История болезни

Диагностика и лечение субмукозной миомы матки

Паспортные данные

1. **ФИО:**
2. **Пол:** женский
3. **Возраст:** 50 лет (1953 г.р.).
4. **Национальность:** русская
5. **Образование:** высшее
6. **Место работы:** временно безработная
7. **Домашний адрес:**
8. **Здоровье мужа:** венерические заболевания, СПИД, туберкулёз, гепатит, интоксикации отрицает.
9. **Дата поступления:** 25.08.03 г. в 12:00 ч
10. **Диагноз при поступлении:** миома матки
11. **Диагноз клинический:**

*Основной –* Субмукозная миома матки

*Сопутствующий* - Эрозия шейки матки. Анемия I степени

*Осложнения –* нет

*Операции* – нет

**Жалобы больного**

Больная предъявляет жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей с 20.08.03г. усилившиеся в течение последних двух дней; на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота; на слабость; быструю утомляемость и частые головокружения в течение последних нескольких месяцев.

Со стороны других органов и систем жалоб нет.

**Anamnesis morbi**

Больной себя считает с 1985г., когда впервые во время профилактического осмотра была выявлена миома матки. Больная регулярно наблюдалась, за время наблюдения значительного роста не отмечалось. В 2001г. 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. В августе 2002 года жалобы возобновились. Больная бригадой скорой медицинской помощи доставлена в гинекологическое отделение городской клинической больницы №4, где было проведено выскабливание и назначено лечение (лекарственные препараты назвать затрудняется). После курса терапии состояние нормализовалось. 20.08.03г. на фоне ухудшения самочувствия (слабость, головокружение) возникло кровотечение из половых путей, которое усилилось за последние два дня. Больная поступила в гинекологическое отделение городской клинической больницы №4 для обследования и лечения.

# Anamnes vitae

*Период детства (до 11 – 12 лет):* Родилась в срок, естественное вскармливание до 6 мес.В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные и ветряную оспу.

*Период полового созревания (12 – 15 лет):* Социально-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, полноценное. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные.

*Период половой зрелости:* Условия жизни удовлетворительные. Питание регулярное, полноценное. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные.

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

*Аллергологический анамнез:* отрицает аллергические реакции.

*Гемотрансфузионный анамнез:* переливание плазмы, крови, кровезаменителей отрицает.

*Привычные интоксикации:* курение, употребление алкоголя, наркотических средств отрицает.

**Данные о специфических функциях женского организма**

Менструальная функция: Менструации появились в 14 лет, регулярные, продолжительностью 4-5 дней, безболезненные, установились через месяц. Длительность менструального цикла 27-28 дней. Степень кровопотери умеренная. В 2001г. впервые возникло обильное кровотечение из половых путей.

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

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

Детородная функция: Аборты отрицает. Является матерью двоих детей – две девочки. В обоих случаях роды быстрые, новорожденные закричали сразу, крик громкий.

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 71,7 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 легких**

**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.

# Сердечнососудистая 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.

**Перкусия 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.

**Специальное исследование**

**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**

Диагноз: Миома матки. Эрозия шейки матки

**План обследования больного**

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. Анализ кала на я/глист

7. ЭКГ

8. Исследование мазков на гонококки. Мазок на степень чистоты

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

10. Определение группы крови и Rh принадлежности

11. УЗИ

12. Флюорография

13. Консультация анестезиолога

14. Гистеросальпингография

15. Кольпоскопия

**Результаты лабораторных и дополнительных методов исследования**

**1. Клинический анализ крови(26.08.08)**

Hb - 92 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(26.08.03)**

Количество - 100 мл

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(29.08.03)**

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.

**Анализ кала на я/глист**

Заключение: яйца гельминтов отсутствуют.

**9.ЭКГ**

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

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

Группа крови В(III)

Rh (+), положительн.

**11. Исследование мазков на гонококки**

Заключение: Гонококки не обнаружены

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

Шейка матки: типический плоский эпителий.

Цервикальный канал: типический эндоцервикальный эпителий.

**13.Коагулограмма**

Протромбиновый индекс - 70%

## Тромботест - V

Фибриноген - 3 г/л

Время образования сгустка - 7'

Фибринолитическая активность - 240 мин

**14. 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).

Полный клинический диагноз и его обоснование

Диагноз: *Основной –* Субмукозная миома матки. *Сопутствующий –* Эрозия шейки матки. Анемия I степени.

Диагноз выставлен на основании:

**Жалоб:** на обильные кровянистые выделения из половых путей с 20.08.03г. усилившиеся в течении последних двух дней; на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота; на слабость; быструю утомляемость и частые головокружения в течении последних нескольких месяцев.

**Анамнеза morbi:** Больной себя считает с 1985г., когда впервые во время профилактического осмотра была выявлена миома матки. Больная регулярно наблюдалась, за время наблюдения значительного роста не отмечалось. В 2001г. 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. В августе 2002 года жалобы возобновились. Больная бригадой скорой помощи доставлена в гинекологическое отделение городской клинической больницы №4, где было проведено выскабливание и назначено лечение (лекарственные препараты назвать затрудняется). После курса терапии состояние нормализовалось. 20.08.03г. на фоне ухудшения самочувствия (слабость, головокружение) возникло кровотечение из половых путей, которое усилилось за последние два дня. Больная поступила в гинекологическое отделение городской клинической больницы №4 для обследования и лечения.

**Анамнеза vitae:** В 2001г. впервые возникло обильное кровотечение из половых путей.

**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.

**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: Субмукозная миома матки.

**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.

На основании наличия постоянных тянущих болей внизу живота, усиливающихся при физической нагрузке, обильных кровянистых выделений; на основании объективного исследования: при бимануальном исследовании определяется увеличенная матка до 7-8 недель, бугристая, плотная, безболезненная; а также данных УЗИ (определяется одиночный, округлый, субмукозный узел, выполняющий всю полость матки, диаметром 49 мм, однородной структуры) можно поставить окончательный клинический диагноз – Субмукозная миома матки. Эрозия шейки матки. Анемия I степени.

**Этиология и патогенез**

Миома матки - доброкачественная, гормонозависимая опухоль, развивающаяся из мышечной ткани. Миома матки является наиболее распространенным заболеванием. Среди гинекологических больных миома матки наблюдается у 10-27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1-2.5% женщин.

Миома матки состоит из различных по своим размерам миоматозных узлов, располагающихся во всех слоях миометрия. Миоматозные узлы претерпевают ряд последовательных этапов развития:

1. первая стадия - образование активного зачатка роста
2. вторая стадия - быстрый рост опухоли без признаков дифференцировки (узелок, определяемый микроскопически)
3. третья стадия - экспансивный рост опухоли с ее дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяемый узелок).

Активные зоны роста располагаются вокруг тонкостенного сосуда и характеризуются высоким уровнем обмена и повышенной сосудистой проницаемостью, что может способствовать развитию миомы матки. При микроскопически определяемом узелке на периферии наблюдаются морфогистохимические изменения, характерные для активных зон роста. Каждая миома матки является множественной. Располагаются миоматозные узлы преимущественно (95%) в теле матки и гораздо реже (5%) - в шейке. По отношению к мышечной стенке тела матки различают три формы миоматозных узлов: подбрюшинные, межмышечные и подслизистые. Субсерозный узел берет свое начало из подбрюшинного слоя миометрия, межмышечный - из среднего, подслизистый - из глубокого слоя. Рост миоматозных узлов происходит в сторону брюшной полости или полости матки. Миоматозные узлы, располагающиеся ближе к внутреннему зеву матки, могут расти по направлению боковой стенки малого таза, располагаясь между листками широкой связки (интралигаментарно). Наиболее быстрым ростом обладают межмышечные и подслизистые миоматозные узлы; при этом межмышечные узлы нередко достигают больших размеров. По морфологическим признакам различают простую миому матки, развивающуюся по типу доброкачественных мышечных гиперплазий, пролиферирующую миому, истинную доброкачественную.

Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени окончательно не решен. До сравнительно недавнего времени полагали, что в развитии миомы матки важную роль играет гиперэстрогения. Однако новейшими исследованиями установлено, что повышенное содержание эстрогенов наблюдается далеко не у всех больных, а ведущим факторов в развитии миомы матки является нарушение метаболизма эстрогенов (преобладание эстрона и эстрадиола в фолликулиновой, а эстриола в лютеиновой фазе цикла) и функции желтого тела. Важную роль в возникновении и развитии миомы матки, являющейся гормональнозависимым новообразованием, играют нарушения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка. Подобные нарушения могут носить первичный характер либо по закону обратной связи эти органы вовлекаются в патологический процесс вторично. Развитие и рост миомы во многом обусловливаются состоянием рецепторного аппарата матки. Специфические белки (рецепторы), вступая в связь с гормонами, образуют комплекс эстроген-рецептор или гестаген-рецептор. Нарушения рецепторного аппарата могут способствовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный). Как и при всяком патологическом процессе, изменение кровоснабжения ведет к существенным нарушениям функционального состояния органа. У больных с миомой матки наблюдается выраженные изменения гемодинамики малого таза, что является одним из факторов, способствующих более благоприятному развитию опухоли. В генезе миомы матки играют роль изменение иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции (хронический воспалительный процесс придатков матки, тонзиллогенная интоксикация, ревматизм и др.), а также наследственная предрасположенность. Таким образом, патогенез миомы матки очень сложен. В развитии заболевания играют существенную роль нарушения гипоталамо-гипофизарной системы функции яичников, надпочечников, щитовидной железы. Гормональные сдвиги в ранних стадиях развития опухоли нерезко выражены, что обусловлено адаптационной способностью организма. Однако по мере развития миомы матки, снижения компенсаторных механизмов на первый план начинают выступать более глубокие нарушения функции многих эндокринных желез, играющих важную роль в развитии этой опухоли. У больных миомой матки отмечается снижение активности и резервных возможностей симпатико-адреналовой системы, что отражает компенсаторно приспособительные возможности организма в условиях развития патологического процесса. Предрасполагающими моментами в развитии миомы матки являются преданемические состояния и железодефицитная анемия. Наблюдаемые у больных с миомой матки подобные гематологические сдвиги вызывают нарушение окислительно-восстановительных процессов в организме женщины и тем самым создают более благоприятные условия для роста миомы.

Следовательно, миома матки является полигландулярным заболеванием, при котором в патологический процесс вовлечены многие органы и системы женского организма. Подтверждением вовлечения в патологический процесс гипоталамо-гипофизарной системы служат нарушения функции щитовидной железы, молочных желез, надпочечников.

Так, при наличии миомы матки у 2/3 больных обнаруживают фиброзно-кистозную мастопатию, реже кисты, фиброаденомы. У половины больных с миомой матки отмечаются нарушения функции щитовидной железы, часто сопровождающиеся повышением ее функции. Важную роль в патогенезе миомы матки играют нарушения функции яичников, подтверждением чего служит и обнаружение мелкокистозных изменений яичников у 50-60% женщин в этой группе больных.

**План лечения**

*I.Режим:* стационарный

*II. Диета:* стол № 15

*III.* *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

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.

*IV.* 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. Радикальное хирургическое лечение. Противопоказаний нет.

2. Активная противоанемическая терапия.

**Дневники**

3.09.03

Температура тела утром - 36.5 С

Жалобы на мажущие кровянистые выделения, боли внизу живота, слабость, утомляемость, головокружения.

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.

Влагалищное исследование: 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, довольно обильные, со сгустками. Пальпаторно: матка в anteflexio, увеличена до 7-8 недель беременности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

Продолжает лечение согласно листу назначений. Готовится к плановому оперативному вмешательству.

8.09.03

Температура тела утром - 36.8 С

Самочувствие несколько улучшилось: исчезли слабость, утомляемость, головокружения. Жалобы на слабость, мажущие кровянистые выделения, боли внизу живота.

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.

Влагалищное исследование: 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, довольно обильные, со сгустками. Пальпаторно: матка в anteflexio, увеличена до 7-8 недель беременности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

Продолжает лечение согласно листу назначений. Готовится к плановому оперативному вмешательству.

**Эпикриз**

Тиманина Татьяна Александровна, 1953 года рождения находиться на стационарном лечении в гинекологическом отделении городской клинической больнице №4 г. Саранска с 25.08.03 г. с клиническим диагнозом: *Основной –* Субмукозная миома матки. *Сопутствующий–* Эрозия шейки матки. Анемия I степени.При поступлении предъявляла жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей с 20.08.03г. усилившиеся в течении последних двух дней; на постоянные, тянущие, умеренно выраженные боли в нижних отделах живота; на слабость; быструю утомляемость и частые головокружения в течении 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 проводимой лекарственной терапии состояние больной улучшилось: исчезли слабость, утомляемость, головокружения. Больная готовиться на плановое оперативное лечение. На момент курации оперативного вмешательства произведено не было.

**Прогноз**

Для жизни – благоприятный.

Для выздоровления – благоприятный.

Для трудоспособности – благоприятный