**Государственный медицинский университет**

***ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ***

**Больной:** Пациентка x. 37 лет.

**Клинический диагноз:** Быстрорастущая интерстицио-субсерозная миома тела матки осложненная болевым и геморрагическим синдромами. Хронический эндометрит в стадии ремиссии. Хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

2004

**Паспортная часть**

ФИО. Пациентка x

Возраст: 37 лет.

Место работы: домохозяйка.

Домашний адрес:

Дата поступления: 11.06.04. (11 часов).

Дата курации: 15.06.04.

Заключительный диагноз: быстрорастущая интерстицио-субсерозная миома тела матки осложненная болевым и геморрагическим синдромами. Хронический эндометрит в стадии ремиссии. Хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

**Жалобы**

На постоянные ноющие боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации. Ощущение дискомфорта внизу живота. Обильные менструации, не регулярные последние 2 года. Умеренную слабость, недомогание, головокружение

**Anamnesis vitae**

Родилась в …. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии не отставала. Окончила 10 классов средней школы, затем курсы в техникуме на механизатора. В 19 лет вышла замуж. Работала дояркой, телятницей. Наследственность: у матери и отца был рак легких. Гепатит, туберкулез, ЗППП отрицает. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический эндометрит. Операций, гемотрансфузий не было.

**Anamnesis morbi**

Миома матки впервые выявлена в феврале 2002 года (до 4 недель) - при обследовании УЗИ. Регулярно наблюдается у гинеколога. Гормонотерапию не получала. Выявлен рост миомы до 8 недель за последние 6 месяцев, с этого же времени беспокоят боли внизу живота, обильные менструации. 27.02.04 произведена цервикогистероскопия с диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала. Гистологический диагноз: 2172-2171 от 03.05.04; из церв. канала слизистая без особенностей. Из полости матки – эндометрий в фазе пролиферации. По УЗИ в ККП от 24.05.04 УЗ картина интерстицио-субсерозной миомы матки до 8 недель. Консультирована гинекологом ККП, направлена на оперативное лечение в гинекологическое отделение ККБ.

**Акушерско-гинекологический анамнез**

А) Менструальная функция: Менархе на 13 году, установилась сразу. Продолжительность 5 дней. Выделения умеренные. Периодичность 28 дней. Ритмичность менструальных циклов не нарушена. Безболезненные. После начала половой жизни изменений в менструальной функции нет. Последняя менструация 21 .05.04-30.05.04.

В) Половая функция: Начало половой жизни в 17 лет в браке, регулярная. Предохранялась ВМК. ЗППП отрицает.

С) Детородная функция: первая беременность наступила на 1 году половой жизни. Всего беременностей 12. Родов 2, без осложнений. Выкидыши отрицает. Медицинских абортов 10.

Д) Секреторная функция: Выделения в умеренном количестве, светлые, без запаха.

Е) Перенесенные гинекологические заболевания: хронический эндометрит.

Объективное исследование

Больная правильного телосложения. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые обычного цвета. Кожа теплая умеренной влажности. Тургор эластичность кожи соответствуют возрасту. Костно-мышечная система развита нормально, искривлений позвоночника нет, укорочений конечностей нет, анкилозов тазобедренных и коленных суставов не выявлено. Конституция нормостеническая. Походка без особенностей.

Рост 165 см. Вес тела 64 кг. Пульс 76 уд/мин АД 120/80 мм.рт.ст.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца не изменены. Патологий со стороны периферических сосудов не выявлено.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы легких в пределах нормы. Частота дыхания 15/мин.

Печень при пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9\*8\*. Симптом Ортнера отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание 4-5 раз в день, безболезненное, свободное. Стул в норме.

Группа крови III (B)

Rh (+)

**Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому типу. Половая щель сомкнута. Половые губы без изменений. Бартолиновые железы не пальпируются. Слизистая преддверия обычного цвета, без изъязвлений. В зеркалах слизистая влагалища и шейки матки розовая, чистая. Наружный зев без особенностей. Выделения слизистые, умеренные.

**Влагалищное исследование**

Влагалище свободное, влагалищные своды симметричные, шейка матки безболезненная цилиндрической формы. Уретра мягкая, безболезненная.

**Бимануальное исследование тела матки**

Тело матки увеличено до 8-9 недель, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения слизистые.

 PR. Сфинктер состоятелен. Слизистая прямой кишки подвижная, безболезненная, ампула свободная.

**Дополнительные исследования**

* *Общий анализ крови от 4.06.04.:*

Гемоглобин 112 г/л

Эритроциты 3,5 x1012/л

Тромбоциты 236 х109/л

Лейкоциты 3,0 х109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Базофилы | миелоциты | Метамиелоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфоциты | Моноциты |
| 1 | - | - | - | 1 | 70 | 24 | 4 |

* *Анализ крови на сахар от 4.06.04.:*

Количество сахара в крови: 4,1 ммоль/л.

* *Общий анализ мочи от 4.06.04.:*

Белок: отрицательный

Удельный вес 1010

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения

Эпителиальные клетки: 5-7 в поле зрения

* *Биохимический анализ крови от 4.06.04.:*

Билирубин общий: 14,0 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Мочевина: 5,4 ммоль/л

Общий белок: 77,6 г/л

Тромбоцитарный индекс: 100%

* *Влагалищный мазок от 7.06.04.:*

Лейкоциты 5-6 клетки в поле зрения.

Флора: смешанная.

Эпителий NEO – не обнаружен. Дрожжевые грибки, гонококки, трихомонады – не обнаружены

**Клинический диагноз**

На *основании жалоб* больной выявлены – геморрагический (частые обильные менструации сопровождающиеся анемическим синдромом), болевой (боли в низу живота постоянные, усиливающиеся во время менструации) синдромы.

*Из анамнеза болезни* отмечается быстрый рост миомы – (Выявлен рост миомы до 8 недель за последние 6 месяцев).

*Из анамнеза жизни* выявляются факторы риска для возникновения миомы матки (множественные искусственные аборты -10 штук). У пациентки хронический эндометрит, который ведет к нейро-дистрофии эндометрия и нарушению рецепции эндометрия, как следствие, повышение уровня гормонов в крови, что является причиной миомы матки, так как матка является гормонально-зависимым органом. У данной пациентки “вторичная” миома (Вследствие нарушения рецепции эндометрия)

При бимануальном исследовании выявлено, тело матки увеличено до 8-9 недель, плотное, бугристое, безболезненное.

При проведении *дополнительных методов* исследования, такие как цервикогистероскопия с цитологией, УЗИ было выявлено: цервикогистероскопия с диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала. Гистологический диагноз: 2172-2171 от 03.05.04; из церв. канала слизистая без особенностей. Из полости матки – эндометрий в фазе пролиферации.

По УЗИ в ККП от 24.05.04 УЗ картина интерстицио-субсерозной миомы матки до 8 недель.

Таким образом, на основании выше перечисленного можно поставить **клинический диагноз:** Быстрорастущая интерстицио-субсерозная миома тела матки осложненная болевым и геморрагическим синдромами. Хронический эндометрит в стадии ремиссии. Хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальную диагностику миомы матки проводят с гиперпластическими процессами эндометрия, эндометриозом, саркомой матки.

При *гиперплазии эндометрия* происходит нарушение менструальной, репродуктивной функций, схваткообразные боли во время менструации. У нашей пациентки нет данных симптомов.

*Для эндометриоза* характерен болевой синдром, который появляется и/или резко усиливающийся перед менструацией или в её первые дни. Появляются различные НМФ (менорагии, пред- и постменструалные кровянистые или коричневатые выделения). А у нашей пациентки НМФ нет. Дополнительное обследование, особенно во 2 фазу, позволяет наиболее точно определиться. По УЗИ обнаруживают точечные или мелкие (кистозные) эхоструктуры или при узловой форме определяются узлы неоднородного строения, вокруг которых отсутствует капсула.

Диагностика саркомы матки чрезвычайно трудна. Обычно больной ставят диагноз миомы матки. Однако для саркомы характерны: быстрый рост опухоли, появление ациклических кровотечений, анемия без значительной кровопотери, ухудшение общего состояния. По данным УЗИ можно заподозрить саркому матки на основании неоднородной эхогенности и узловой трансформации матки, участков с нарушением питания и некрозом в узлах. Появляется патологический кровоток со снижением индекса резистентности при допплерографии ниже 0,40. Диагностически информативна также гистероскопия и диагностическое раздельное выскабливание, а при саркоме межмышечной локализации – интраоперационно с морфологическим исследованием биоптата.

Диагноз миомы матки основывается на учете и анализе жалоб, данных анамнеза, бимануального исследования, дополнительных методов диагностики.

Дополнительные методы исследования:

1. Ультразвуковое сканирование способствует выявлению узлов миомы, уточнению размеров и их расположения. Это имеет значение для выбора метода лечения.
2. Раздельное диагностическое выскабливание позволяет определить деформации полости матки и провести гистологическое исследование эндометрия
3. Гистероскопию целесообразно производить на 5-7 день менструального цикла или до и после выскабливания эндометрия. Подслизистые узлы при этом представляют собой округлой формы образования с четким контуром, белесоватого цвета и деформирующие полость матки. Достоинством гистероскопии является возможность одновременной биопсии эндометрия, имеющей важное значение для диагностики сопутствующих гиперпластических процессов эндометрия.
4. Гистерография в сагитальной и боковой проекциях позволяет определить субмукозную миому (даже небольших размеров) по форме дефекта наполнения, а также интерстициально расположенные узлы опухоли, имеющие центрипетальный рост (деформация полости матки).
5. Определенное место занимает рентгенологическое исследование органов малого таза на фоне искусственного созданного пневмоперитонеума (пневмогинекография). Это позволяет отдифференцировать подбрюшинную миому от опухолей другой локализации.
6. Лапароскопия используется для дифференциальной диагностики (миома или опухоль яичников) и для распознавания вторичных изменений в миоме (кровоизлияние, некрозы и т.д.), являющихся противопоказанием к консервативной терапии.
7. Для обследования эндометрия у больных миомой матки можно использовать радиометрию с фосфатной солью, меченной 32Р.

Эти методы надо обязательно использовать перед началом консервативной терапии, чтобы исключить субмукозную миому матки, узловатую форму аденомиоза, опухоли яичников и другие патологические процессы, являющиеся противопоказанием к этому виду лечения.

**Лечение больной**

Показания к оперативному лечению:

1) Быстрый рост миомы.

2) Болевой синдром.

3) Геморрагический синдром.

4) Риск малигнизации.

Операция № 248.

Лапаротомия. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.

Нижним срединным разрезом послойно вскрыта брюшная полость.

Анатомия органов брюшной полости не нарушена. В малом тазу обнаружено: тело матки увеличено до 8 недель беременности, шарообразной формы, деформировано узлом из тела спереди, размером 4 см.

Произведена ампутация матки без придатков. Гемостаз. Перитонизация, ревизия органов брюшной полости, контроль инородных тел.

Рана брюшной стенки ушита послойно наглухо. На кожу наложены швы, асептическая повязка.

**Макропрепарат:** тело матки с фиброматозным узлом слоистого стрения.

**Реабилитация**

В целях быстрой реабилитации рекомендовано:

1. динамическое наблюдение гинеколога, сосудистого хирурга, терапевта.
2. физиотерапия, иглорефлексотерапия.
3. санаторно-курортное посещение.

4. препараты железа (Сорбифер Дурулес 1т.\*3 раза в день)

5. адаптогены (настойка элеуторокока 20кап ежедневно, препараты женьшеня)

6. ЗОЖ (диета, умеренные физические нагрузки)

**Прогноз**

Прогноз в отношении репрдуктивной, менструальной функции неблагоприятный. Прогноз в отношении половой функции, работоспособности и жизни благоприятный.

**Литература**

1. Г.Б. Безнощенко: Избранные лекции по гинекологии. Омск, 1999 г.
2. В.И. Бодяжина, В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович: Неоперативная гинекология. Москва, «Медицина», 1990 г.
3. Е.М. Вихляева. Руководство по эндокринологии. Москва, 1997 г.
4. Е.М. Вихляева, Л.Н. Василевская: Миома матки. Москва, «Медицина», 1981 г.
5. В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснопольский: Оперативная гинекология. Москва, «Медицина», 1990 г.
6. К.И. Малевич, К.С. Русакевич: Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. Минск, «Высшая школа», 1994.
7. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология. – М., 1977.
8. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология.