ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

ФИО :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст : 38 лет (1962 г).

Профессия и место работы : Областная наркологическая больница, мед. сестра.

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

Семейное положение : замужем.

Дата поступления : 30.03.01

**ЖАЛОБЫ**

На момент поступления больная предъявляла жалобы на тянущие боли в левой паховой области.

При детальном расспросе по другим системам органов больная жалоб не предъявляет.

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ.**

Считает себя больной около 1 года, когда впервые появились мажущие, кровянистые выделения из половых путей перед каждой менструацией. Больная обратилась к гинекологу. Было произведено УЗИ 15.01.2000г., и поставлен диагноз аденомиоз. Повторное УЗИ 13.03.2001г., где диагноз был подтвержден и больная направлена в ГРД в ОГО для гистероскопии.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Из болезней детского возраста отмечает: тонзилит, корь, грипп, ОРЗ.

Менструации начались с 13 лет, установились сразу, длительность 5-7 дней, периодичность 32 дня, безболезненны, выделения обильные. Последняя менструация 9.03.-15.03.2001г.

Половой жизнью живет с 19 лет, изменений с началом половой жизни не отмечала. 9 беременностей, 1 роды, в 1984г. без осложнений. 7 медицинских аборта, 1 самопроизвольный, имеет 1 ребенка.

Из перенесенных заболеваний отмечает хронический пиелонефрит, МКБ, грипп, ОРЗ.

Из гинекологических заболеваний хронический левосторонний аднексит, эрозия шейки матки, диатермокоагуляция в 1985г.

Туберкулез, венерические заболевания, болезнь Боткина, болезни обмена у себя и ближайших родственников не было.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

##### Аденомиоз, болевая форма.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

Общее состояние удовлетворительное; вес 63; рост 172.

Окраска кожных покровов обычная. Сыпей, изъязвлений, шелушений, пигментаций, дипегментаций нет. Кожные рубцы отсутствуют. Тургор кожи сохранен, кожа теплая на ощупь, влажность обычная, волосы и ногти не ломкие.

Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной системы и органов чувств не выявлены.

Температура 36,8˚С;

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка нормостеническая. Деформаций, ассиметрий нет. Межреберные промежутки нормальной ширины. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной.

Поверхностная пальпация грудной клетки безболезненная. На симметричных участках грудной клетки голосовое дрожание проводится с одинаковой силой.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках обоих легких выслушивается ясный легочный звук.

При топографической перкуссии границы легких находятся в пределах физиологической нормы.

Поля Кренига: ширина полей Кренига, составляет 5 см с каждой стороны.

Активная экскурсия нижнего края легкого по среднеаксиллярной линии составляет 7см.

При сравнительной аускультации патологических шумов, хрипов, крепитации не выявлено. Шум трения плевры, бронхофония отсутствуют. Дыхание везикулярное.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

При осмотре в области сердца и сосудов сердечного горба, сердечного толчка, верхушечного толчка не наблюдается. Пульсации дуги аорты и периферических артерий нет, пульс Квинке, симптом «червячка» отрицательный. Набухания яремных вен, отрицательный, положительный венный пульс не отмечается. Расширения подкожных вен грудной клетки, брюшных покровов, варикозного расширения вен нижних конечностей нет.

Верхушечный толчок не пальпируется, симптом Оливера-Кордорелли отрицательный. При пальпации в области больших сосудов пульсации нет. При пальпации периферических артерий четкообразности не наблюдается, эластичность сохранена.

При перкуссии – границы сердца в пределах физиологической норсмы.

Границы сосудистого пучка

Поперечный размер сосудистого пучка 5,5 см.

Аускультация: В точках проекции клапанов сердца выслушиваются ясные тоны сердца, ритмичные. Патологические шумы области сердца и сосудов не выслушиваются.

ЧСС 75 уд/мин, АД 110/70.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Запаха изо рта нет. Слизистая внутренней поверхности рта и десен бледная, кровоточивости, изъязвлений, нагноений, рубцов, незаращения твердого неба нет. Язык влажный, чистый, полость рта без патологических изменений не выявлено. Слизистая глотки не гиперемирована, поверхность гладкая, миндалины не увеличены. Глотание свободное. Венозной сети, видимой перистательки желудка, кишечника, полос пигментации нет. Пупок нормальной конфигурации.

Живот правильной конфигурации без видимой ассиметрии, не вздут. При пальпации мягкий болезненный слева. Пальпируются все отделы кишечника без патологических изменений. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского отрицательные.

Аускультативно – патологии не выявлено.

Печень не увеличена, пузырные симптомы отрицательные.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

При осмотре поясничной области гиперемии, отечности, сыпей не обнаружено. Осмотр мочеполовых органов не проводился. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание нормальное 4-5 раз в сутки.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ

Сон глубокий, спокойный, без сновидений. Бессонница не беспокоит. Больной выглядит спокойным, не раздражителен.

Щитовидная железа не пальпируется.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Молочные железы нормальной конфигурации, без видимых внешних изменений. При пальпации безболезненные, без патологических уплотнений. Наружные половые органы без видимых патологических изменений, оволосенение по женскому типу. Преддверие влагалища обычной окраски, уретра и устье бартолиновой железы без патологических изменений.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища розовая, шейка матки цилиндрической формы, наружний зев закрыт. Тело матки в anteflexio, увеличена до 8-9 недель беременности, подвижная, безболезненая при пальпации. Придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные. Выделений из половых путей нет.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

# Общий анализ крови.

Кровь на RW.

Общий анализ мочи.

Бх крови (общий белок, биллирубин, креатинин)

Коагулограмма.

Кровь на группу и резус-фактор.

УЗИ обследование.

Кровь на свертываемость.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Общий анализ крови:

эритроциты-3,6

гемоглобин-116

цветной показатель-0.96

лейкоциты-6,2

СОЭ-6

RW- отрицательна.

Группа крови 0(I) Rh+

Анализ мочи.

Цвет-соломенно\желтый

Уд. Вес 1018

Проз.- прозрачная

Среда кислая

Белок – нет.

Лейкоциты - 2, 3 в поле зрения

Эритроциты – 1-4 в поле зрения

Коагулограмма

ФВ - отр

ФА - 3,37

ПТИ - 78%

КВ - 79 с

###### БХ-крови

Белок-67

Биллирубин-8,8

Креатинин-66,8

Гистероскопия: аденомиоз 2 степени, произведено выскабливание эндометрия, соскобы отправлены на потологическое исследование.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

У данной больной ведущими симптомами заболевания являются жалобы на тянущие боли в левой паховой области и мажущие кровянистые выделения из половых путей перед менструациями. Данные симптомы могут встречаться при миоме матки, с которым необходимо дифференцировать аденомиоз.

Для миомы матки наиболее характерным симптомом заболевания является кровянистые выделения носящие неконтактный, постоянный характер. У данной больной мажущие, кровянистые выделения из половых путей перед каждой менструацией. При фибромиоме схваткообразные боли могут иметь место при рождении субмукозного узла, тем не менее, после этих болей нет патологических выделений. Окончательный диагноз миомы матки может быть верифицирован гистологическим исследованием и УЗИ. Таким образом, на основании различий в клинической картине заболевания, данных объективного и инструментального обследований можно исключить диагноз миомы матки у данной больной.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

*Аденомиоз 2 степени, болевая форма.*

Поставлен на основании:

* жалоб больной: на тянущие боли в левой паховой области.
* анамнеза болезни: считает себя больной около 1 года, когда впервые появились мажущие, кровянистые выделения из половых путей перед каждой менструацией. Больная обратилась к гинекологу. Было произведено УЗИ 15.01.2000г., и поставлен диагноз аденомиоз. Повторное УЗИ 13.03.2001г., где диагноз был подтвержден.
* объективного исследования: живот при пальпации мягкий болезненный слева. Тело матки в anteflexio, увеличена до 8-9 недель беременности.
* Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: гистероскопия: аденомиоз 2 степени

**ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Основной способ лечения - гормональный. Задачей является подавление гиперэстрогениии, подавить выработку ФСГ, повысить уровень ЛГ. Препараты должны содержать гестогенные компоненты. Это основа лечения эндометриоза. Используется норкалут, нон-овлон во 2-й фазе менструального цикла. Норкалут с 15 по 25 день менструального цикла по 1 таблетки в течении длительного периода для лечения и противорецидивной терапии.

Можно использовать такие препараты как тризистон, минизистон. Также используются для длительного лечения, но уже в контрацептивном режиме.

Наиболее активными являются два препарата:

1. Гонозол (доновал) - ингибитор гипофизарных гормонов. Снижает количество ферментов яичников обеспечивающих стероидогенез. снижает синтез половых гормонов в печени, способствует иммунному ответу против очагов эндометриоза. Используется в капсулах по 200-400 мг ежедневно в течении длительного времени (6 месяцев). Имеет место подавление менструальной функции. Особенно хорош гонозол как противорецидивный препарат. Назначается после операции на 4-6 месяцев.
2. Золадекс. Выпускается английской фирмой Zeneca. Препарат опробирован был на лечении рака предстательной железы. Является синтетическим аналогом гонадотропного релизинг-гормона, который уменьшает концентрацию эстрогенов и воздействует на гипофиз, вызывает активный выброс ЛГ. Концентрация гормонов падает и менструальный цикл прекращается. Золадекс прекращает функционирование эндометриоидных очагов, а также рекомендуется перед операцией.

Противоваспалительная терапия. Должна включать различные рассасывающие препараты, физиотерапию (электрофорез, микроклизмы с йодистым калием или с тиосульфатом натрия), гиперборическую оксигенацию, антиоксидантную терапию.

Стимуляция иммунитета. Используется тимоген, тимолин, Т-активин, УФО крови, лазер, левомизол.

Ферментные препараты: лидаза, гиалуронидаза. Радоновые воды. Электрофорезы с медью, цинком.

При неэффективности лечения необходимо прибегать к оперативному лечению с последующей противорецидивной терапией.