Министерство общего и профессионального образования

Российской Федерации

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Медицинский факультет

Кафедра акушерства и гинекологии

История болезни

Диагностирование и лечение узловой миомы матки

студент

Чудайкин А.Н.

Саранск, 2003

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

Ф.И.О. больной:

Год рождения (возраст):

Национальность: мордовка

Место работы: бухгалтер,

Производственные и бытовые вредности: отрицает

Домашний адрес:

Семейное положение: замужем

Дата поступления в клинику: 16.10.2003

## ЖАЛОБЫ

Не предъявляет

## Анамнез функций

*Менструальная функция*: первые менструации в 13 лет, установились сразу, регулярные по 7-8 дня через 25-26 дней, обильные, безболезненные. После начала половой жизни, родов (1991 год) характер менструаций не изменился. Последняя менструация в 26.09.2003.

*Секреторная функция*: бели умеренные, слизистые, без запаха.

*Половая функция*: половая жизнь с 24 лет, в браке. Половые контакты 2-3 раза в неделю, противозачаточными средствами не пользовалась. Удовлетворение от половой жизни получала.

*Детородная функция*: первая беременность в 1991 г. закончилась рождением доношенного мальчика с массой 3500 г. Беременность протекала без особенностей, токсикоза беременности не наблюдалось. Кормление грудью 18 месяцев. Вторая беременность в 1994 г. закончилась рождением доношенной девочки с массой 3200 г. Послеродовый период без особенностей.

*Функции смежных органов*: со стороны мочевой системы: мочеиспускание безболезненное, цвет мочи не изменен. Со стороны кишечника отмечается нерегулярный стул со склонностью к запорам.

## ANAMNESIS VITAE

Место рождения: г. Саранск. Физическое и психическое развитие в соответствии с возрастом; в развитии от сверстников не отставала. Перенесенные заболевания: ОРЗ, пневмония (последний раз в мае 2003 г.), гепатит А (1989),. Аллергологический анамнез: без особенностей. Туберкулез, венерические, онкологические заболевания у себя и у родственников отрицает.

## ANAMNESIS MORBI

Ежегодно проходила медицинский осмотр, патологий не было. В марте 2003 г. впервые обнаружили миому матки (9-10 недель беременности) с быстрым ростом. С 2002 г. месячные обильные по 7-8 дней, через 25-26 дней. До настоящего времени постоянно наблюдалась в поликлинике по месту жительства. Последняя менструация 26.09. протекала без особенностей. 15.10. появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, обратилась к гинекологу, направлена в 4-ую городскую больницу. В данный момент находится в гинекологическом отделении 4-ой городской больницы для проведения операционного лечения.

## ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Общий осмотр*

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Настроение спокойное. Телосложение правильное. Рост 168 см, вес 57 кг. Тип конституции: нормостенический.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Подкожно-жировой слой умеренно выражен, толщина 1,5 см (на уровне VII-VIII ребра слева между среднеключичной и передней подмышечной линиями. Отеков нет.

##### Система органов дыхания

Частота дыхания 20/мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Дыхание через нос, свободное. Форма грудной клетки нормостеническая, симметрична. Лопатки находятся на одном уровне. При дыхании наблюдается равномерное движение обеих половин грудной клетки. В акте дыхания дополнительная дыхательная мускулатура не принимает участие. Грудные железы без особенностей.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластичность сохранена. Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках.

При сравнительной перкуссии грудной клетки наблюдается ясный легочный звук над всеми полями.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек легких |
| Спереди | На 3 см. выше ключицы |
| Сзади | на уровне остистогоотростка 7 шейного позвонка |

|  |
| --- |
| Ширина полей Кренига |
| Слева | Справа |
| 6 см. | 6 см. |
| Нижний край легких |
| Линия | Справа | Слева |
| Парастернальная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-го грудного позвонка  | Остистый отросток 11-го грудного позвонка |

|  |
| --- |
| Подвижность нижнего края легких |
|  | Вверх | Вниз |
| Линия | Слева | Справа | Слева | Справа |
| Средняя подмышечная | 2 см. | 2 см. | 2 см. | 2 см. |
| Задняя подмышечная | 2 см. | 2 см. | 2 см. | 2 см. |

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

*Сердечнососудистая система*

Пульс ритмичный, с частотой 72 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, симметричен. Артериальное давление 125/90 мм.рт.ст. Область сердца не изменена.

Верхушечный толчок умеренной силы, локализуется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины, 4 межреберье |
| Левая | На 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье |
| Верхняя | По верхнему краю 3 ребра |
| Границы абсолютной тупости сердца |
| Правая | По левому краю грудины |
| Левая | На 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии |
| Верхняя | На уровне хряща 4 ребра |

Поперечник сердца 11 см, ширина сосудистого пучка - 6 см.

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичны.

*Пищеварительная система*

Слизистая рта розовая, чистая. Язык розовый, чистый, влажный. Десны не кровоточат. Живот округло-овальной формы, симметричный, не вздут. Расширения подкожных вен живота и наличие грыжевых выпячиваний не отмечается. Асимметрия и деформация правого и левого подреберья отсутствует. Видимая пульсации печени не отмечается.При перкуссии тимпанический звук над всей поверхностью живота. При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц (диффузного и ограниченного) не определяется. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых выпячиваний, флюктуации свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено. При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого, умеренной плотности, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., вяло перистальтирующего. Смещается на 3-4 см. Слепая кишка пальпируется в форме гладкого, безболезненного, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно упругого и слабо подвижного цилиндра, толщиной около 4 см., подвижностью 1-2 см. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде безболезненного, умеренно упругого, гладкого, малоподвижного цилиндра толщиной 2-2,5 см., не урчащие, безболезненные. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого, толщиной около 2 см. Желудок: поверхность гладкая, болезненность и урчание отсутствуют. Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см выше пупка. Консистенция желудка упругая. Поджелудочная железа не пальпируется.

Симптомов раздражения брюшины нет.

При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальтика.

*Печень и желчные пути*

При осмотре правое подреберье не изменено. При пальпации печень определяется у края правой реберной дуги, безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край закруглен. Желчный пузырь пропальпировать не удалось.

|  |
| --- |
| Размеры печени по Курлову |
| По срединно-ключичной линии справа | 10 см. |
| По срединной линии | 9 см. |
| По левому краю реберной дуги | 8 см. |

*Селезенка*

При осмотре левое подреберье не деформировано. Перкуторно размеры селезенки - 6х4 см.

*Мочевыделительная система*

Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Перкуторный звук над мочевым пузырем тимпанический, поверхность при пальпации гладкая, эластичная.

*Кроветворная система*

Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Поколачивание по плоским костям безболезненно.

*Эндокринная система*

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, Гортнера отрицательны.

*Нервная система*

Дермографизм красный, нестойкий. Зрачковый рефлекс содружественный. Тремора рук и век не наблюдается. Симптом Кернига отрицательный. Сухожильные рефлексы симметричны, умеренной силы. Обоняние, слух и вкусовая рецепция не нарушены. Холодовая, тепловая и температурная чувствительность не изменена.

*Опорно-двигательная система*

Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках тела. Мышечный тонус и сила нормальные, одинаковые с обеих сторон. Суставы: конфигурация суставов не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется. Движение свободное. Изменения окраски кожных покровов над суставами не наблюдается.

Кости: деформаций позвоночника, верхних и нижних конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Осмотр*: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Промежность высокая, целая. Половая щель не зияет, прикрыта половыми губами. Слизистая вульвы бледно-розовая, без видимых изменений. При натуживание больной опущение или выпадение стенок влагалища не происходит. Заднепроходное отверстие закрыто, тонус сфинктера сохранен.

*Исследование с помощью влагалищных зеркал*: шейка матки проктически сглажена, отклонена вправо, верхняя губа представлена фиброматозным узлом, вероятно исходящий из передней стенки матки, задняя губа истончена. Выделения кровянистые.

*Влагалищное исследование:* влагалище ёмкое. Шейка матки проктически сглажена, отклонена вправо. Слизистая шейки матки не изменена. Маточный зев в виде поперечной щели. Своды свободные.

*Бимануальное исследование*: тело матки anterflexio, увеличено до 11-12 недель беременности, умеренно подвижное, безболезненное, плотной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

**ПЛАН ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Сахар крови
4. Анализ кала на яйца глист
5. Рентгенография органов грудной клетки
6. ЭКГ

7. Коагулограмма

8. Биохимический анализ крови

9. Аспирация из полости матки

10. Мазок на гоноккок из уретры и цервикального канала

11. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки

12. Анализ крови на RW, ВИЧ

13. Мазок на степень чистоты из заднего свода влагалища

14. Определение группы крови и Rh принадлежность

15. УЗИ матки и придатков

16. Гистеросальпингография

17. Кольпоскопия

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови

гемоглобин – 116 г/л

эритроциты – 3,7 \* 1012/л

лейкоциты – 4,0 \* 109/л

пян –1%

с – 58%

л – 30%

м – 11%

СОЭ – 18 мм/ч

Заключение: увеличение СОЭ.

2. Общий анализ мочи

цвет – желтый

прозрачность – прозрачная

удельный вес – 1017

реакция – щелочная

белок – (-)

лейкоциты – 1-2 в п/зр

эпителий – 1-2 в п/зр

соли оксалаты +

фосфаты ++

Заключение: оксалатурия, фосфатурия.

3. Сахар крови – 4,8 ммоль/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

4. Анализ кала на яйца гельминтов.

Заключение: яйца гельминтов не обнаружены

5. Рентгенограмма органов грудной полости.

Заключение: патологии не обнаружено.

6. ЭКГ

Заключение: ритм синусовый, 65 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Синдром укороченного интервала PQ.

1. Коагулограмма.

Время свертования – 8 мин.

Время кроветочивости – 30 с.

Протромбиновый индекс – 94 %.

Фибриноген – 4000 мг/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

1. Биохимический анализ крови.

Общий билирубин – 8,5 мкмоль/л

прямой – “-”

непрямой – 8,5 мкмоль/л

Креатинин – 0,07 ммоль/л

Мочевина – 4,53 ммоль/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

9. Аспирация из полости матки.

Микроскопия: циллиндрический эпителий с явлением прлиферации.

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

10. Мазок на гоноккок из уретры и цервикального канала.

## Уретра Шейка матки

Гоноккоки - -

Проч. бактерии грам +/- кокки в грам +/- кокки в

единичном кол-ве единичном кол-ве

Лейкоциты 2-4 в п/з 10-12 в п/з

Эпителий 2-3 в п/з 3-5 в п/з

Трихомонады - -

Слизь значительном кол-ве

11. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки.

Заключение: цитограмма без особенностей.

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Миома матки

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

I. В связи с тем у нашей пациентки увеличение матки до 11-12 недель беременности то для точного установления основного диагноза необходимо провести дифференциальную диагностику с беременностью.

Из данных анамнеза: 1. в марте 2003 была диагностирована миома матки; 2. последняя менструация была 26.09.03, 15.10.03. появились умеренные кровянистые выделения, а при беременности наблюдается аменорея.

При общем осмотре: изменения молочных желез, характерные для беременности отсутствуют (нагрубание молочных желез, выделение молозева, пигментация околососковых кружков); у пациентки молочные железы нормальной формы, пальпаторно мягкие, околососковые ареолы темно-розового цвета.

При осмотре наружных половых органов: слизистая оболочка половых органов, влагалища, влагалищной части шейки матки бледно-розового цвета, при беременности, как правило, наблюдается цианоз.

При бимануальном исследовании: тело матки anterflexio, увеличено до 11-12 недель беременности, умеренно подвижное, безболезненное, плотной консистенции, при беременности матка эластичной или мягкой консистенции, шаровидной или овоидной формы.

Для подтверждения диагноза и исключения беременности можно провести ультрозвуковое исследование, использовать тесты на беременность.

II. В связи с наличием у нашей пациентки кровянистых выделений из половых путей, миому матки стоит отдифференцировать от рака тела матки, т.к. при раке тоже могут быть подобные симптомы.

Для рака тела матки наиболее характерным симптомом в начальных стадиях заболевания является появление молочных белей, чего у нашей пациентки не отмечалось. Кровянистые выделения носят контактный характер или появляются при физической нагрузке. У данной пациентки кровянистые выделения носят неконтактный характер, впервые возникший (15.10.03.).

Для рака характерен болевой синдром, тогда как наша пациентка жалоб на боли не предъявляет.

Т.к. 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 появлением раковой интоксикации. Диагноз рака тела матки окончательно может быть выставлен при гистологическом исследовании. У нашей пациентки при исследовании мазков на онкоцитоз из шейки матки и цервикального канала атипичные клетки не выявлены.

Таким образом, на основании различий в клинической картине заболевания, данных объективного и инструментального обследований можно исключить диагноз рака матки, беременность у данной пациентки.

## ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Узловая миома матки, с атипичным расположением узла (шеечный узел).

Диагноз выставлен на основании:

1. Анамнеза жизни: ежегодно проходила медицинский осмотр, патологий не было. В марте 2003 г. впервые обнаружили миому матки (9-10 недель беременности) с быстрым ростом. С 2002 г. месячные обильные по 7-8 дней, через 25-26 дней. До настоящего времени постоянно наблюдалась в поликлинике по месту жительства. Последняя менструация 26.09. протекала без особенностей. 15.10. появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, обратилась к гинекологу, направлена в 4-ую городскую больницу. В данный момент находится в гинекологическом отделении 4-ой городской больницы для проведения операционного лечения.

2. Гинекологического исследования: *Исследование с помощью влагалищных зеркал*: шейка матки проктически сглажена, отклонена вправо, верхняя губа представлена фиброматозным узлом, вероятно исходящий из передней стенки матки, задняя губа истончена. Выделения кровянистые.

*Влагалищное исследование:* влагалище ёмкое. Шейка матки проктически сглажена, отклонена вправо. Слизистая шейки матки не изменена. Маточный зев в виде поперечной щели. Своды свободные.

*Бимануальное исследование*: тело матки anterflexio, увеличено до 11-12 недель беременности, умеренно подвижное, безболезненное, плотной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

3. Результатов лабораторных и дополнительных методов исследований:

Общий анализ крови

Заключение: увеличение СОЭ.

Общий анализ мочи

Заключение: оксалатурия, фосфатурия.

Мазок на гоноккок из уретры и цервикального канала.

## Уретра Шейка матки

Гоноккоки - -

Проч. бактерии грам +/- кокки в грам +/- кокки в

единичном кол-ве единичном кол-ве

Лейкоциты 2-4 в п/з 10-12 в п/з

Эпителий 2-3 в п/з 3-5 в п/з

Трихомонады - -

Слизь значительном кол-ве

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

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.

Бактериологические исследования фиброзированных миоматозных узлов указывают на значительное повышение количества ассоциированной микробной флоры в них по сравнению с окружающими неизмененными тканями тела матки. Идентификация флоры путем проведения высокоспецифичных полимеразных цепных реакций на наличие участков ДНК возбудителей показала присутствие в миоматозных узлах «проблемных» возбудителей ЗППП (в подслизистых узлах — Chlamydia Trachomatis, в межмышечных-подбрюшинных — Ureaplasma urealyticum).

Морфологические исследования показали скопления укрупненных гладкомышечных клеток вокруг воспалительных инфильтратов в миометрии.

Несомненно, половые гормоны регулируют рост миомы матки, особенно на этапах клинически определяемых узлов, когда в них сформировано значительное количество экстрацеллюлярного матрикса, повышающего чувствительность миомы к стероидным гормонам. В миоматозных узлах эстрогенные рецепторы повышены в 2 раза, а прогесте-роновые — в 3 раза в сравнении с окружающим миометрием. Следовательно, обе группы женских половых гормонов могут играть существенную роль в росте сформировавшихся миоматозных узлов.

Таким образом, в связи с особенностями гормональной рецепции в узлах миома матки может возникать и расти при нормальном уровне половых гормонов в крови. Экстрацеллюлярный матрикс, вырабатывающийся при повреждении клеточных мембран в миометрии, лежит в основе формирования миомы матки за счет синтеза тканевых факторов роста и делает ее гормонально-восприимчивой в повышенной степени из-за концентрации и трансформации эстрогенных и прогестероновых рецепторов в участках повреждения. С этой точки зрения миома матки может рассматриваться как пролиферат, отграничивающий, в частности, хронические воспалительные очаги в миометрии и становящийся гормонально-зависимым в связи с изменением в нем рецепции к половым гормонам.

Кроме того, в патогенезе миомы матки играют определенную роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции. Точкой приложения повреждающего фактора является сосудистая стенка. Механизм запуска этой реакции неспецифичен. Развитие миогенной гиперплазии происходит, в основном, в местах наиболее сложных переплетений маточных волокон. Факторами, индуцирующими локальную гипертрофию миометрия, являются гипоксия и развивающиеся нарушения микроциркуляции. Одновременно с ростом узлов миомы происходит нарастание массы окружающего миометрия, причем темп роста опухоли опережает темп увеличения мышечных слоев. Миоматозные узлы не имеют капсулы, являясь гипертрофированным мышечным слоем, аномальным пластом миометрия.

## ЛЕЧЕНИЕ

1. Предоперационная подготовка

Стол N 15.

Диета: полноценное, достаточно калорийное, богатое витаминами питание.

Режим: полупостельный.

С гемостатической целью.

Rp.: Sol. Etamsylati natrii 12,5 % - 2 ml

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

S. Внутримышечно 1мл однократно.

Rp.: Sol. Calcii chloride 1 % - 200 ml N 10

D.S. Внутривенно, капельно 1 раз в день.

2. Операционное лечение.

Операция: надвлагалищная ампутация матки без придатков. Дренирование брюшной полости.

Обезболивание: внутривенный многокомпонентный наркоз с интубацией трахеи, ИВЛ.

3. Введение пост операционного лечение:

Диета: стол № 0.

Режим: постельный.

С гемостатической целью.

Rp.: Sol. Calcii chloride 1 % - 200 ml N 10

D.S. Внутривенно, капельно 1 раз в день.

С антибактериальной целью.

Rp.: Tab. Nitroxolini 0,05 N 50

D.S. По 2 таблетки 4 раза в день.

Трансфузиозная терапия:

С общеукрепляющей и дезинтоксикационной целью.

Rp.: Sol. Glucosi 5 % - 400 ml

Sol. Ac. ascorbinici 5 % - 10 ml

M.D.S. Внутримышечно 1мл однократно.

## Для стимуляции работы кишечника.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 400 ml

Sol. Proserini 0,05 % - 1 ml

M.D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

С целью улучшения водно-солевого обмена.

Rp.: “Disol” 400 ml

D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

## ДНЕВНИК

29.10.2003 г.

Жалоб не предъявляет. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД - 20 /мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС - 75 /мин. АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей отсутствуют. Лечение продолжает.

## ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни – благоприятный;

выздоровления – благоприятный;

трудоспособности – благоприятный.

## ЭПИКРИЗ

Больная ФИО, находится на стационарном лечении гинекологическом отделении 4 ГКБ с 16.10.03 с диагнозом: узловая миома матки, с атипичным расположением узла (шеечный узел). При поступлении жалоб не предъявляла. Из истории развития заболевания: больной себя считает с марта 2003 г. когда впервые обнаружили миому матки (9-10 недель беременности) с быстрым ростом. С 2002 г. месячные обильные по 7-8 дней, через 25-26 дней. До настоящего времени постоянно наблюдалась в поликлинике по месту жительства. Последняя менструация 26.09. протекала без особенностей. 15.10. появились умеренные кровенистые выделения из половых путей, обратилась к гинекологу, направлена в 4-ую городскую больницу. Объективно выявлено: Исследование с помощью влагалищных зеркал: шейка матки проктически сглажена, отклонена вправо, верхняя губа представлена фиброматозным узлом, вероятно исходящий из передней стенки матки, задняя губа истончена. Выделения кровянистые.

Влагалищное исследование: влагалище ёмкое. Шейка матки проктически сглажена, отклонена вправо. Слизистая шейки матки не изменена. Маточный зев в виде поперечной щели. Своды свободные.

Бимануальное исследование: тело матки anterflexio, увеличено до 11-12 недель беременности, умеренно подвижное, безболезненное, плотной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Результатов лабораторных и дополнительных методов исследований:

1. Общий анализ крови

гемоглобин – 116 г/л

эритроциты – 3,7 \* 1012/л

лейкоциты – 4,0 \* 109/л

пян –1%

с – 58%

л – 30%

м – 11%

СОЭ – 18 мм/ч

Заключение: увеличение СОЭ.

2. Общий анализ мочи

цвет – желтый

прозрачность – прозрачная

удельный вес – 1017

реакция – щелочная

белок – (-)

лейкоциты – 1-2 в п/зр

эпителий – 1-2 в п/зр

соли оксалаты +

фосфаты ++

Заключение: оксалатурия, фосфатурия.

3. Сахар крови – 4,8 ммоль/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

4. ЭКГ.

Заключение: ритм синусовый, 65 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Синдром укороченного интервала PQ.

5. Коагулограмма.

Время свертования – 8 мин.

Время кроветочивости – 30 с.

Протромбиновый индекс – 94 %.

Фибриноген – 4000 мг/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

6. Биохимический анализ крови.

Общий билирубин – 8,5 мкмоль/л

прямой – “-”

непрямой – 8,5 мкмоль/л

Креатинин – 0,07 ммоль/л

Мочевина – 4,53 ммоль/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

7. Аспирация из полости матки.

Микроскопия: циллиндрический эпителий с явлением прлиферации.

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

8. Мазок на гоноккок из уретры и цервикального канала.

## Уретра Шейка матки

Гоноккоки - -

Проч. бактерии грам +/- кокки в грам +/- кокки в

единичном кол-ве единичном кол-ве

Лейкоциты 2-4 в п/з 10-12 в п/з

Эпителий 2-3 в п/з 3-5 в п/з

Трихомонады - -

Слизь значительном кол-ве

9. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки.

Заключение: цитограмма без особенностей.

Проводимое лечение: предоперационная подготовка (этамзилат натрия, хлористый кальций); операционное лечение: надвлагалищная ампутация матки без придатков, дренирование брюшной полости; пост операционное лечение: хлористый кальций, общеукрепляющяя и дезинтоксикационная терапия (глюкоза, аскорбиновая кислота), улучшение водно-солевого обмена (дисоль), антибактериальная терапия (нитроксалин). На фоне проводимой терапии отмечается улучшение состояния, уменьшились симптомы заболевания.

Выписалась домой в удовлетворительном состоянии со следующими рекомендациями: 1. наблюдение у гинеколога.

2. половой покой в течении 1 месяца.

3. ограничение физической нагрузки.

Куратор \_\_\_\_\_\_\_\_ Чудайкин А.Н.