозированная. Наружный зев приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плотное образование. Выделения кровянистые, обильные, со сгустками. При влагалищном исследовании: матка в anteflexio, увеличена до 7-8 недель беременности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

*Данные лабораторно-инструментального обследования:*

У больной имеется анемия - Hb - 82 г/л, эритроциты - 3.27 \* 1012 г/л, цветной показатель - 0.7, умеренный лейкоцитоз - лейкоциты - 11.6 \* 109 г/л, умеренно повышена СОЭ - 22 мм/час. Заключение при проведении УЗИ: Миома матки (субмукозный узел).

*Лечение:* лекарственная терапия (феррум-лек, ферро-градумент, кислота никотиновая, прозерин, витамины С, В1, инфузионная терапия); планируется оперативное вмешательство.

На фоне проводимых лечебных мероприятий:

*1. Диета:* стол № 15

*2.* *Медикаментозная терапия:*

Rp.: Ferrum Lek 5 ml

D.t.d. N.6 in amp.

1. Через день в\м по 5,0 мл.

Rp.: Ferro-Gradument

D.t.d.№. 30

S. По 2 таблетки 3 раза в день

Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% – 2 ml

D.t.d. N.6 in amp.

1. 1 раз в день в\м.

Rp.: Sol. Prozerini 0,05% – 1 ml

D.t.d. N.6 in amp.

S. 1 раз в день п\к.

Rp.: Sol. Glucosi 5% – 400ml

Insulini 6 ЕД

D.t.d. №.10

S. в/в капельно 2 раза в день по 400 мл.

Rp.: Tab. Acidi ascorbinici 0,1

D.t.d.№. 20

S. По 1 таблетки 3 раза в день

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5% – 1ml

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

S. По 1 мл п/к 1 раз в день.

*3.* На основании:

- наличия субмукозного узла рождающегося узла в миометрии,

- увеличения размеров матки до 7-8 недель срока беременности,

- упорной метроррагии,

- выраженной анемизации больной,

- отсутствия эффекта консервативных методов лечения,

- возраста больной ( 50 лет ),

больной показано

1. Нижнесрединная лапаротомия, супрацервикальная ампутация матки с придатками. Противопоказаний нет.

2. Активная противоанемическая терапия.

Послеоперационный период протекал без осложнений

Состояние больной улучшилось.

Прогноз для жизни благоприятный. Для детородной функции крайне неблагоприятный, для половой жизни благоприятный, для трудовой деятельности благоприятный.