ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 76 лет

Место работы, профессия: пенсионерка

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время поступления в стационар: поступила по направлению врача женской консультации 24.03.2014

Клинический диагноз:

Основной: Миома матки, субмукозный узел, полип эндометрия.

Сопутствующий: Истинная полицитемия IIа стадии, АГ II риск 3.

Осложнения: нет.

Операция: ГС, РДВ.

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ:

На момент курации жалоб не предъявляет.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

3 месяца назад обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в области левой почки. После обследования и проведения УЗИ органов малого таза, были обнаружены фиброматозные узлы и жидкостью. Была напралена к онкогинекологу на дообследование, после чего был поставлен диагноз: миома матки в регрессии, серометра, патология полости матки. В витебский городской клинический роддом №2 поступила в плановом порядке.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

Росла и развивалась нормально. Условия проживания были удовлетворительные. Окончила среднюю школу, после чего работала бухгалтером-кассиром. Последнее место работы до выхода на пенсию: уборщица в бане.

Проживает с мужем в квартире. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Трое детей.

Перенесенные заболевания: простудные, полицитемия с 2009 года.

Вредных привычек нет. Аллергии нет. Операции: 3 аборта, гемотрансфузий не проводилось. Наследственность не отягощена. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания у себя и родственников отрицает.

АКТИВНЫЙ РАССПРОС О СОСТОЯНИИ ОСНОВНЫХ СИСТЕМ:

*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 бледно-розовые, чистые умеренной влажности, тургор в норме. 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 80 ударов 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 – 150/90 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.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Менструальная функция: Менструации появились в 16 лет, регулярные, продолжительностью 3 дня, безболезненные, установились через месяц. Длительность менструального цикла 27-28 дней. Степень кровопотери умеренная. Менопауза с 48 лет. Особенностей цикла после начала половой жизни, абортов не отмечает.

Половая функция: Половая жизнь с 20 лет, болезненности при половых сношениях не отмечает, кровянистые выделения отсутствуют. Противозачаточные средства не применяла.

Репродуктивная функция: Произведено 3 аборта. Трое детей.

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

Перенесенные гинекологические заболевания: нет.

Гинекологический статус.

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, плотная. Наружный зев закрыт. Выделения слизистые. При влагалищном исследовании: матка в retroversio, плотная, бугристая, безболезненная, размеры нормальные. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды глубокие, свободные, безболезненные.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании:

* анамнеза заболевания: 3 месяца назад обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в области левой почки. После обследования и проведения УЗИ органов малого таза, были обнаружены фиброматозные узлы и жидкостью. Была напралена к онкогинекологу на дообследование, после чего был поставлен диагноз: миома матки в регрессии, серометра, патология полости матки.
* влагалищного исследования: матка в retroversio, плотная, бугристая, безболезненная, размеры нормальные.

Можно поставить предварительный диагноз: миома матки в регрессии, серомукозный узел, патология полости матки, истинная полицитемия.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ С ИХ ОЦЕНКОЙ

*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 - 154 г/л

Эритроциты – 4,62 \* 10^12 г/л

Цветной показатель – 1,0

Лейкоциты – 6,8 \* 10^9 г/л

Палочки - 5%

Сегменты - 60%

Эозинофилы - 0%

Лимфоциты - 34%

Моноциты - 1%

СОЭ - 3 мм/час

*Заключение:* истинная полицитемия стадия IIа.

*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.

*5. ФЛГ.*

*Заключение*: Органы грудной клетки без патологии

*7.ЭКГ.*

*Заключение*: Ритм синусовый, 77 ударов в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца.

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

Группа крови О(I)

Rh (+), положительная.

*9.Коагулограмма:*

АЧТВ – 29

ПО – 1,0

МИО – 1,0

Фибриноген – 2,6

*Заключение:* патологии не выявлено.

*10. УЗИ органов малого таза:*

Матка отклонена кзади, длина 44 мм, толщина 31 мм, ширина 42 мм. Контур матки бугристый. Структура матки неоднородна. В матке определяются фиброматозные узлы размерами до 39 мм. В позадиматочном пространстве имеется жидкость в незначительном количестве. Полость матки деформирована узлами, расширена до 17 мм, содержит мелкодисперсную жидкость на фоне которой определяется образование неоднородно повышенной эхогенности р.30\*14 мм с наличием аэхогенных включений до 2 мм и мелких кольцинатов.

*11. Гистероскопия:* произведено раздельное выскабливание, соскоб скудный. Заключение: миома матки, субмукозный узел, полип эндометрия.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основной: Миома матки, субмукозный узел, полип эндометрия.

Сопутствующий: Истинная полицитемия IIа стадии, АГ II риск 3.

Осложнения: Нет.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

На основании:

* анамнеза заболевания: 3 месяца назад обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в области левой почки. После обследования и проведения УЗИ органов малого таза, были обнаружены фиброматозные узлы и жидкостью. Была напралена к онкогинекологу на дообследование, после чего был поставлен диагноз: миома матки в регрессии, серометра, патология полости матки.
* влагалищного исследования: матка в retroversio, плотная, бугристая, безболезненная, размеры нормальные.
* данных ОАК: заключение: истинная полицитемия IIа стадии.
* данных УЗИ: матка отклонена кзади, длина 44 мм, толщина 31 мм, ширина 42 мм. Контур матки бугристый. Структура матки неоднородна. В матке определяются фиброматозные узлы размерами до 39 мм. В позадиматочном пространстве имеется жидкость в незначительном количестве. Полость матки деформирована узлами, расширена до 17 мм, содержит мелкодисперсную жидкость на фоне которой определяется образование неоднородно повышенной эхогенности р.30\*14 мм с наличием аэхогенных включений до 2 мм и мелких кольцинатов.
* данных гистероскопии:заключение: миома матки, субмукозный узел, полип эндометрия.

*Дифференциальный диагноз*

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 кровянистых выделений не было. 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.

Возраст больной является характерным для возникновения псевдомуцинозной кистомы, поэтому необходимо дифференцировать . 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.

Трудно дифференцировать миому матки от доброкачественных опухолей яичников при наличии спаечного процесса или при раке яичника, когда опухоли спаяны в единый конгломерат. В некоторых случаях такой конгломерат очень напоминает миому матки. При невозможности уточнить диагноз показано пробное чревосечение.

При небольших подслизистых миомах матки нередко проводят гормонотерапию, считая, что кровотечение связано с дисфункцией яичников. Перед назначением гормонотерапии необходимо уточнить диагноз путем дополнительных исследований.

Лучше всего произвести гистероскопию или гистеросальпингографию с водорастворимыми контрастными веществами. Если такой возможности нет, то рекомендуется зондирование, которое иногда позволяет диагностировать подслизистый миоматозный узел. В этих случаях показана операция. В случаях, когда стенки матки ровные, выполняют диагностическое выскабливание. При дисфункциональных кровотечениях эта процедура является не только диагностической, но и терапевтической. Кровотечение, как правило, прекращается. При подозрении на рак тела матки (крошковидный способ) следует тщательно проверить трубные углы и произвести выскабливание особенно осторожно, так как при прорастании опухоли в толщу миометрия легко перфорировать матку.

Ультразвуковое исследование также позволяет в ряде случаев уточнить диагноз, поскольку имеются эхографические признаки различных патологических состояний эндометрия.

Миому матки приходится дифференцировать от беременности, при которой матка мягковатой консистенции. Следует обращать внимание на достоверные и вероятные признаки беременности. При необходимости проводят иммунологические и биологические реакции на беременность, ультразвуковое исследование.

Диагноз "миома матки" в постменопаузе следует устанавливать осторожно. Надо искать причину увеличения размеров матки. Рост миомы матки в постменопаузе связан либо с патологией яичников, либо со злокачественным процессом эндометрия. Возможно заращение канала. У этих больных проведение зондирования цервикального канала легко позволяет установить диагноз. При гистологическом исследовании выделившихся масс и соскоба обнаруживается саркома матки или рак эндометрия.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

## Этиология

Определённый интерес представляют характеристики преморбидного фона, в частности особенности течения менструального цикла. Результаты проведённых исследований дали возможность отметь имеющую высокую важность с точки зрения этологии и патогенеза тенденцию к зависимости между развитием опухоли и различного рода отклонениями, возникающими в период становления менструальной функции.

При этом нарушения менструального цикла появляются в различные возрастные периоды, наблюдается их неоднородный характер. У некоторых пациентов такие периоды сопровождаются снижением уровня продукции эстрогенов, тогда как у других имеет место их избыток. Полученные эпидемиологами данные не подтвердили гипотезу, выдвинутую рядом авторов и говорящую о наличии прямой связи между возрастом начала половой жизни и образованием данной опухоли. Прямую корреляционную связь не выявили также и собственные данные, однако наблюдается тенденция повышенной частоты выявления лейомиомы у женщин, которые начали половую жизнь в позднем (24-27 лет) возрасте и ведут её нерегулярно. В репродуктивном анамнезе пациенток с фибромиомой обращает на себя внимание повышенная частота медицинских абортов что, в комплексе с воздействием прочих факторов, может являться одним из способствующих развитию миомы матки моментов. У пациенток, пораженных лейомиомой, репродуктивная функция до нарушения заболевания, как правило, не нарушается, однако, согласно данным клинической практики, особый контингент составляют молодые пациентки с быстро увеличивающейся в размерах опухолью, указания на беременность в анамнезе которых отсутствуют.

В преморбидном фоне пораженных миомой матки женщин наблюдается относительно высокая частота соматических заболеваний, причем болезни сердечнососудистой системы выявляются в два раза чаще, а анемии в 20 раз чаще, нежели чем в общей популяции. Лейомиома чаще обнаруживается у пациентов, страдающих от ожирения, гипертонии.

Чаще фибромиома обнаруживается у женщин умственного труда, который связан с малоподвижным образом жизни и частым эмоциональным перенапряжением.

В целом данные, полученные в ходе изучения миомы матки, показали повышенную частоту возникновения заболевания при условии наличия определённых региональных особенностей. Выявлена значительная отягощенность статуса и преморбидного фона многих пациентов, подверженных гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям, у ряда больных наблюдается генетическая предрасположенность к развитию миомы матки.

Как уже было известно ранее, лейомиома возникает на фоне гиперэстрогении, гепергонадотропизма, прогестерондефицитных состояний. Большая часть исследователей склонны предполагать зависимость роста миомы матки от концентрации в половых гормонах цитозольных рецепторов, а также от сложных механизмов их взаимодействия с экзогенно-вводимыми или эндогенными гормонами. Доказано, что после наступления периода менопаузы размеры миоматозных узлов уменьшаются, однако причина этого до сих пор является предметом споров – вызван ли данный процесс уменьшением количества рецепторов или снижением уровня эстрогенов, андрогенов и прогестерона.

## Патогенез

На сегодняшний день патогенез леймомиомы остаётся спорным. Существующие теории развития болезни базируются на результатах лабораторных исследований и, в той либо иной степени, объясняют некоторые звенья патогенеза данной опухоли.

На 5-7 день менструального цикла у пациентов отмечается гиперсекреция ФСГ (фолликулостимулирующего гормона) и ЛГ на 14 день одновременное снижение экскреции ЛТГ (лютеинизирующего гормона) на 21-22 день менструального цикла, прегнандиола и эстрогенов на протяжении всего цикла. Вовлечение гипотоламо-гипофизарной системы в патологический процесс подтверждается частым сочетанием миомы матки с дисгормональными заболеваниями молочных желез, а также с нарушениями функций щитовидной железы. Определённое значение имеют железодефицитная анемия, изменения функции печени и прочие факторы. В развитии фибромиомы высокое значение придаётся наследственным факторам (аутосомно-рецессивный тип наследования). Отличия в характере мутаций лейомиосарком и доброкачественных миом позволяет сделать предположение о том, что изначально узел развивается по одному из двух гистологических путей – этот принцип может быть применен с целью ранней диагностики и прогнозирования роста опухоли.

В проблеме патогенеза лейомиомы одно из центральных мест занимает вопрос о функциональном состоянии репродуктивной системы и особенностях гормонального статуса во время развития заболевания. Данные исследований показывают, что у большинства пациентов гормональные параметры, имеющие место во время менструального цикла, не отличаются от соответствующих нормативных значений.

У пациентов с НЛФ (недостаточностью лютеиновой фазы) и с ановуляторными циклами наблюдаются изменения в содержании в крови ЛГ и ФСГ, которые в большей степени зависят от функционального состояния репродуктивной системы, нежели чем от наличия лейомиомы.

Традиционное мнение касательно ведущей роли эстрогенов в патогенезе лейомиомы подтверждается полученными в ходе современных исследований данными. Содержание рецепторов прогестерона и эстрадиола в ткани миомы матки выше, нежели чем в нормальном миометрии, оно подвержено циклическим изменениям. После длительного (3-4 месяца) лечения агонистами гонадолиберина (гипоталомический рилизинг-фактор) наблюдается снижение объёмов миоматозных узлов и существенное уменьшение содержания рецепторов эстрогенов в тканях миомы матки и миометрии – это является подтверждением гипотезы о значении эстрогенов в патогенезе фибромиомы.

Содержание эстрогенов при лейомиоме было предметом работы многих исследований, однако полученные ими выводы являются противоречивыми. Согласно мнению ряда исследователей, основное значение имеет не количество выделяемых эстрогенов, а нарушение их метаболизма и экскреции вкупе с нарушением качественного соотношения, наличествующего между фракциями эстрогенов.

За последние годы получены данные о том, что наряду с эстрогенами в стимуляции роста лейомиомы принимает участие прогестерон. Оба перечисленных гормона задействованы в патогенезе миомы матки, используя противоположные пути. В ходе фолликулярной фазы эстрогены усиливают экспрессию активных (в норме) в миометрии при развитии беременности генов.

На основании выполненных исследований установлено, что все ткани матки у пораженных лейомиомой пациентов реагируют на изменения уровня половых гормонов колебаниями концентрации рецепторов: эстрадиол изначально индуцирует образование своих рецепторов, а увеличение уровня прогестерона в крови вызывает снижение и прогестеронных и эндогенных рецепторов. Отмечено, что величина имеющей место в миометрии индукции рецепторов значительно меньше, нежели чем аналогичный показатель в эндометрии. Предполагается, что данный фактор связан с тем, что эндометрий значительно сильнее, нежели чем миометрий, реагирует на влияния гормонов. По особенностям концентрации рецепторов прогестерона и эстрадиола, а также по их реакции на изменения гормональной стимуляции в ходе цикла, лейомиома существенно ближе к эндометрию, нежели чем к миометрию. По некоторым предположениям этим обусловлена её большая, нежели чем у миометрия, потенция роста, наблюдающаяся при одинаковом уровне гормонемии.

Наличие эпидермального фактора роста (EFG), фактора роста тромбоцитов (PDGF AB)и инсулиноподобного фактора роста-1 (IFG-1) наблюдается в тканях миомы совместно с их рецепторами. Увеличенное содержание в миоматозной матке факторов роста и их рецепторов, которые регулируют процессы васкуляризации, приводят к возникновению патологических кровотечений.

Предположительно основными факторами, оказывающими влияние на данный процесс, являются:

* Фактор роста фибробластов;
* Трансформирующий бета-фактор роста;
* Сосудистый эндотелиальный фактор роста;
* Пролактин;
* Паратиреоидный гормоноподобный протеин.

Существующие схемы лечения пациентов с кровотечениями, которые связаны с лейомиомой, основаны на применении стероидных гормонов. По мнению ряда исследователей, в присутствии прогестерона факторы роста проявляют максимальную пролиферативную активность. Углублённое понимание патогенеза рассматриваемого патологического процесса даёт возможность существенно увеличить эффективность лечения, которое направлено на коррекцию содержания в ткани опухоли факторов роста. Патологическим стимулом, который способен нарушить баланс факторов роста, может являться очаг эндометриоза в миометрии – вокруг него, особенно при узловой и очаговой форме, во всех случаях выявляется гиперплазия мышечной ткани, достаточно часто наблюдается развитие лейомиомы.

Многие исследования указывают на имеющиеся у пациентов, пораженных лейомиомой, изменения иммунного статуса. Данные изменения касаются синтеза интерлейкинов, интерферонов, дифференцировки иммунокомпетентных клеток, активности системы комплемента и т. д. Активность клеточного и гуморального иммунитета снижается при:

* Быстром росте фибромиомы;
* Гиперпластических процессах в эндометрии;
* Наличии сопутствующих инфекционных хронических заболеваний придатков матки;
* Анемии и иных экстрагенитальных патологиях.

Проводя оценку состояния эндометрия у пациентов, пораженных лейомиомой, необходимо рассматривать комплекс факторов, которые способны приводит к патологическим изменениям. Последние в некоторой степени связаны с ростом и формой опухоли, а в основном вызываются преморбидными (индивидуальными) и возрастными особенностями организма, в том числе эндокринным статусом. Частота возникновения в слизистой оболочке матки гиперпластических процессов напрямую зависит от продолжительности существования опухоли.

Фундаментальные исследования показали, что решающим фактором, который индуцирует развитие гиперпластических процессов миомы матки и эндометрия, является локальная гиперэстрадиолемия, которая несбалансирована локальной  гиперпрогестеронемией. По мнению исследователей, лейомиома в условиях естественной ановуляции представляет собой фактор риска ускоренного развития гиперпластических процессов эндометрия. Совместно с этим данные ряда выполненных в онкогинекологических клиниках исследований свидетельствуют о том, что в постменопаузальном и климактерическом периодах наличие лейомиомы расценивается как фактор повышенного риска малигнизации эндометрия.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

*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*

Sol. Etamsylati 12,5 – 2,0 в/м. 2 раза в день.

Т. Myelosani 0,002 по 1 т. 3 раза в день.

ГС, РДВ:

Анестезия и обезболивание: атропин 01% 1 мл; фентоцил 0,005% 2 мл; пропофил 1% 25 мл.

Ход операции: в асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы, Кюр.№2 произведено выскабливание «С» канала – соскоб не получен. Длина полости матки по зонду – 7 см. Цервикальный канал расширен до 10,5 см. расширителем Гегара без затруднений. В полость матки введен гистероскоп. Полость матки деформирована за счет субмукозно расположенного миоматозного узла, находящиеся на дне матки. Диаметр узла 1 см, частично удален петлей. Слизистая – бледно-розовая, тонкая, имеются единичные полипы в дне справа р.1,5 см, удалены петлей. Сосудистый рисунок не выражен. Устья маточных труб свободны. Произведено раздельное выскабливание кюреткой №4, соскоб скудный.

ДНЕВНИК

25.03.14

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 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Стул и диурез не нарушены.

Живот мягкий безболезненный. Диурез в норме, стула нет.

26.03.14

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 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Стул и диурез не нарушены.

Живот мягкий безболезненный. Диурез в норме, стула нет.

27.03.14

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 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Стул и диурез не нарушены.

Живот мягкий безболезненный. Диурез в норме, стул был.

ПРОГНОЗ в отношении:

* Жизни - благоприятный
* Трудоспособности - благоприятный
* менструальной функции -
* детородной функции -
* сексуальной функции –

ЭПИКРИЗ

Ф.И.О. Загорулько Александра Леонтьевна

дата госпитализации: 24.03.2014

заключительный клинический диагноз: миома матки, субмукозный узел, полип эндометрия, истинная полицитемия IIа стадии, АГ II риск 3.

проведенное в отделении лечение: Sol. Etamsylati 12,5 – 2,0 в/м. 2 раза в день; Т. Myelosani 0,002 по 1 т. 3 раза в день; ГС, РДВ

динамика клиники: состояние больной улучшилось

рекомендации: соблюдение диеты, не рекомендуется поднимать и переносить вещи, вес которых превышает 3 килограмма. Подъём тяжестей может вызвать опущение матки и возникновение различных осложнений. Щадящие физические нагрузки, напротив, полезны. Например, фитнес. Для этого необходимо правильно подобрать объём упражнений с учётом возможностей организма.

Полезны дыхательная гимнастика, плавание и аквааэробика, занятия на беговой дорожке и велотренажёре. Не стоить прибегать к интенсивным нагрузкам (сложные программы по аэробике, упражнения с большими весами, шейпинг). Необходимо исключить тепловой перегрев организма (запрещается посещение сауны и бани, принятие горячих ванн) и избыточное воздействие ультрафиолетовых лучей под открытым солнцем.