



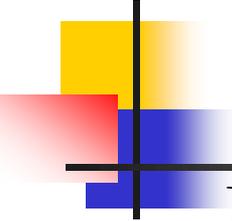
Миома шейки матки

по МКБ - D 26

Разбор клинического случая.

Подготовила Салтан Л.А.

Миома матки это -



Доброкачественное новообразование, образующееся из незрелых клеток мышечного слоя стенки матки или ее шейки и состоящее в основном из соединительной ткани.

(синонимы – лейомиома, фибромиома).



Классификация

По локализации в различных отделах матки:

- в 95% наблюдений опухоль располагается в теле матки;
- в 5% - в ее шейке (шеечная миома).

Классификация по отношения

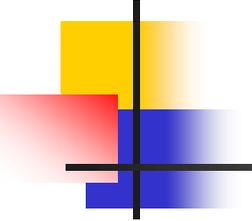
ОСИ матки:

1. Корпоральная миома – располагается в теле органа, что является самой распространенной локализацией
2. Миома в перешейке – располагается в области перешейка и является причиной развития болевого синдрома и нарушения мочеиспускания.
3. Шеечная миома – располагается на влагалищной части шейки матки, может провоцировать возникновение инфицирования



Шеечная миома в соответствии с классификацией ВОЗ

- Обычная миома, формирующаяся из сосудистых стенок или гладкомышечной мускулатуры матки.
- Клеточная миома.
- Лейомиобластома.
- «Причудливая» миома.
- Метастазирующая (доброкачественная опухоль, которая склонна к рецидивам и может метастазировать в сосудистый просвет).
- Растущая (пролиферирующая) миома.
- Предраковое состояние (малигнизирующая миома).

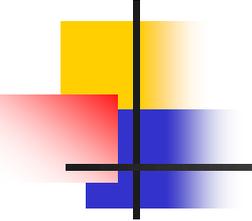


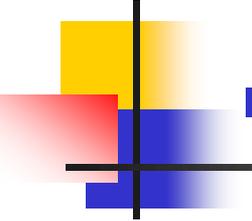
Выделяют также атипичные миомы, расположение, симптомы и лечение которых отличаются от других форм этого заболевания. Среди атипично располагающихся миом можно выделить следующие:

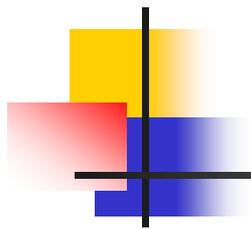
- Ретроперитонеальная – располагается на теле или шейке матки в позадибрюшинной или позадишеечной клетчатке, отслаивает от позвоночника брюшину
- Антецервикальная – расположена на передней стенке тела или шейки в позадипузырном пространстве
- Субперитонеальная – отслаивает брюшину передней брюшной стенки
- Интралигаментарная – располагаясь на шейке или теле, расслаивает два листка широкой связки
- Ретроцервикальная – миома на задней части шейки матки
- Парацервикальная – миома на боковой части шейки

Клинические проявления заболевания (шеечная миома):

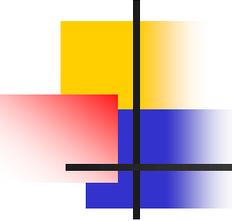
- Длительные и обильные менструации и нарушение их цикличности.
- Большие кровопотери при обильных месячных могут стать причиной развития железодефицитной анемии.
- Появление длительно не проходящих, ноющих или схваткообразных болей внизу живота.
- Острые боли могут явиться следствием ущемления миомы в шейке, при нарушении питания миоматозного узла и его инфицировании.
- Большие размеры новообразования вызывают нарушения нормального функционирования органов, расположенных рядом (склонность к запорам, проблемы с мочеиспусканием, (частые мочеиспускания, острая задержка мочи), восходящая инфекция мочевых путей (пиелонефрит)).
- Нарушение фертильной функции (невынашивание беременности, осложнения во время родов).

- 
- По мере роста миоматозного узла на передней или на задней губе шейки матки наружный зев резко отклоняется в сторону, приобретая серповидную форму. При этом он может располагаться сзади, спереди или сбоку от шейечной миомы. При увеличении размеров опухоли шейка матки деформируется, из-за чего смещается мочевого пузырь. В том случае, когда развивается миома, «сидящая» на широком основании, она выпячивается в просвет шейечного канала, в связи с чем шейка матки принимает бочкообразную форму. Из-за этого новообразование подтягивает большой сегмент ободка маточного зева, и врачу удастся пальпировать только остаток шейечной губы.

- 
- Следует отметить, что истинная форма миомы, формирующейся во влагалищной части шейки матки – достаточно редкая патология, но, вместе с тем, в случае отсутствия явного перехода от шейки к телу органа, он принимает форму цилиндра, а шейка приобретает размер, превосходящий величину тела матки.



Диагностика:



Миому шейки матки можно диагностировать уже при первичном осмотре шейки в зеркалах и гинекологическом осмотре.

При этом во влагалище визуализируется опухолевидное образование значительных размеров.

Опухоль неподвижна, может быть спаяна с окружающими тканями.

Визуализация и пальпаторное определение шейки матки затруднительно или невозможно.

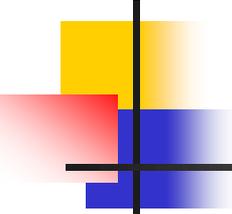


Для уточнения диагноза применяются дополнительные методы обследования:

- Ультразвуковое исследование с использованием влагалищного и абдоминального датчика.
- Компьютерная и магнитно-резонансная томография органов малого таза.

Демонстрация клинического случая

- **Больная С. 58 лет**, находилась на лечении во 2-ом гинекологическом отделении с 26.01.2015 по 11.02.2015
- **Диагноз:** Доброкачественное новообразование шейки матки (гигантская лейомиома). Кровотечение. Отягощенный гинекологический анамнез. Нарушение функции мочевого пузыря. Уретерогидронефроз с 2 сторон. Хроническая задержка мочи. Хроническая почечная недостаточность консервативная стадия. Тромбофлебит большой подкожной вены слева (состояние после резекции большой подкожной вены от 23.01.2015). Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Ожирение 1 ст. Постгеморрагическая анемия 3 степени. Гипертоническая болезнь 3 ст. Ишемическая болезнь сердца с переходящим нарушением ритма. Хроническая сердечная недостаточность 2 ф.к.



Anamnesis vitae

Жалобы: на кровянистые выделения из полового пути.

Перенесенные заболевания: Ожирение 1 ст, варикозная болезнь нижних конечностей, острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены слева.

Наследственность: не отягощена.

Гемотрансфузии: в 1981 годы (во время родов).

Лечение гормонами: отрицает.

Менструальная функция: с 18 лет, по 2 – 3 дня, через 30 дней, необильные, безболезненные.

П/м постменопауза 8 лет.

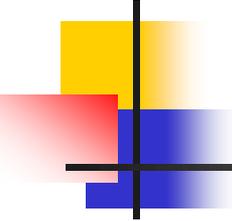
Половая жизнь с 19 лет.

Роды: 3 (1975, 1976, 1981) во время третьих родов – ручное отделение и выделение последа, гемотрансфузия.

Гинекологические заболевания: миома матки с 1985 года, в 1995 году РДВ по поводу кровотечения (гистологическое заключение не известно).

Anamnesis morbi

- У гинеколога наблюдается регулярно. Последний осмотр 6 месяцев назад – патологии шейки матки не обнаружено.
- Больна с 21.01.2015 когда стали беспокоить кровянистые выделения из полового пути. Усиление выделений 22.01.2015, в связи с чем госпитализирована в стационар в экстренном порядке.
- С 22.01.2015 по 23.01.2015 находилась на лечении во 2 отделении ГБУ РО ГKB № 8 с Диагнозом: Кровотечение в постменопаузе. Шеечная миома (при осмотре был обнаружен узел, исходящий из задней губы шейки матки диаметром 12 – 15 см). Острая задержка мочи.
- При поступлении в брюшной полости определялось образование соответственно 28 – 30 нед.беременности. При сборе анамнеза выяснилось, что у больной в течении 2 – 3 суток самостоятельное мочеиспускание редкое, малыми порциями. При осмотре выведено около 3 – 3,5 литров светлой мочи. Образование в брюшной полости исчезло.



Имелось выраженное расширение вен нижних конечностей с наличием тромбофлебита на левом бедре.

В связи с острым тромбофлебитом большой подкожной вены левого бедра больная направлена на консультацию сосудистого хирурга кардиодиспансера, госпитализирована. с 23.01.2015 по 26.01.2015 находилась на лечении в кардиодиспансере с диагнозом: Острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены слева.

23.01.2015 Выполнена резекция большой подкожной вены слева.

26.01.2015 переведена на дальнейшее лечение в 8 больницу.



Status praesens

Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, обычной окраски.

Телосложение правильное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный.

АД 120/80 мм.рт.ст. PS 76 уд в мин.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

Стул склонность к запорам. Самостоятельное мочеиспускание затруднено.



Status gynecologius

Наружные половые органы сформированы правильно.

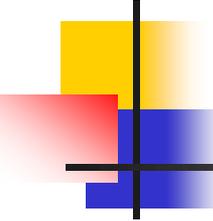
Во влагалище имеется опухолевидное образование 12 x 15 см., исходящее из задней губы шейки матки. Передняя губа шейки достигается с трудом, оттеснена к лону, представлена серповидной складкой. Зев щелевидный.

Матка увеличена до 6 нед. беременности, плотная, безболезненная.

Придатки не определяются.

Выделения темно-кровянистые, незначительные.

27.01.2015 УЗИ ТА+ТВ



Положение матки смещена вправо кверху кпереди, ротирована вдоль продольной оси.

Визуализация относительно удовлетворительная.

Шейка – достоверно не визуализируется.

При ТА исследовании во влагалище определяется овально – округлой формы повышенной эхогенности образование, выполняющее всю его полость 140 x 94 x 87 мм. Создается впечатление, что шейка матки распластана по поверхности образования и смещена также как и матка.

Тело 59 x 40 x 57 мм.

Контуры миометрия ровные. Структура миометрия гомогенная. М-эхо линейное. Структура однородная. Полость матки: не деформирована, не расширена.

Узлы миомы не обнаружены.

Яичники: правый – не визуализируется, левый – не визуализируется.

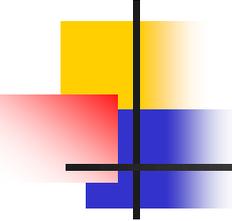
Маточные трубы – не визуализируются.

Свободная жидкость: в позадиматочном пространстве не определяется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Шеечная миома больших размеров.

Лабораторное обследование:

- Биохимия крови (27.01.2015) общ.бил 11,7; прям бил. 1,9; тимоловая проба 1,6; АсАт 17,1; АлАт 10,9; **мочевина 15,2; креатинин 538** ; общий белок 77,7; альбумины 45; **о.азот 66,8**; глобулины 32,7
- Общий анализ крови: гемоглобин 108 г/л; эритроциты $3,8 \times 10^{12}$; лейкоциты $7,5 \times 10^9$; СОЭ 20 мм/ч



27.01.2015 Консилиум в составе: профессора В.Г.Чикина, главного врача А.И.Мирова, зам.гл.врача В.В.Громовой, зав.отд В.П.Ананьиной.

Диагноз: Шеечная миома. Нарушение функции мочевого пузыря. Острая задержка мочи. Постгеморрагическая анемия 1 ст. Тромбофлебит большой подкожной вены слева (состояние после резекции большой подкожной вены от 23.01.2015). Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Отягощенные акушерско – гинекологический анамнез. Ожирение 1 ст.

27.01.2015 в связи с задержкой мочи установлен постоянный катетер Фолея.

28.01.2015 УЗИ почек.

ПРАВАЯ ПОЧКА:

Почка расположена обычно. Контуры ее ровные, четкие.

Размеры 112 x 57 мм. Капсула в виде четкой тонкой эхогенной полоски. Паренхима 15 мм. Эхогенность не изменена. Структура мелкозернистая.

ЧЛС лоханка расширена до 28 мм, чашечки до 18 мм, начальный отдел мочеточника до 12 мм. Конкременты не обнаружены. Паранефральная клетчатка не изменена. Подвижность не нарушена. Надпочечник не определяется.

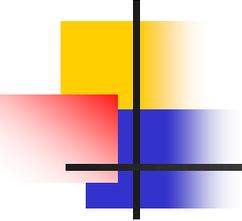
ЛЕВАЯ ПОЧКА:

Почка расположена обычно. Контуры ее ровные, четкие.

Размеры 118 x 57 мм. Капсула в виде четкой тонкой эхогенной полоски. Паренхима 16 мм. Эхогенность не изменена. Структура мелкозернистая.

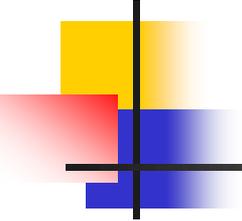
ЧЛС лоханка расширена до 33 мм, чашечки до 23 мм, начальный отдел мочеточника до 10 мм. Конкременты не обнаружены. Паранефральная клетчатка не изменена. Подвижность не нарушена. Надпочечник не определяется.

Заключение: двусторонний гидроуретеронефроз.

- 
-
- 28.01.2015 в связи с наличием двустороннего уретерогидронефроза, макрогематурии, почечной недостаточности по данным лабораторного обследования больная консультирована главным внештатным урологом Министерства рязанской области, заведующим областным урологическим отделением 11 городской больницы Котанс С.Я.
- Диагноз: Миома матки. Хроническая задержка мочи. Уретерогидронефроз с 2 сторон. Хроническая почечная недостаточность консервативная стадия.

Даны рекомендации по ведению больной:

- продолжить установку постоянного мочевого катетера.
- антибиотикотерапия (ципрофлаксацин 0,25 x 3 раза в день).
- Мониторинг лабораторных обследований включая контроль электролитов крови, креатинин.
- Контроль УЗИ почек 02.02.2015 с оценкой степени уродинамических нарушений.
- При положительной динамике решать вопрос о оперативном лечении.

- 
- 28.01.2015 повторный консилиум в составе: профессора В.Г.Чикина, главного врача А.И.Мирова, зам.гл.врача В.В.Громовой, зав.отд В.П.Ананьиной.

Учитывая значительные размеры узла шейки матки, выполняющего всю костную часть малого таза, неоднородность его структуры, решено для уточнения характера образования и отношение его к органам малого таза выполнить МРТ.

29.01.2015 МРТ органов малого таза

На серии МР-томограмм органов малого таза, взвешенных по T1 и T2, fs, stir в трех проекциях тело и шейка матки деформированы и смещены кпереди, тело матки приблизительно размерами 5,0x3,0x4,9 см. Полость органа не расширена. Интенсивность сигнала от миометрия однородная.

В полости малого таза, примыкая к задней стенке матки, определяется гигантское объемное образование, с бугристыми контурами, неоднородной узловой структуры, с наличием в его толще участков повышения МР-сигнала на T2-ВИ и T1-ВИ, размерами 14,5x10,1x10,9 см.

Яичники не визуализируются.

Мочевой пузырь имеет ровные контуры, содержит большое количество мочи, стенки его не изменены, определяется мочевой катетер.

Убедительных данных за увеличение региональных лимфатических узлов не выявлено.

Свободная жидкость не определяется.

В видимых костях таза убедительных признаков косто-деструктивных изменений не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МР-картина объемного образования в полости малого таза (может соответствовать гранулезотеккаклеточной опухоли яичника?).

SVISTUNOVA V.I.

HLA

CMRI EXPERT Ryazan

ID: R20475

Harmony

* 10.06.1956, F

HFS

Study 1

29.01.2015

10:24:02

10 IMA

AR

10cm

TE 101
TR 4000

SL 4
SP R10.7
FoV 260*260
512*512
Sag>Tra(1.9)>Cor(1.6)
W: 1987
C: 945

SVISTUNOVA V.I.

HAR

CMRI EXPERT Ryazan

ID: R20475

Harmony

* 10.06.1956, F

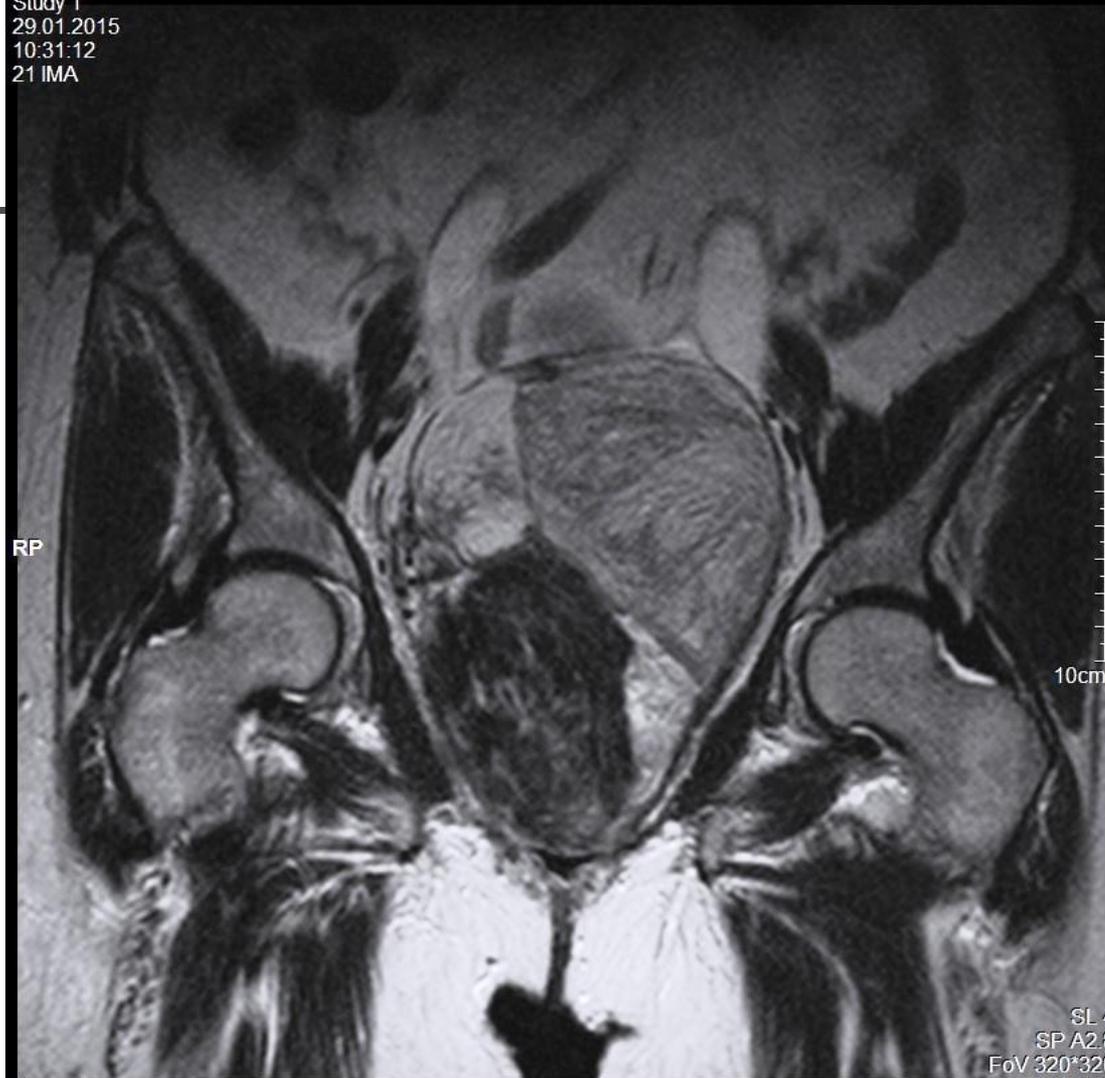
HFS

Study 1

29.01.2015

10:31:12

21 IMA



RP

10cm

TE 99
TR 8290

SL 4
SP A2.8
FoV 320*320
512*512
Cor>Tra(-13.3)>Sag(-1.7)
W: 728
C: 326

SVISTUNOVA V.I.

HAR

CMRI EXPERT Ryazan

ID: R20475

Harmony

* 10.06.1956, F

HFS

Study 1

29.01.2015

10:31:16

22 IMA



RP

10cm

TE 99
TR 8290

SL 4
SP P1.2
FoV 320*320
512*512 I
Cor>Tra(-13.3)>Sag(-1.7)
W: 760
C: 342

SVISTUNOVA V.I.

HLA

CMRI EXPERT Ryazan

ID: R20475

Harmony

* 10.06.1956, F

HFS

Study 1

29.01.2015

10:21:30

9 IMA

AR

10cm

TE 101
TR 4000

SL 4
SP R15.7
FoV 260*260
512*512
Sag>Tra(1.9)>Cor(1.6)
W: 2008
C: 953

SVISTUNOVA V.I.

AF

CMRI EXPERT Ryazan

ID: R20475

Harmony

* 10.06.1956, F

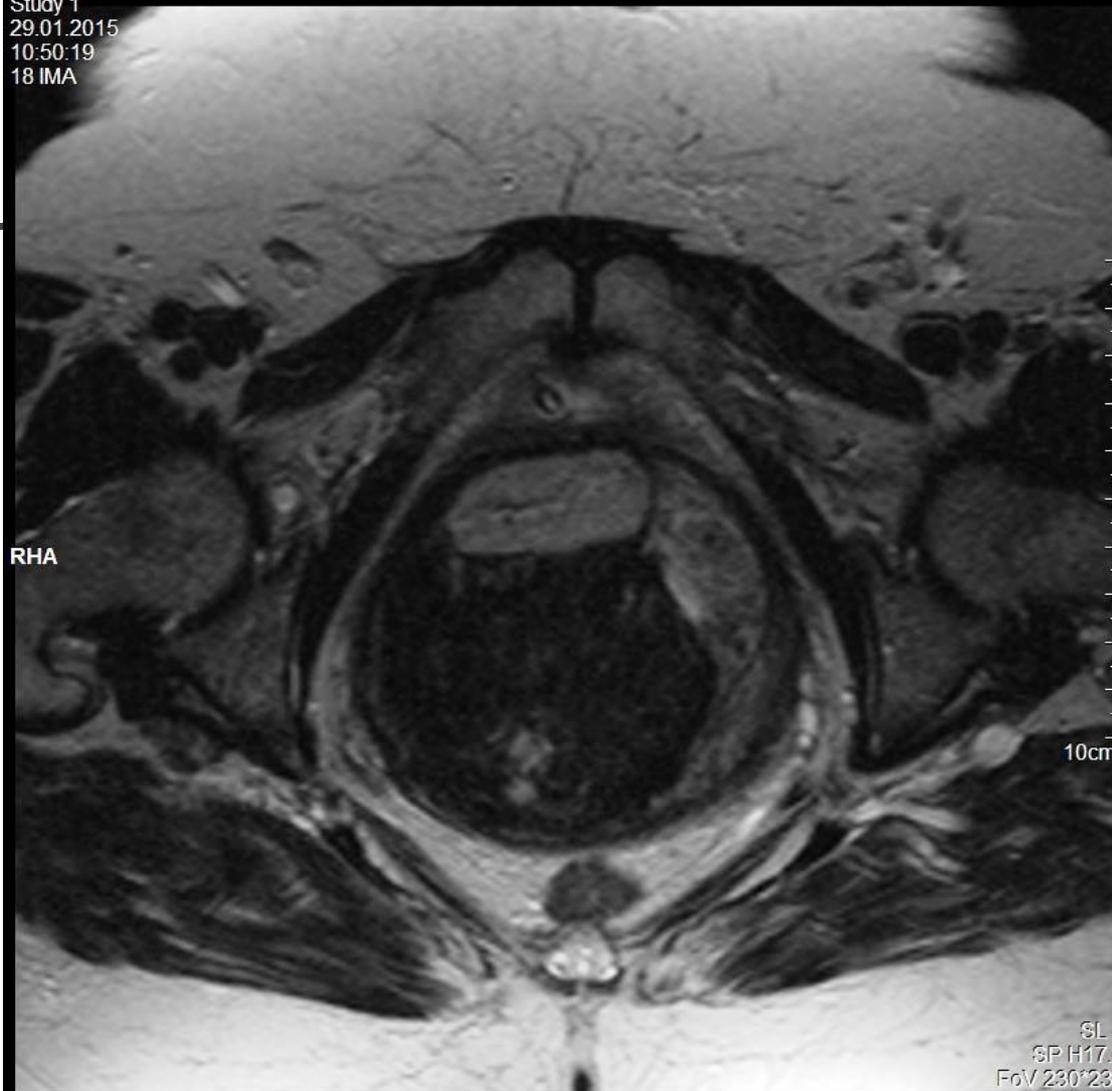
HFS

Study 1

29.01.2015

10:50:19

18 IMA



RHA

10cm

TE 115
TR 4620

SL 4
SP H17.6
FoV 230*230
205*256s
Tra>Cor(11.2)>Sag(-3.8)
W: 1429
C: 693

SVISTUNOVA V.I.

AF

CMRI EXPERT Ryazan

ID: R20475

Harmony

* 10.06.1956, F

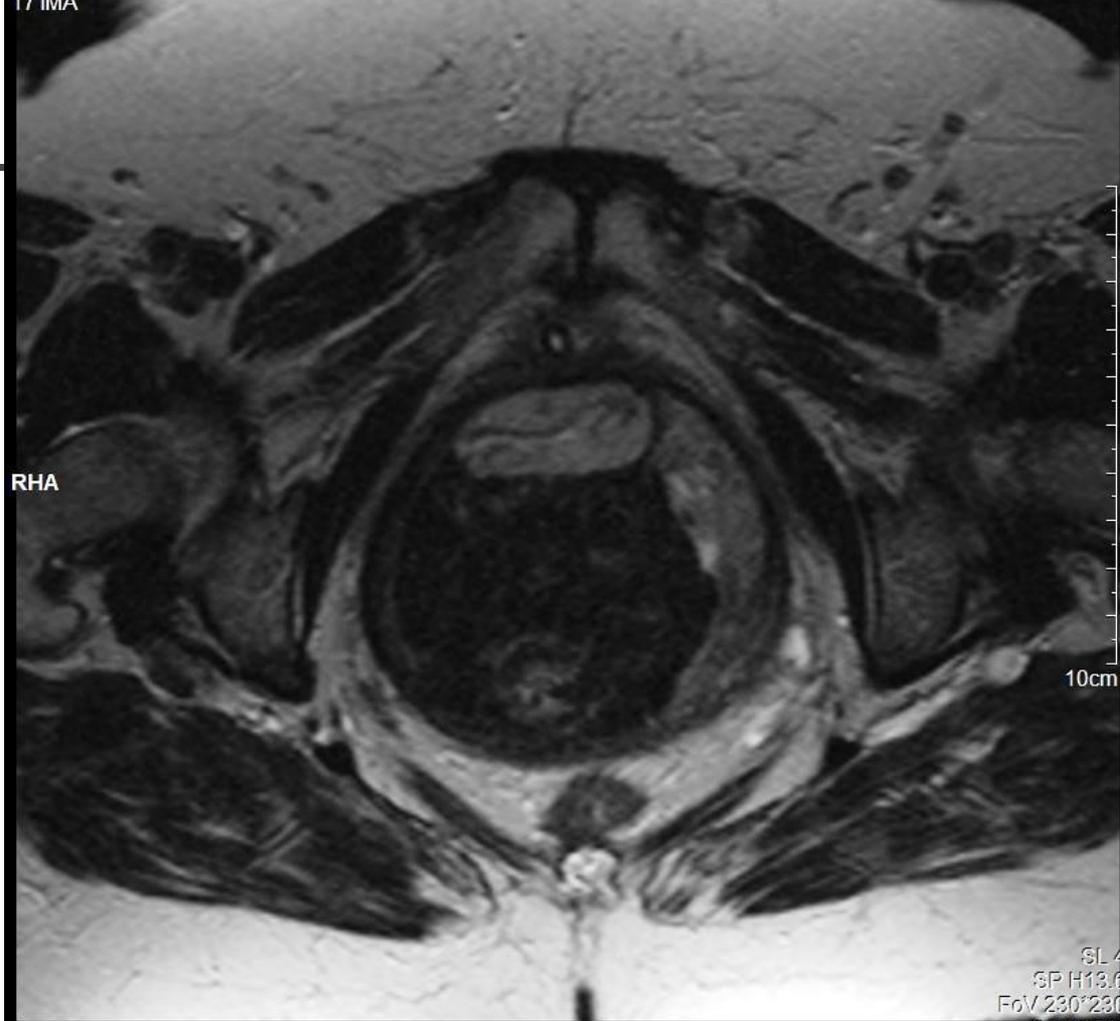
HFS

Study 1

29.01.2015

10:47:42

17 IMA

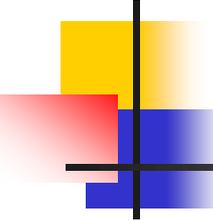


RHA

10cm

TE 115
TR 4620

SL 4
SP H13.6
FoV 230*230
205*256s
Tra>Cor(11.2)-Sag(-3.8)
W: 1482
C: 711



С 30.01.2015 отмечено исчезновение макрогематурии.

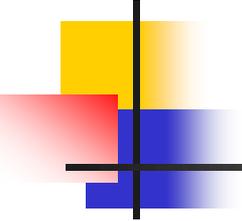
С целью подготовки к операции

- Взят мазок – отпечаток на АК с поверхности опухолевого узла: В мазке – кровь, элементы воспаления, клетки плоского эпителия.
- Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: обнаружен золотистый стафилококк, чувствительный к ампициллину, амоксициллину, цефотаксиму.
- Проведена санация влагалища (свечи гексикон).

Мониторинг обследования больной:

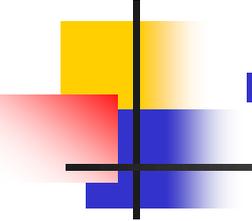


- биохимия крови (02.02.2015) глюкоза крови 5,8; общ.бил 10,0; прям бил. 1,3; тимоловая проба 1,8; АсАт 16,7; АлАт 13,6; общий белок 69,7; альбумины 41; **о.азот 19,2**; глобулины 27,7, **креатинин 91**; **мочевина 4,3**
- 02.02.2015 УЗИ почек без динамики.
- 02.02.2015 повторная консультация уролога
Учитывая положительную динамику в исследовании азотистых оснований, исчезновение макрогематурии, оперативное лечение по поводу миомы шейки матки не противопоказано.

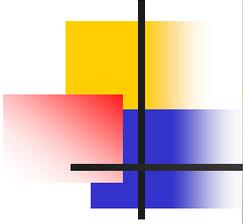
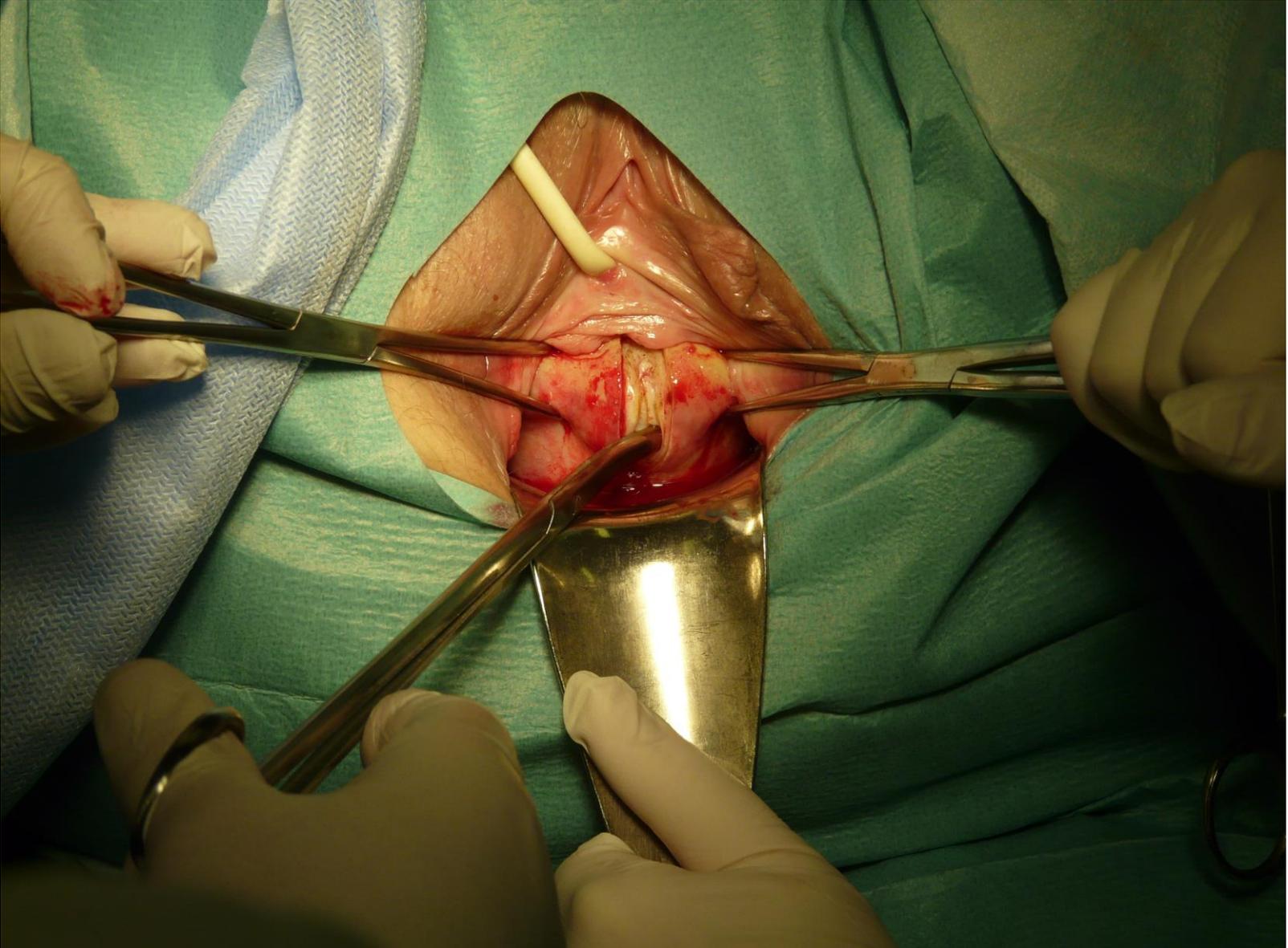


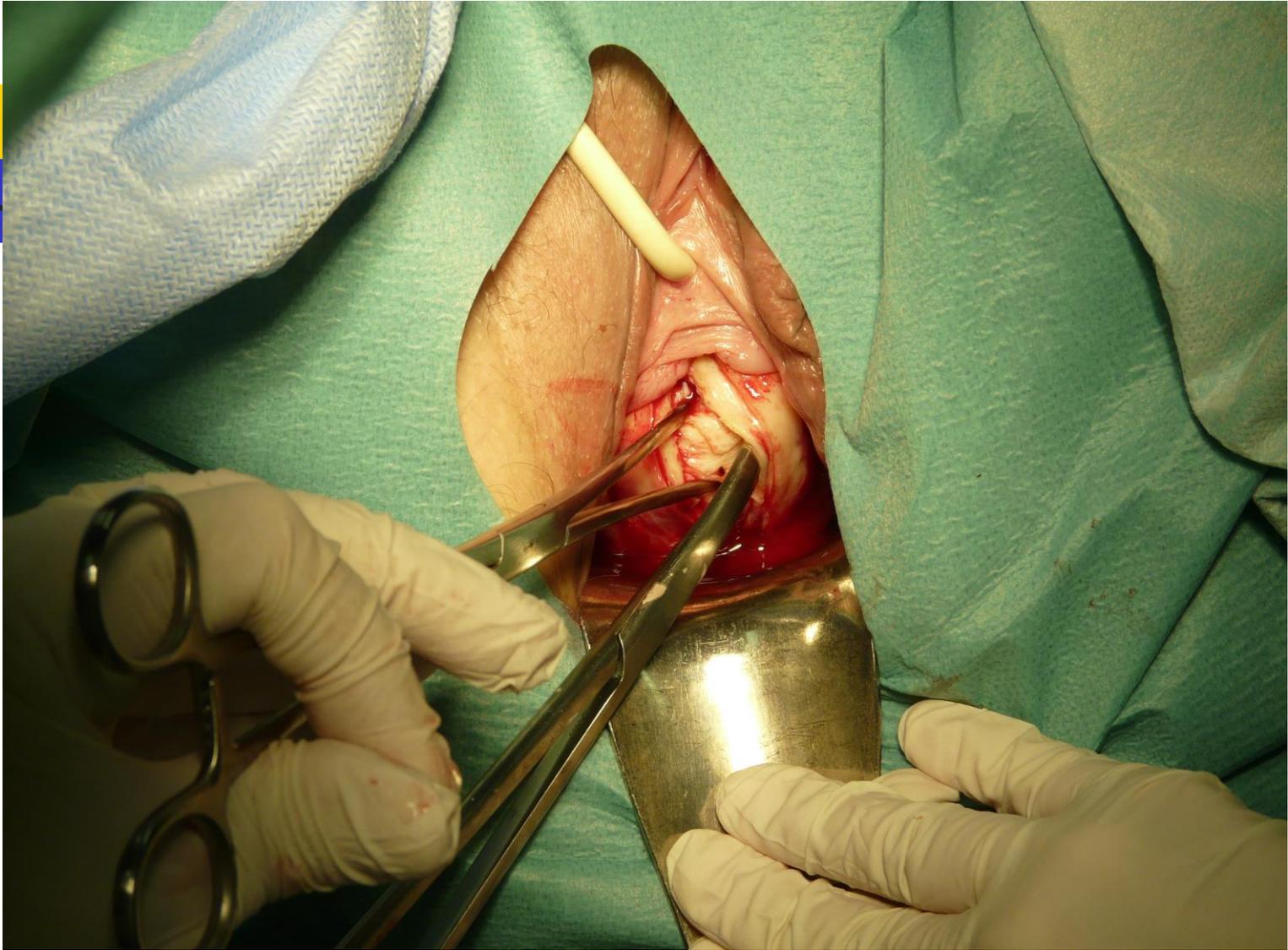
В связи с наличием гигантского узла миомы шейки матки, нарушающего функцию мочевого пузыря, решено готовить больную на оперативное лечение в экстренном порядке.

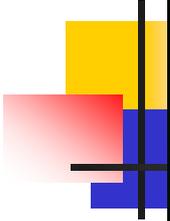
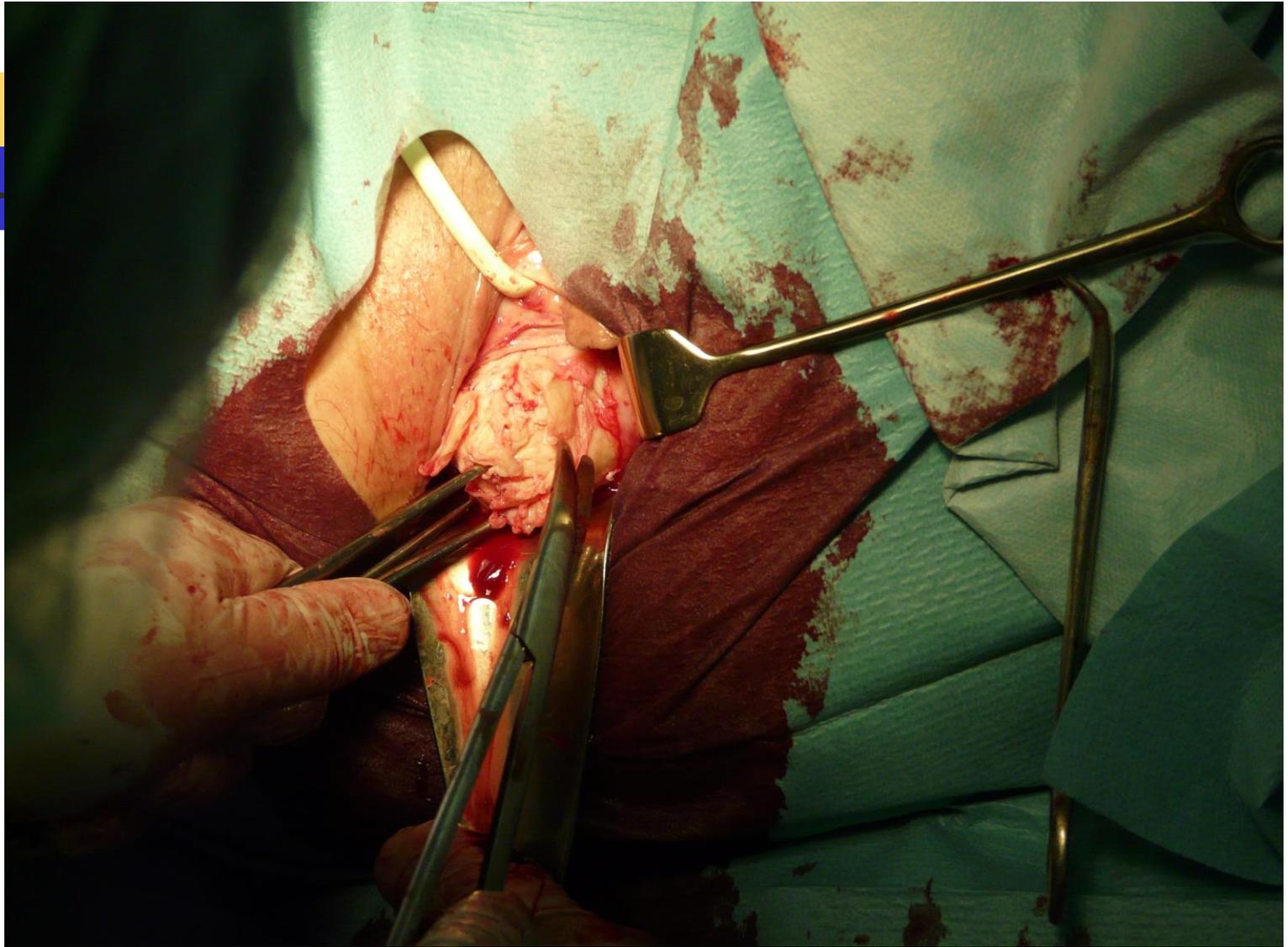
04.01.2015 Экстренная операция.
Задняя цервикотомия. Удаление шейечного узла миомы. Кровопотеря 500 мл.

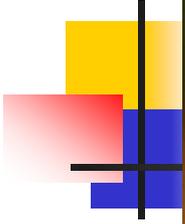
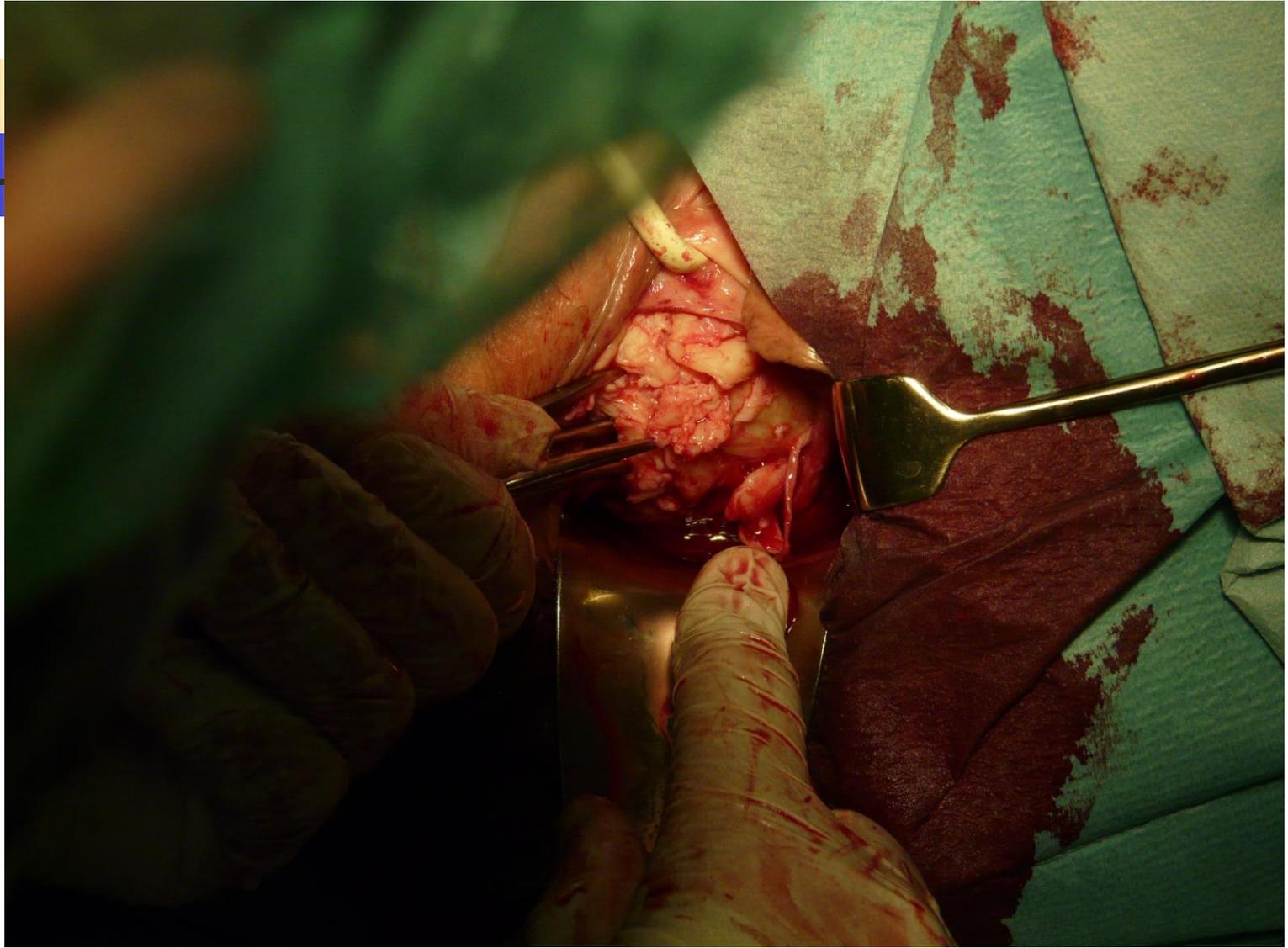
- 
- Выполнение операции было сопряжено с огромными техническими трудностями, обусловленными гигантским размером образования, неоднородностью его структуры (образование удалялось фрагментарно), интимным сращением узла с окружающими тканями.

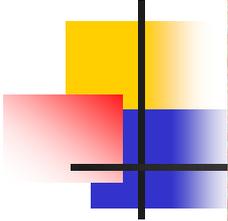
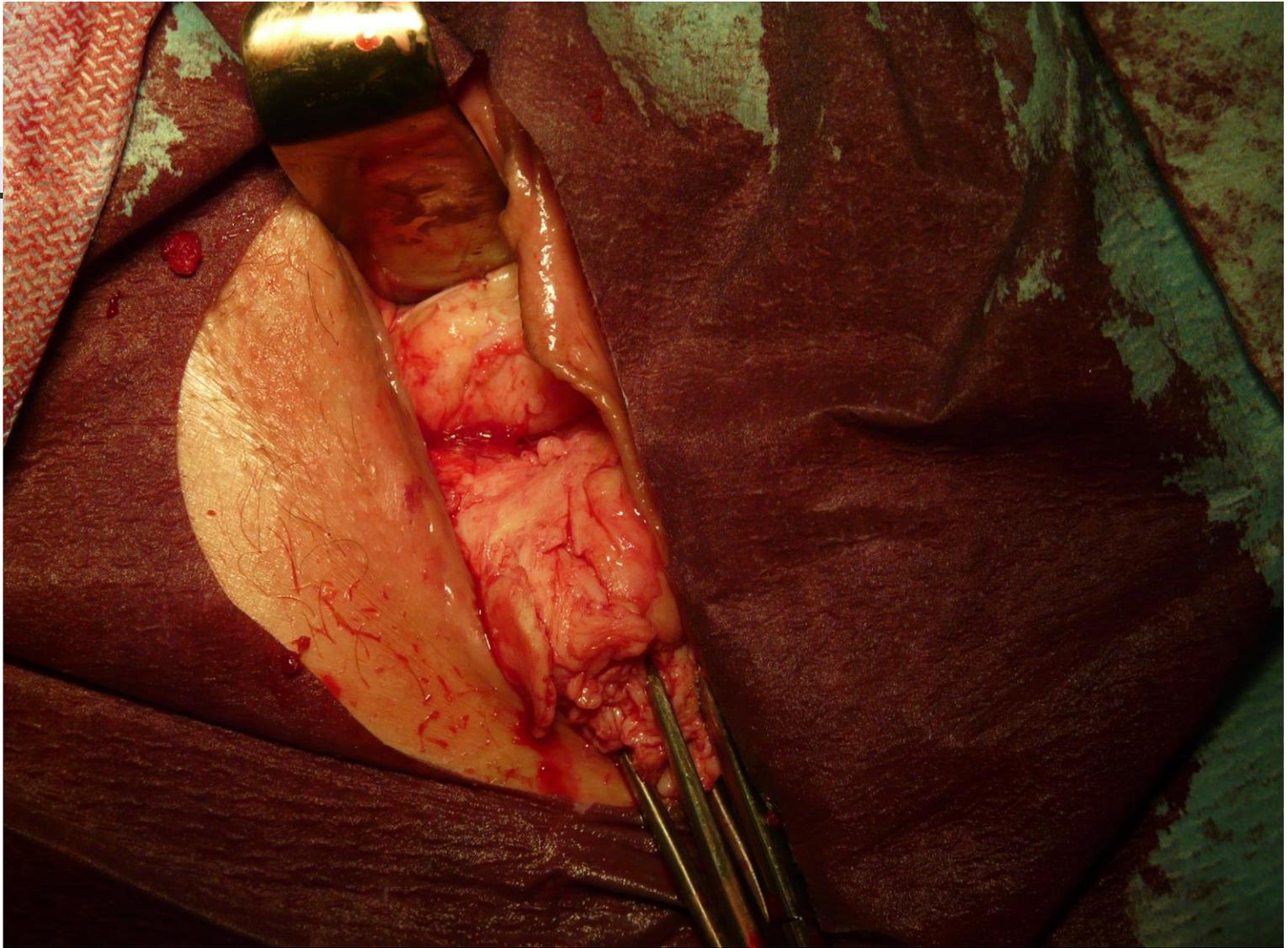
Демонстрация операции:

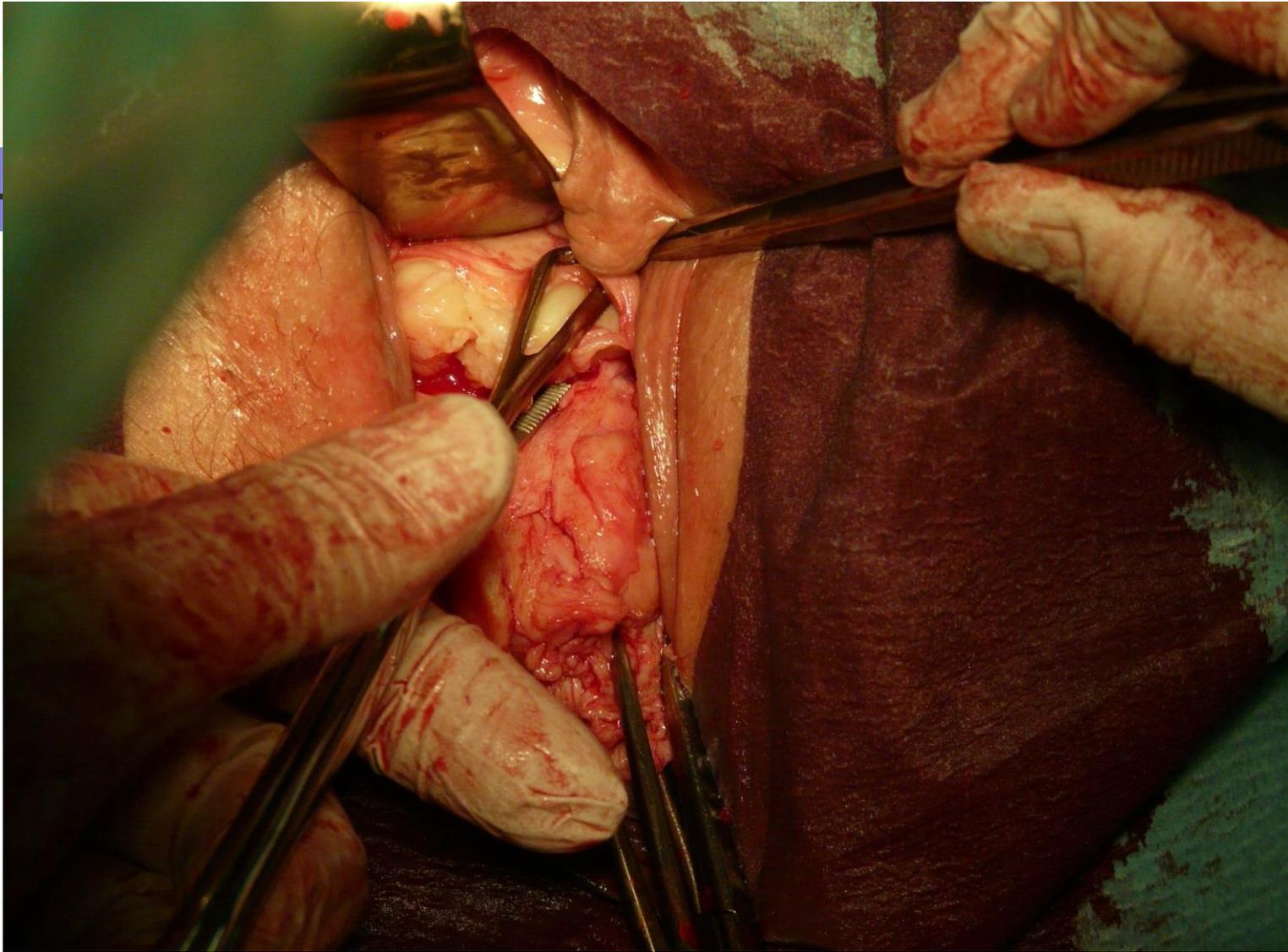


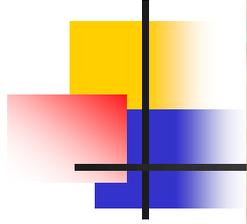
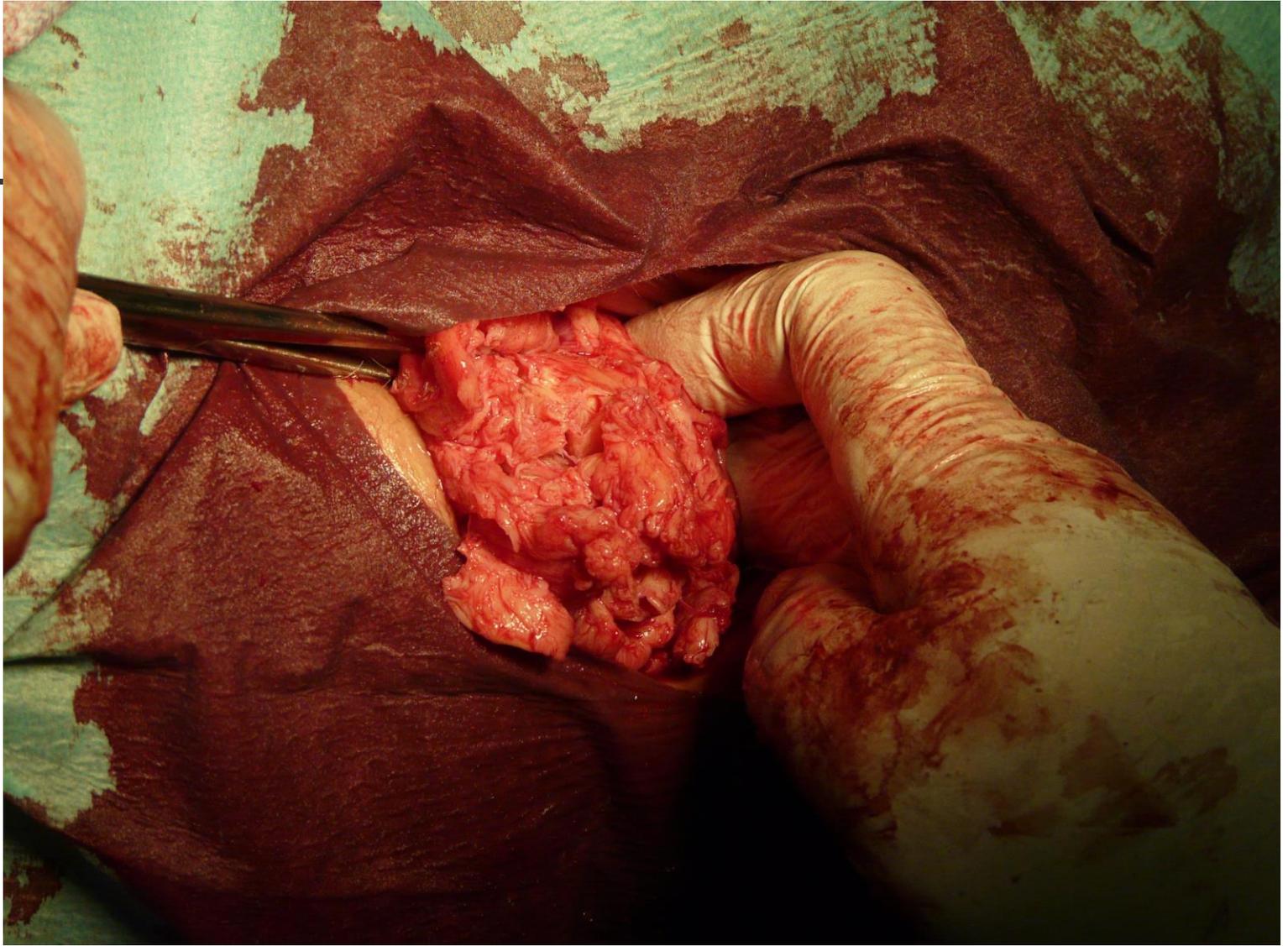


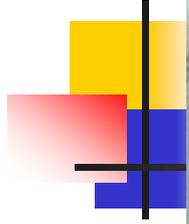


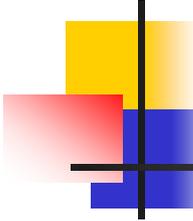
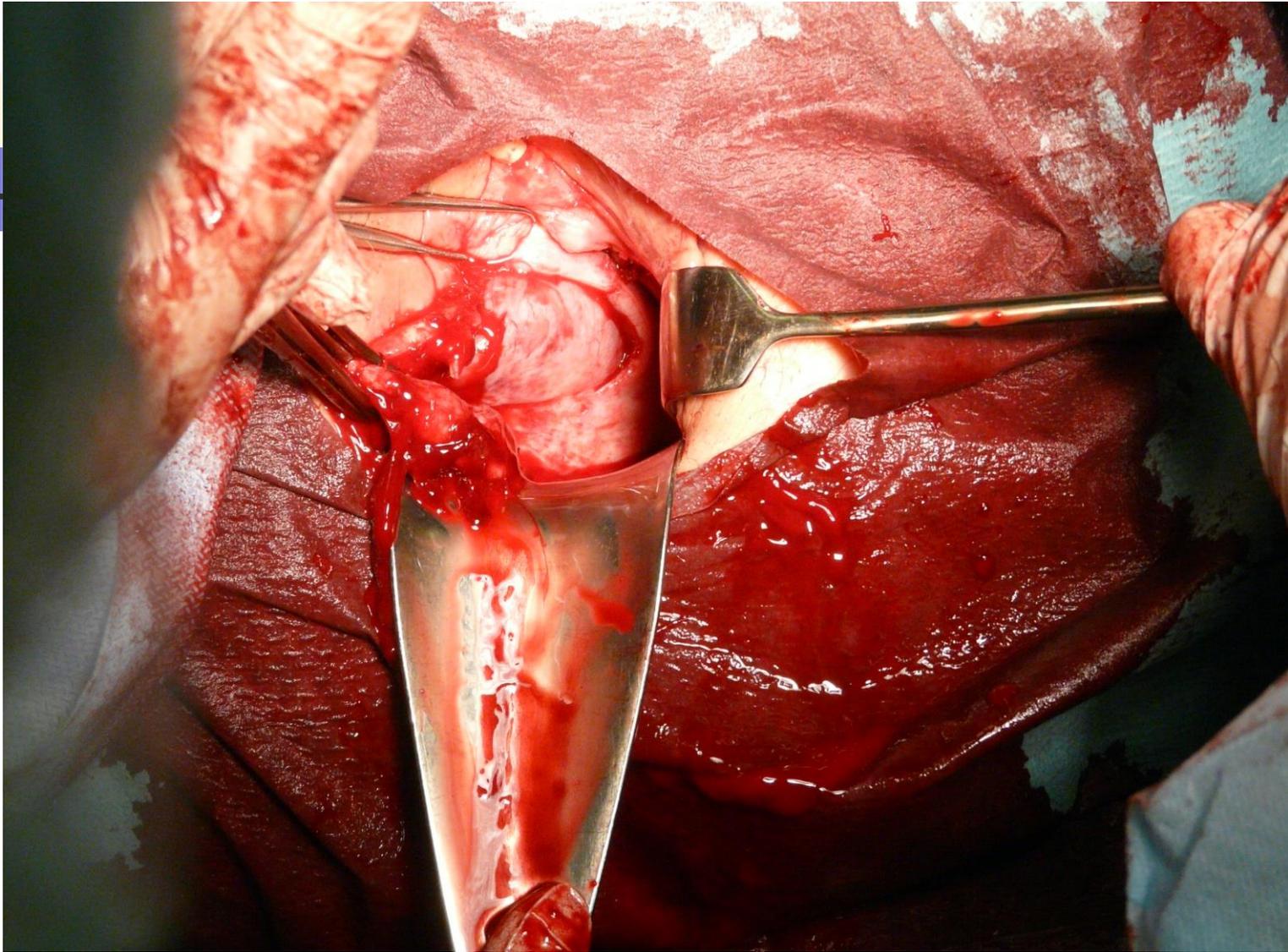


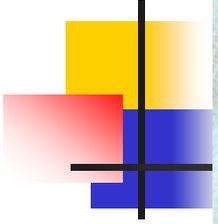


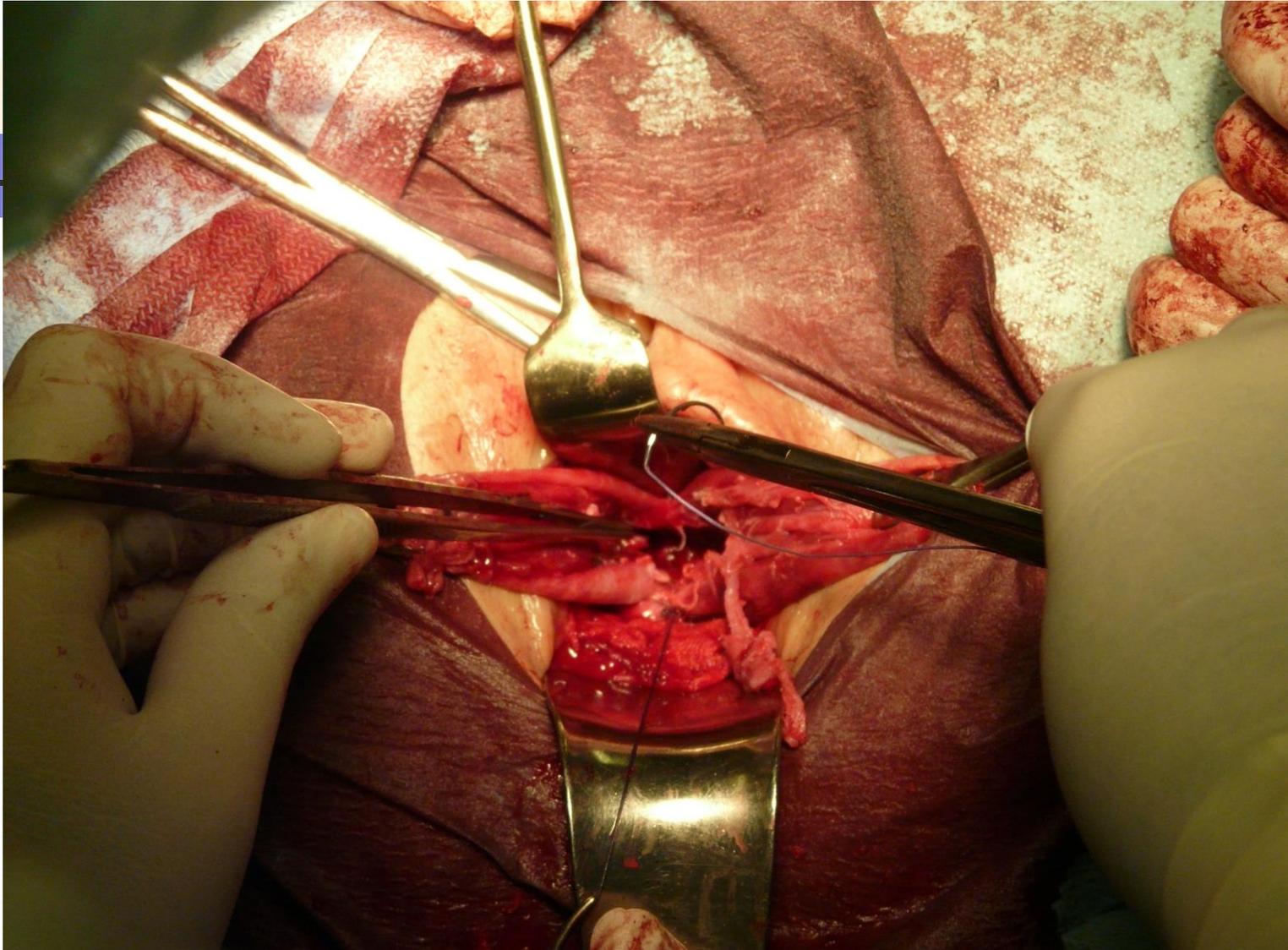


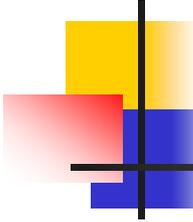
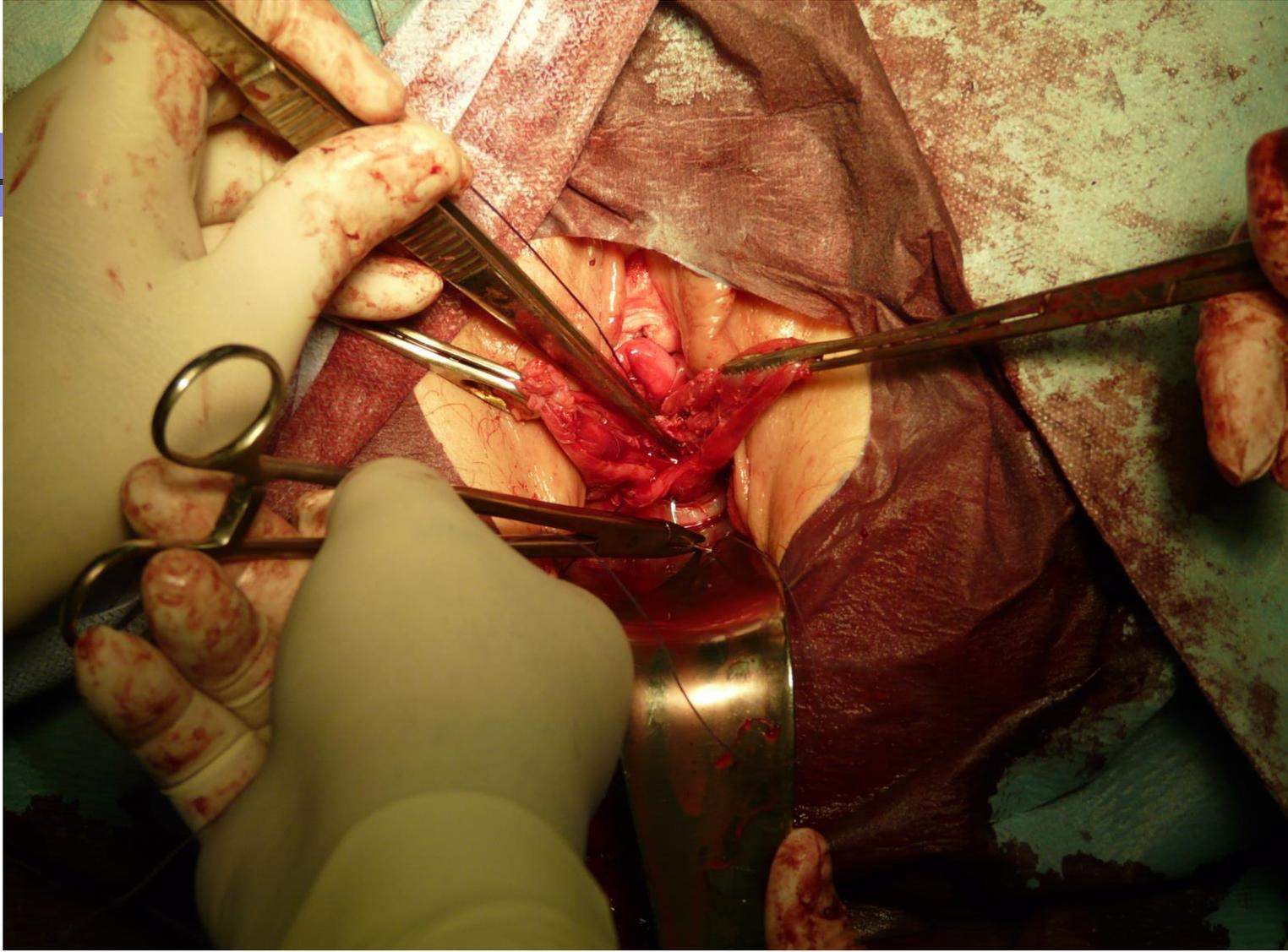


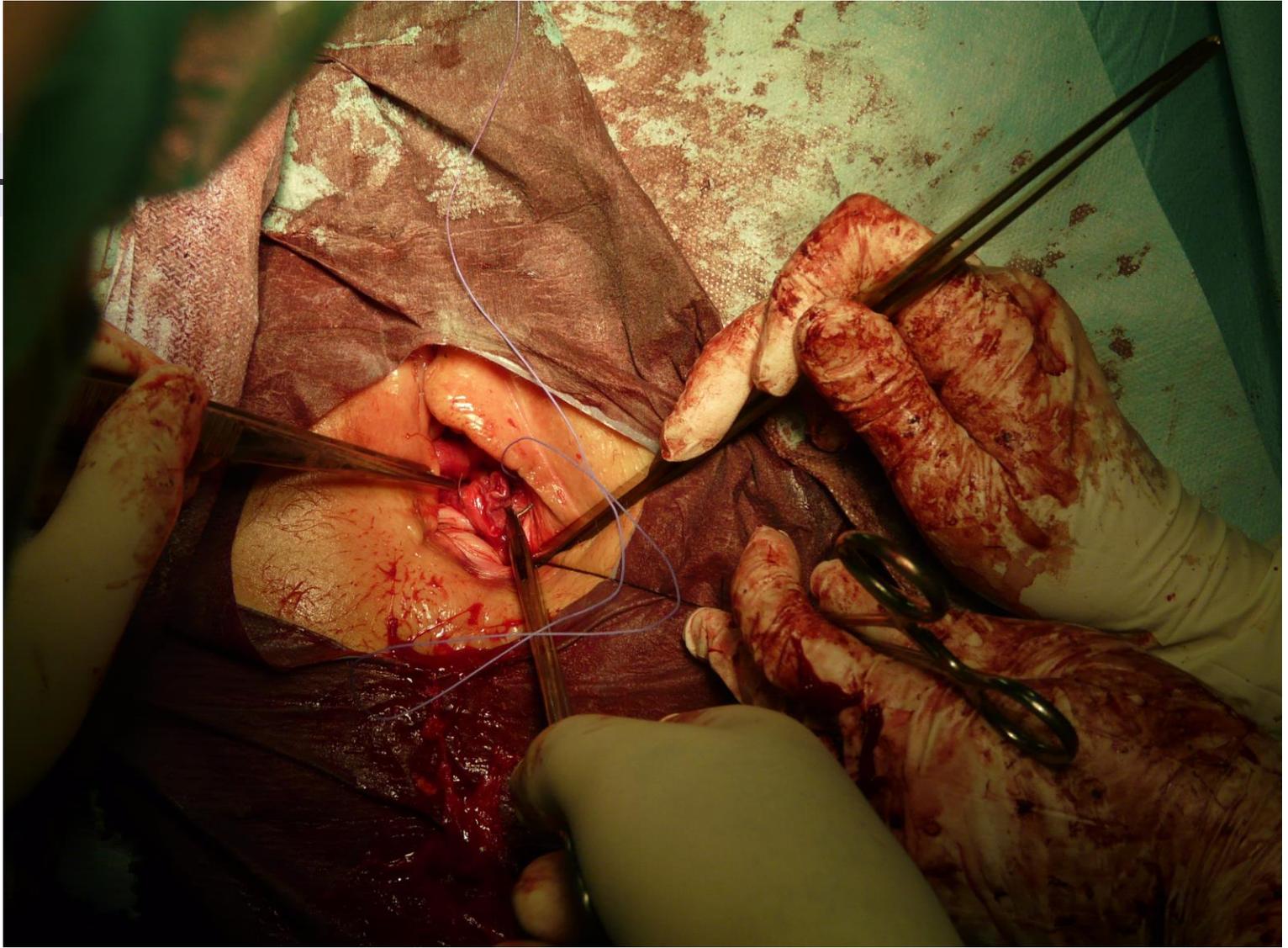


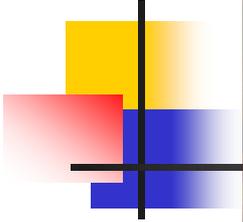
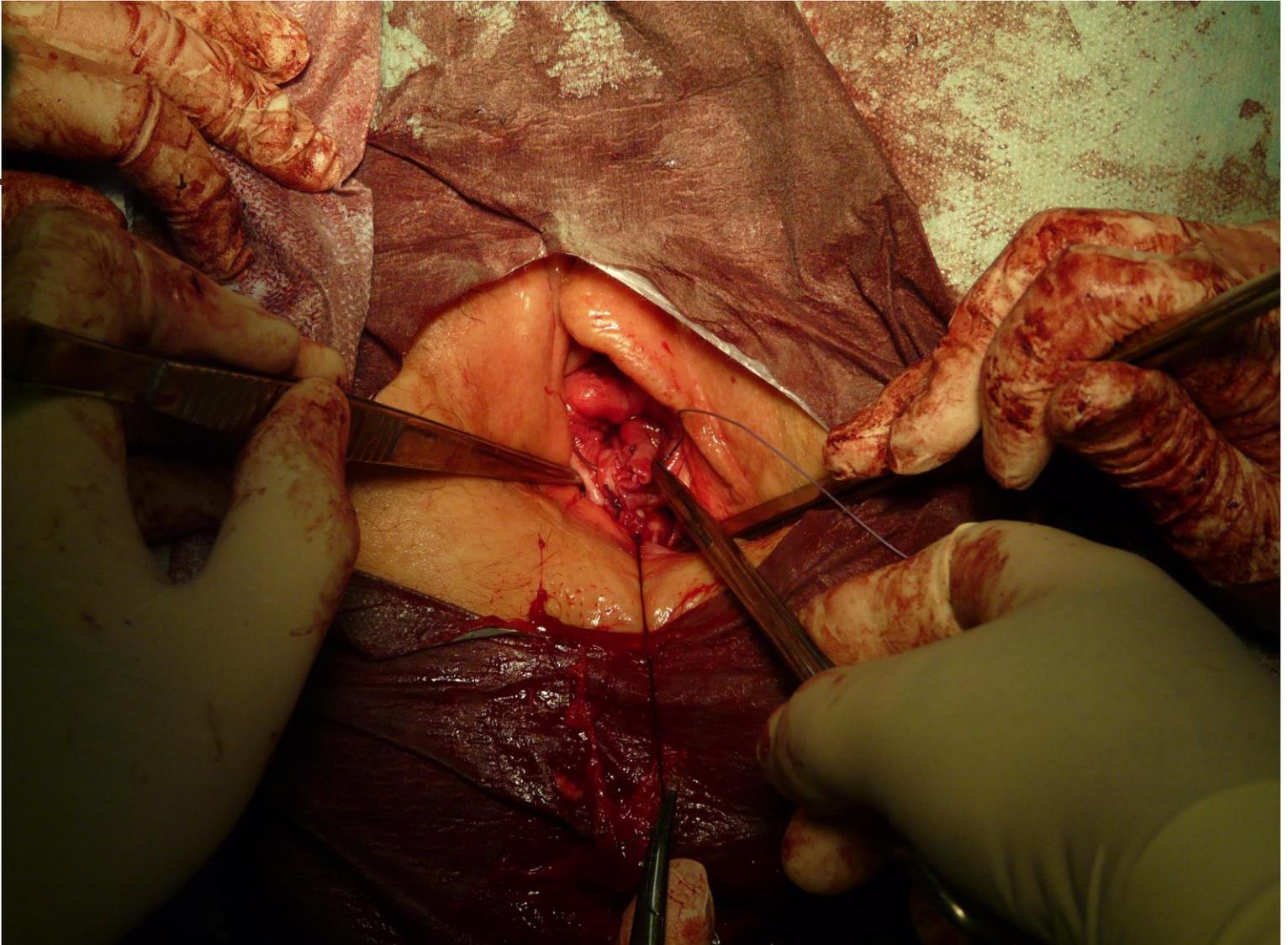












Послеоперационный период протекал гладко.

- Проводилась ежедневная обработка швов на шейки матки р-ром бриллиантовой зелени, продолжена санация влагалища.
- Продолжена антибиотикотерапия: цефатоксим 1,0 x 2 раза в день в/м 7 дней (с учетом чувствительности флоры к антибиотикам)
- Антеанемическая терапия.

Контрольное обследование:

- Биохимия крови (06.02.2015) глюкоза крови 7,7; общ.бил 7,0; прям бил. 0,9; тимоловая проба 0,8; АсАт 17,5; АлАт 13,1; общий белок 62,2; альбумины 41; **о.азот 19,2**; глобулины 21,2, **креатинин 80**; **мочевина 4,0**

06.02.2015 УЗИ почек.

ПРАВАЯ ПОЧКА:

Почка расположена обычно. Контуры ее ровные, четкие. Размеры 100 x 48 мм. Капсула в виде четкой тонкой эхогенной полоски. Паренхима 17 мм. Эхогенность не изменена. Структура мелкозернистая.

ЧЛС не расширена. Конкременты не обнаружены. Паранефральная клетчатка не изменена. Подвижность не нарушена. Надпочечник не определяется.

ЛЕВАЯ ПОЧКА:

Почка расположена обычно. Контуры ее ровные, четкие. Размеры 101 x 48 мм. Капсула в виде четкой тонкой эхлогенной полоски. Паренхима 17 мм. Эхогенность не изменена. Структура мелкозернистая.

ЧЛС не расширена. Конкременты не обнаружены. Паранефральная клетчатка не изменена. Подвижность не нарушена. Надпочечник не определяется.

Мочевой пузырь пустой.

Заключение: Патологии не обнаружено.

06.02.2015 Мочевой катетер удален.

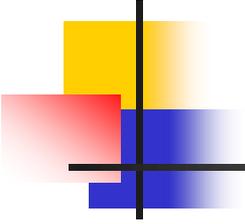
Самостоятельное мочеиспускание восстановлено.



Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

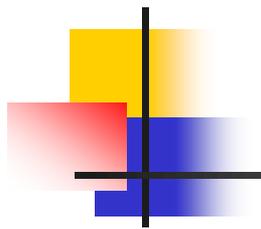
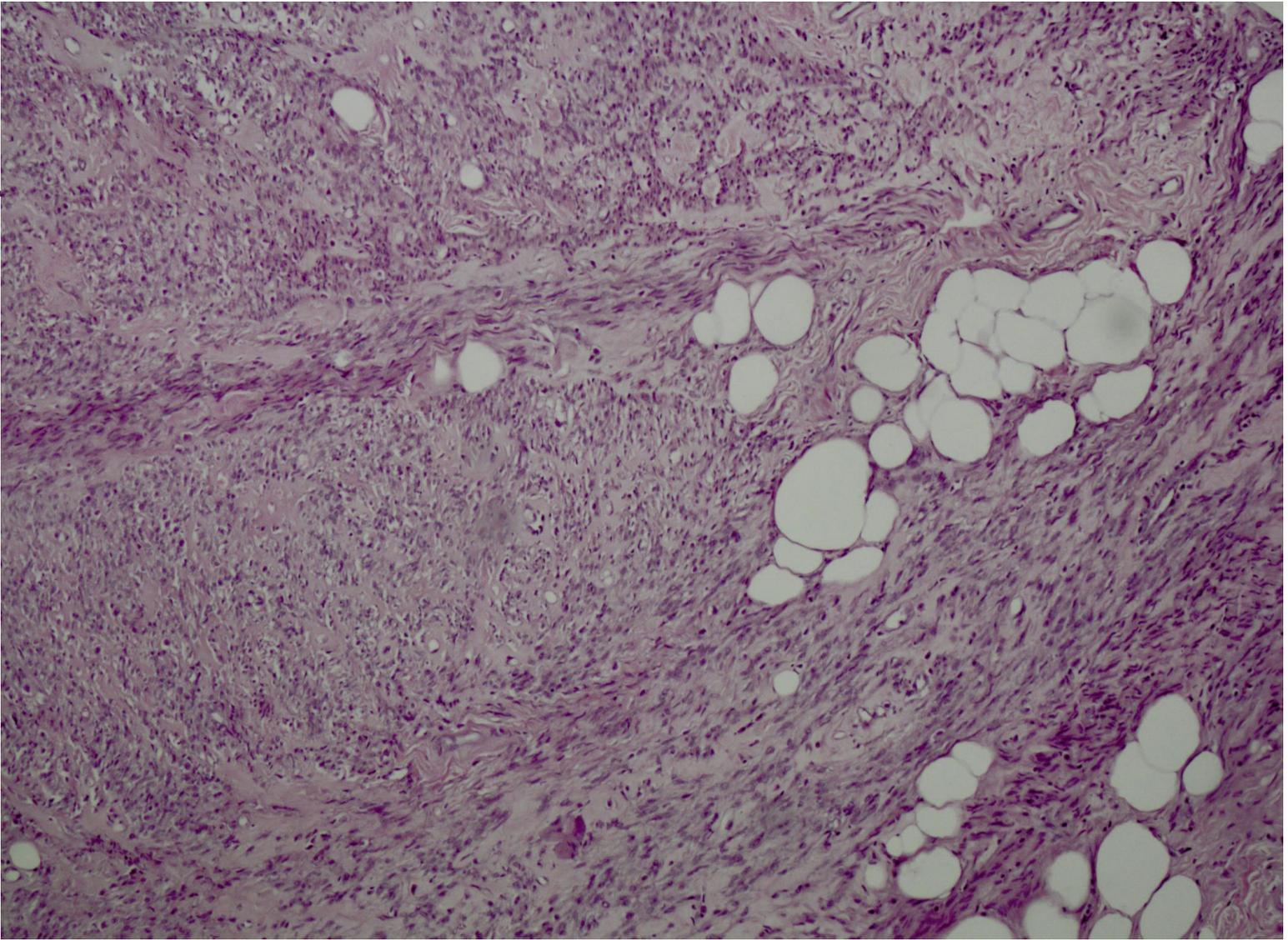
Рекомендовано:

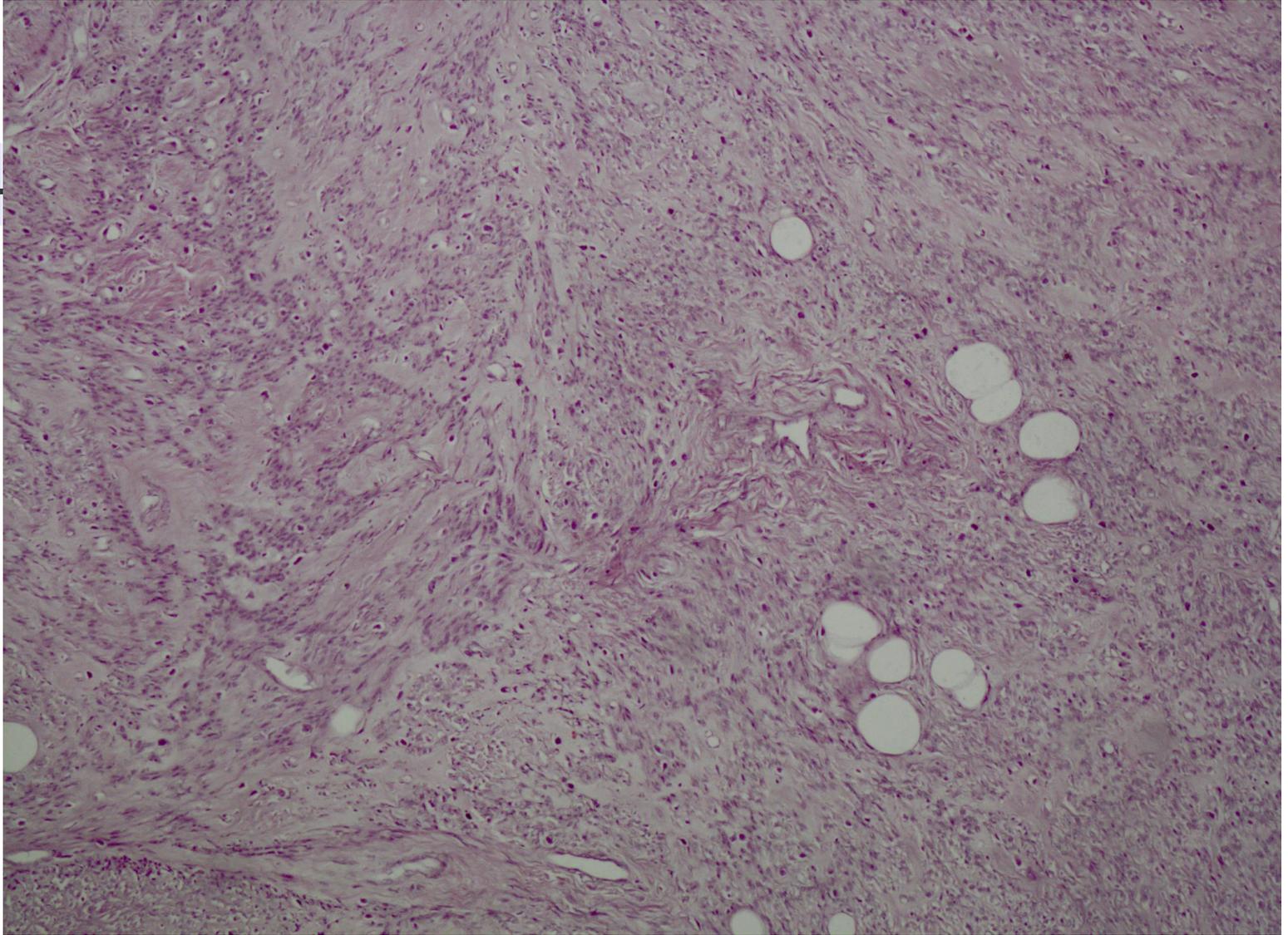
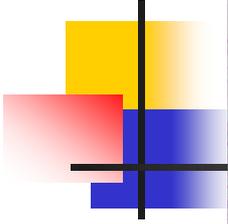
1. Даны советы по режиму труда, ограничению физической нагрузки, диете.
2. Половой покой 2 месяца.
3. Продолжить прием сорбифера 1т x 2 р/д до 1 мес под контролем ОАК 1р/2 нед.
4. Продолжить постановку свечей гексикон интравагинально по 1 св x 1р/д до 10 дней.
5. Явка на осмотр через 1 месяц.

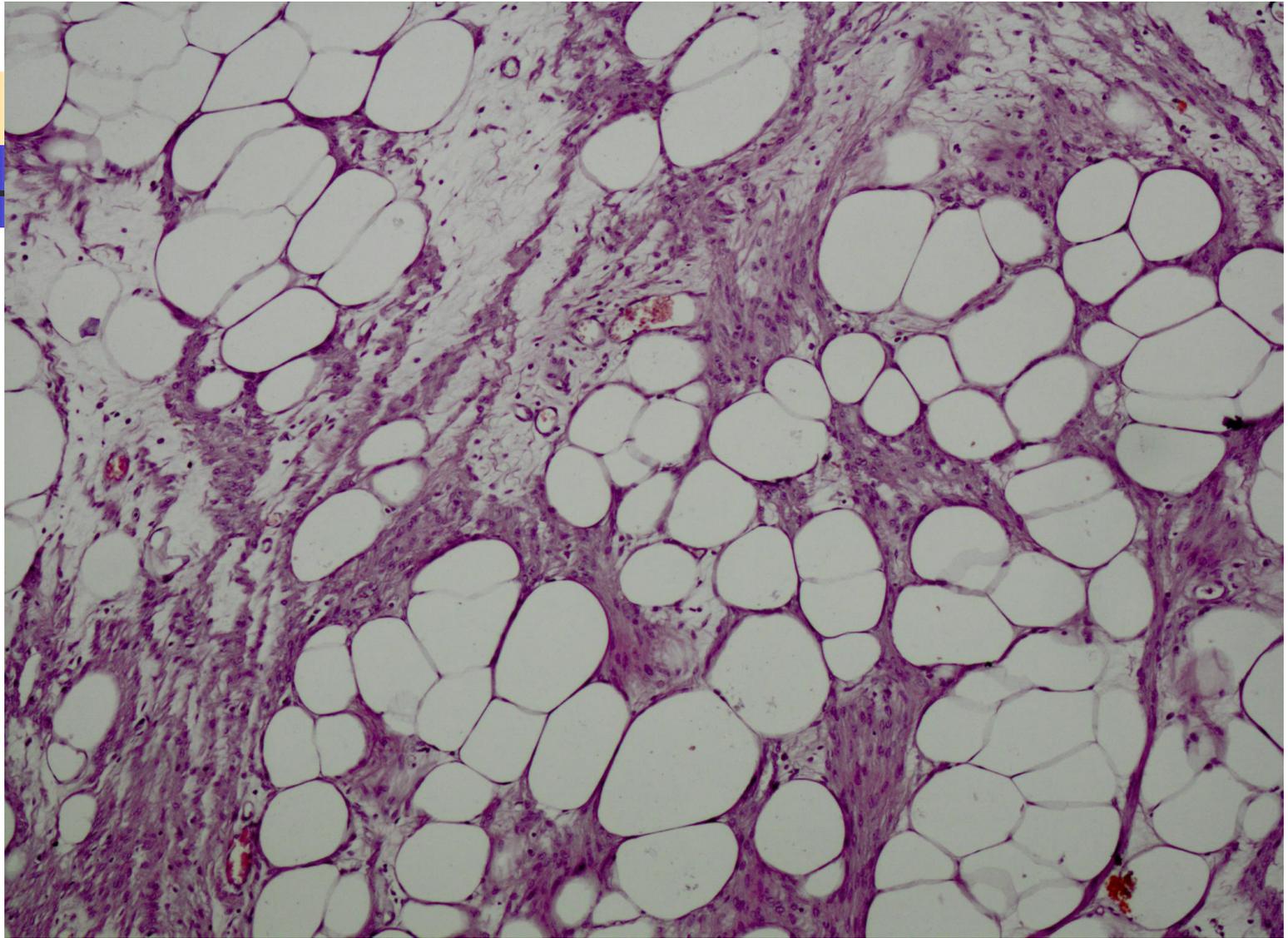


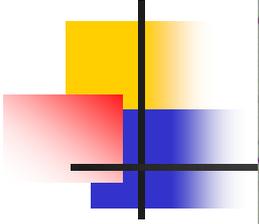
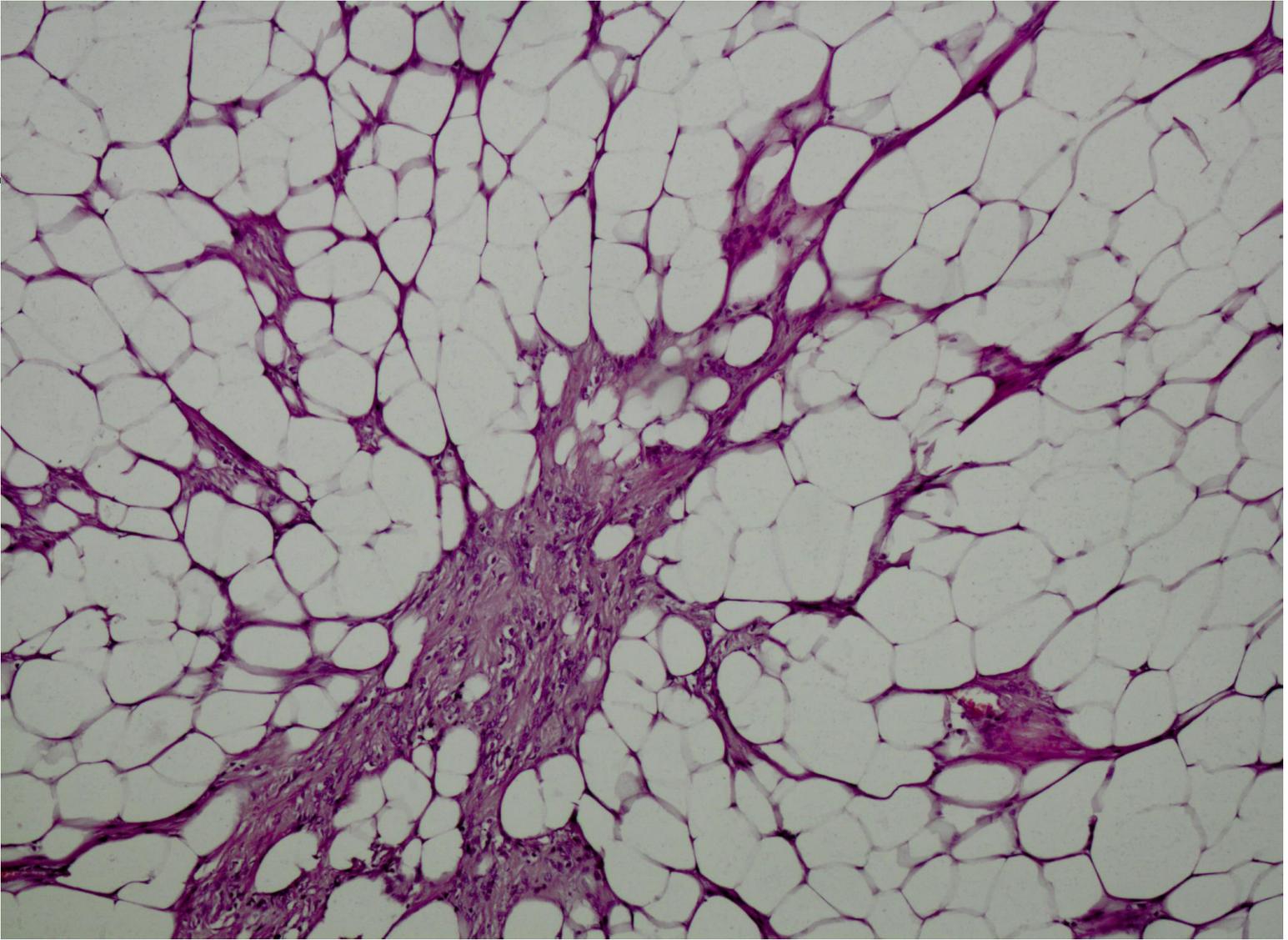
Гистология 1223 – 34

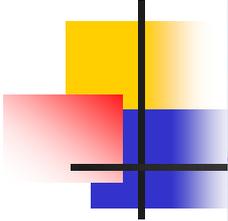
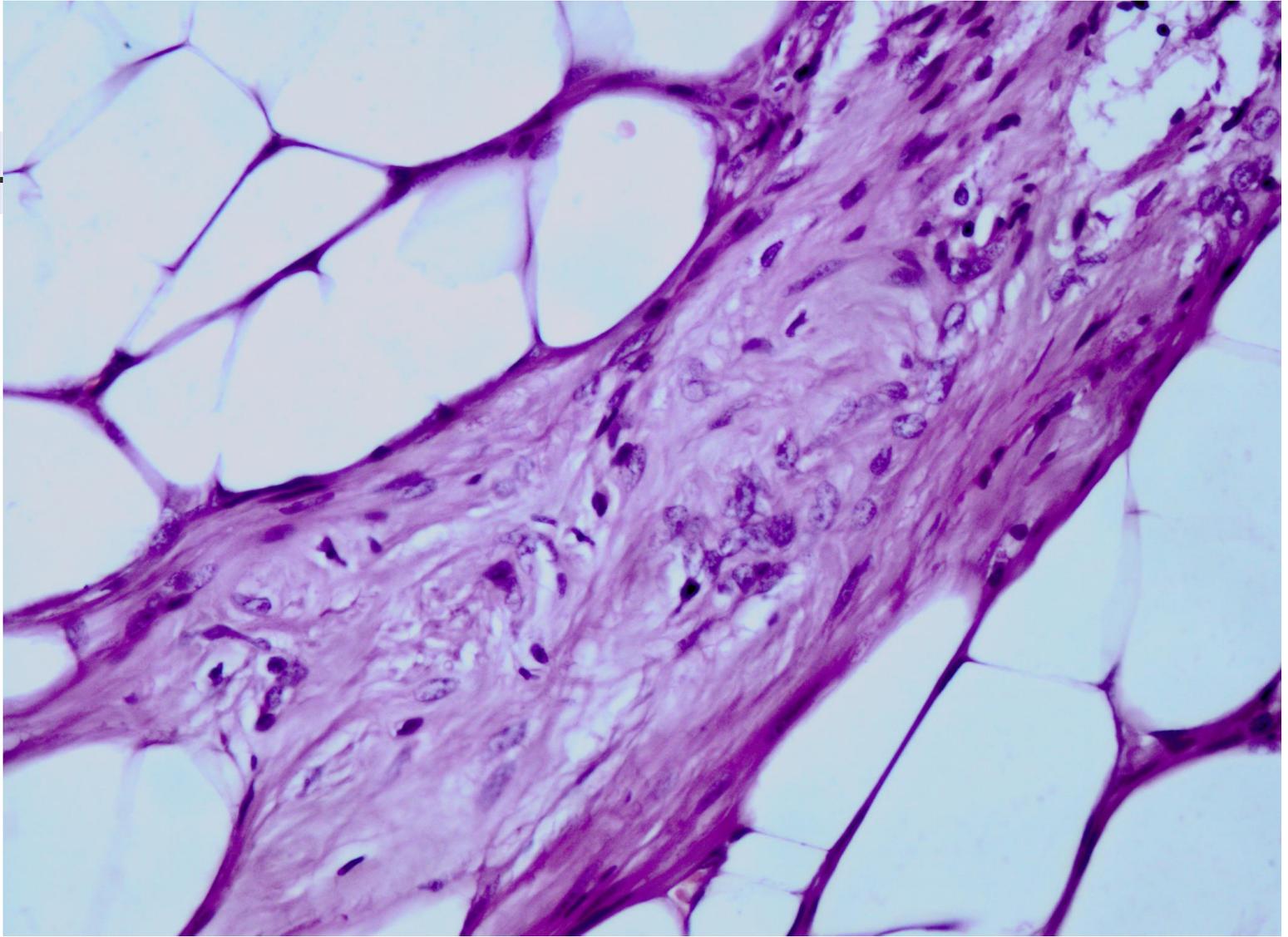
Пролиферирующая лейомиома с
участками трансформации в липому.

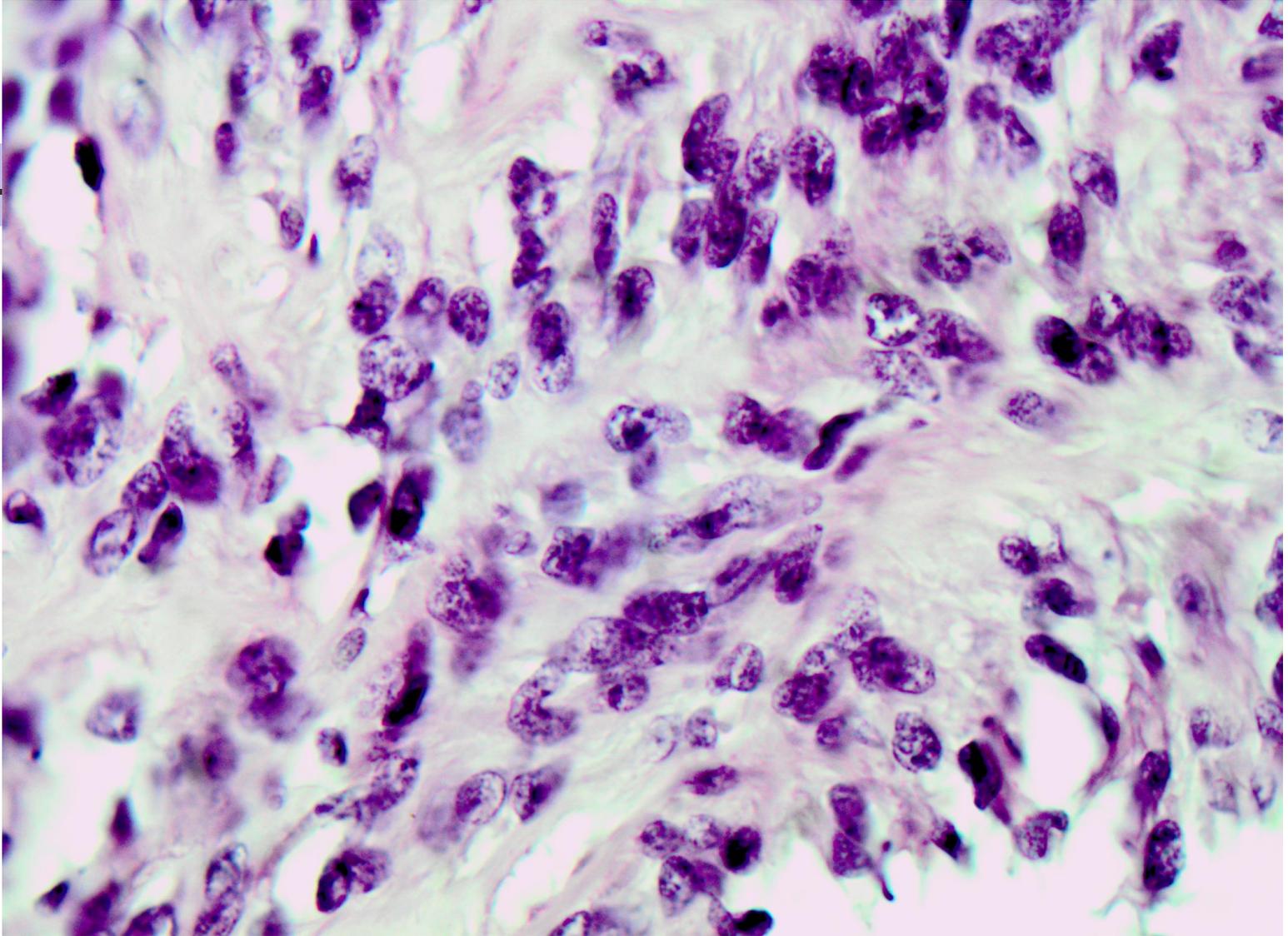


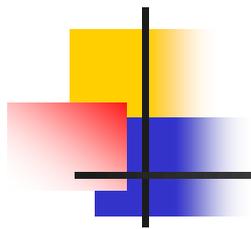












Спасибо за внимание.