Паспортная часть.

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол: женский.

3. Образование: высшее.

4. Возраст: 50 лет.

5. Профессия: учитель, школа №35.

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

Дата поступления в 4-гор больницу в плановом порядке: 23.09.2002

Дата курации 23.09.02-4.10.02г.

Жалобы больной.

В момент поступления жалоб не предъявляла. На момент курации жалобы отсутствовали.

Анамнез функции.

1. Менструальная функция.

Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дней, через 28-29 дней. Регулярные, умеренные, безболезненные. Характер менструации после начала половой жизни не изменился. Последние менструации.

1. Секреторная функция не нарушена.
2. Половая функция.

Половая жизнь с 22 лет в браке. Половая жизнь регулярная, 1-2 раза в неделю. Половой акт без особенностей. Противозачаточные средства никогда не принимала, в качестве контрацепции использовала презерватив.

1. Детородная функция.

Беременностей –2. Роды –2. Токсикоз первой половины беременности. Вторая половина без особенностей. Роды естественные. Родовой и послеродовой период без осложнений.

5.Функции смежных органов.

Частота мочеиспускания 2-3- раза в день, ночью мочеиспускание не беспокоит. Болезненность отсутствует. Цвет мочи - соломенно-желтый, без примеси крови. Стул в норме, поносы, запоры не беспокоят.

Anamnesis morbi.

Больной себя считает с 1991 года, когда при удалении ВМС, гинеколог обнаружил опухолевидное образование тела матки размером в 6 недель беременности. После чего была поставлена на диспансерный учет. Был выставлен диагноз фибромиома тела матки.

В 1997 году было проведено диагностическое выскабливание тела матки. Диагноз подтвержден.

2 сентября 2002 повторно было проведено диагностическое выскабливание.

16 сентября 2002 было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза.

ANAMNESIS VITAE.

Родилась в1952 году в городе Саранске. Росла и развивалась нормально, не отставая от сверстников. Начала ходить в 1 год, в школу пошла с 7 лет, окончила 10 классов.

Работать начала в 23 года, учителем в школе №35. Длительность рабочего дня –8 часов. Конфликты на работе редкие.

Бытовые условия хорошие: трёхкомнатная квартира, второй этаж, центрльное отопление, влажность и температура в помещении соответствуют норме.

Питание регулярное, достаточное. Вредные привычки ( упоребление алкоголя и наркотических средств, токсикоманию ) отрицает. Замужем.

Из перенесённых заболеваний отмечает: ОРЗ, пневмония, МКБ.

Гемотрансфузионный анамнез: переливаний крови, её заменителей и компонентов не проводилось.

Аллергическую реакцию на лекарства, пищевые продукты, средства бытовой химии, пыльцу растений, пыль, шерсть животных аллергических реакций отрицает.

Эпидимиологический анамнез: в контакте с инфекционными, лихорадящими больными, заболевшими животными не была.

Правила личной гигиены соблюдает. Профилактические прививки проведены в полном объёме. Флюорография за 2002 год

- без патологии. Пройдена по месту жительства.

STATUS PRESENS.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6. Настроение спокойное. Положение больной активное. Внешний вид соответствует возрасту. Телосложение правильное, туловище и голова симметрич­ные.

Рост -164 см. Масса тела - 70 кг. Тип конституции нормостенический. Осанка правильная, походка размеренная, прямая, свободная. Питание не нарушено.

*Кожные покровы.*

Кожные покровы бледно-розовой окраски, влажные. Вы­сыпаний, рубцовых и других изменений нет. Тургор и эласти­чность сохранены. Ногти без изменений. Волосяной покров умеренный, оволосение по женскому типу .

*Подкожно-жировая клетчатка.*

Подкожно-жировой слой умеренно развит. Отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Толщина кожной складки 3- –4см.

*Лимфатическая система.*

Периферические узлы: подчелюстные, шейные, паховые не увеличены, безболезненные, мягко-эластичной консистенции, подвижны по отношению к друг другу и к подлежащим тканям. Затылочные, подмышечные, надключичные, подключичные не пальпируются. Кожа над лимфатическими узлами не измене­на. Поколачивании по плоским костям безболезненное.

*Костная система.*

Деформаций, искривлений костей нет. При пальпации и поколачивании позвонков, грудины, ребер болезненности не отмечается. Позвоночник, не искривлён. Акромегалии нет.

*Суставная система.*

Суставы обычной формы. Деформаций, припухлостей, болезненности при пальпации не отмечается. Хруста, флю­ктуации, отеков в суставах нет. Активные и пассивные дви­жения в суставах левой конечности в полном объёме, свободные, безболезненные. В правой, активные движения ограничены. Анкилоза, контрактур, ригидности суставов не отмечается.

*Мышечная система.*

Кон­трактур не наблюдается, болезненности при пальпации не отмечается.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

*Осмотр.* Деформаций носа нет. Затруднения носового дыхания, болезненности в области лобных и гайморовых пазух, выраженных дыхательных движений крыльев носа, герпетических высыпаний не отмечается. Голос ясный. ЧД-18р./мин, глубина дыха­ния умеренная. Ритм правильный. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. Обе половины груд­ной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

*Пальпаторно*: болезненности не отмечается, ригидность и эластичность грудной клетки в норме, голосовое дрожание в симметричных участках ощущается с одинаковой силой.

*Сравнительная перкуссия*: Одинаковый перкуторный звук по всему легочному полю.

*Топографическая перкуссия:* 1) высота стояния верхушки легкого по передней поверхности на 2,5 см выше ключиц слева и справа, по задней поверхности на уровне 7-го шейного позвонка слева и справа. 2) поля Кренига: ширина справа и слева - 4,7см.

3) нижние границы лёгких:

Линии Справа Слева

Окологрудинная верх. край 5-го ниж. край

ребра 4-го ребра

Сред.-ключичная ниж. край 6-го ниж. край

ребра 6-го ребра

Пер.подмышечная 7-ое ребро 7-ое ребро

Ср.подмышечная 8-ое ребро 8-ое ребро

Зад.подмышечная 9-ое ребро 9-оеребро

Лопаточная 10-ое ребро 10-ое ребро

Околопозвоночная 11-ое ребро 11-оеребро

Подвижность нижнего края легких:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Легкое  Линия | Правое | Левое | Суммарно | |
| Правое | Левое |
| Срединно-ключичная | На вдохе-2,5 см на выдохе-2,5 см |  | 5 см |  |
| Передняя подмышеч. | На вдохе-3,5 см на выдохе-3 см | 3 см  3,5 см | 6,5  см | 6,5 см |
| Лопаточная | На вдохе-2,5 см на выдохе-3 см | 2,5см  3 см | 5,5 см | 5,5  см |

*Аускультация.* Аускультативно дыхание везикулярное. Бронхофония умеренная, выслушивается одинаково в симметричных точках с обеих сторон. Патологического дыхания (жесткого, патологического бронхиального, амфорического, металлического, стенотического, стриодорозного ) и дополнительных дыхательных шумов ( хрипы, крепитация, шум трения плевры ) нет.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

*Осмотр.* Область сердца внешне не изменена. Сердеч­ный горб и воротник Стокса (отек нижней трети шеи и верхней части грудной клетки ) отсутствуют.

Патологической пульсации в области сердца и в над­чревной области нет. Положительного венного пульса не наблюдается.

*Пальпация сосудов.* На лучевых артериях артериаль­ный пульс симметричен, хорошего напряжения и напол­нения, стенка артерий плотная; ЧП=78 уд/мин, АД=130/90 мм.рт.ст.

*Пальпация сердца.* Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, умеренной силы, положительный, кону­совидный, площадью 1,5 см. Дрожания и зоны гиперальгезии над областью сердца нет. Сердечного толчка, эпигастральной пульсации, симптома молоточков не наблюда­ется.

*Перкуссия.*

Ортоперкуссия сердца по Курлову.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберье | Правый контур | Левый контур |
| Второе | 1 см от грудины | 1,5 см от грудины |
| Третье | 1,5 см от грудины | 3 см от грудины |
| Четвертое | 1,5 см от грудины | 5 см от грудины |
| Пятое |  | 7 см от грудины |

Верх.гран. - 3-е ребро по левой окологрудинной линии. Поперечник относительной сердечной тупости - 12,5 см.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая граница - вдоль левого края грудины.

Левая граница - 5-е межреберье на 1,5 -2 см медиальнее срединно-ключичной линии.

Верхняя граница - 4-е ребро по левой окологрудинной линии. Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка 5,3 см.

*Аускультация.* Тоны сердца несколько приглушены. Акцента, раздвоения, расщепления тонов нет. Щелчок открытия митрального клапана, ритм "галопа", ритм "пе­репела", маятникообразный ритм, эмбриокардия не вы­слушиваются. Сердечных шумов и шума трения перикарда нет. Ритм сердечных сокращений - правильный. ЧСС-78 в минуту.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ.

*Осмотр.* Язык чистый, не обложен. Зев и миндалины не изменены. Живот овальной формы, симметричен, не вздут. Пульсации печени, асимметрии и деформации в области правого и левого подреберий, грыжевых выпячи­ваний не наблюдается. Видимой перистальтики и расши­рения подкожных вен ("головы медузы") нет. Симптом Курвуазье отрицательный.

*Перкуссия.* Над всей поверхностью живота тимпанический звук. Над кишечником более высокий, чем над желудком. Свободной жидкости в брюшной полости не выявляется.

*Пальпация.* 1) ориентировочная поверхностная: брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная. Отечности кожных покровов нет. Грыжевых выпячиваний, узлов, опухолей, локального напряжения мышц брюшной стенки не отмечается. Симптомы Щёткина-Блюмберга (резкое усиление боли при быстром снятии руки с перед­ней брюшной стенки), Менделя (болезненность при поколачивании по подложечной области) отрицательные. Расхождения прямых мышц живота не отмечается.

2) глубокая скользящая (по методу Образцова – Стражеско): сигмовидная кишка пальпируется на границе сред­ней и наружной трети линии, соединяющей пупок с пе­редней верхней остью левой подвздошной кости в виде гладкого, плотноватого безболезненного, не урчащего цилиндра, толщиной 2-3 см. Подвижность сигмовидной кишки 3-4 см.

Слепая кишка пальпируется на границе средней и на­ружной трети линии, соединяющей пупок и верхнюю пе­реднюю ость правой подвздошной кости в виде гладкого, безболезненного, слегка урчащего цилиндра, шириной 3 см, умеренно упругого, с слабой подвижностью и неболь­шим грушевидным расширением книзу. Подвижность - 2 см. Червеобразный отросток не пальпи­руется.

В правой боковой области пальпируется восходящая часть ободочной кишки в виде гладкого безболезненно­го, слегка урчащего цилиндра, шириной 3 см, умеренно упругого и слабо подвижного. Подвижность -1 см.

В левой боковой области пальпируется нисходящая часть ободочной кишки в виде гладкого, плотного, безбо­лезненного, не урчащего цилиндра шириной 2 см. Под­вижность - 2 см.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2-3 см выше пупка в виде цилиндра умеренной плотности, лег­ко смещающегося вверх и вниз, не урчащего, безболез­ненного, шириной 2 см.

Большая кривизна желудка пальпируется на 3-4 см вы­ше пупка. Поверхность желудка гладкая, болезненности, утолщения большой кривизны, наличия опухолевидных образований не отмечается. Поджелудочная железа не пальпируется.

*Аускультация.* Выслушивается умеренная кишечная перистальтика. Симптом Склярова отрицательный. Шум трения брюшины не выслушивается.

ГЕПАТО-ЛИЕНАЛЬНАЯ СИСТЕМА.

*Осмотр.* Пульсации печени, асимметрии и деформации в области правого и левого подреберья не наблю­дается.

*Перкуссия.* Размеры печени по Курлову:

по срединно-ключичной линии - 9 см, по срединной линии – 8 см, по левому краю рёберной груди - 7 см. Размеры селезенки: длинник - 5 см, поперечник - 6 см.

*Пальпация.* Поверхность печени гладкая, размеры не увеличены. Симптом Курвуазье отрицательный. При пальпации край печени мягкий, безболезненный, легко подворачивается. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Захарьина (резкая боль при надавливании на область проекции желчного пузыря), Василенко (резкая боль при поколачивании в области желчного пузыря на высоте вдоха), Образцова-Мерфи (резкая боль при вве­дении кисти рук в область правого подреберья на высо­те вдоха), Ортнера (боль при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге) – отрицательные. Селезёнка не пальпируется.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Щитовидная железа не увеличена, мягкой консистенции, узлы не пальпируются. Тремора рук, век, нарушений роста, акромегалии не наблюдается. Экзо - и эндофтальма нет.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

При осмотре поясничная область без изменений. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек и мочевого пузыря безболезненна.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА.

Дермографизм красный. При исследовании черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Сухожильные рефлексы сохранены. Чувствительность различных видов не изменена.

ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ.

Грудные железы конической формы. Околососковый ореал и соски розовые, чистые. Соски хорошо развиты, рубцов и втяжений нет. При пальпации опухолевидных образований не обнаружено.

Гинекологическое исследование.

*Осмотр.* Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Промежность высокая, целостность её сохранена. Половая щель не зияет, прикрыта большими половыми губами. Наружное отверстие мочеиспускательного канала нормальной окраски, патологических изменений нет. Выпадения или опущения влагалища не выявлено. Перианальная область не гиперемирована, тонус сфинктера сохранен.

*Исследование с помощью влагалищных зеркал.* Слизистая оболочка влагалища и матки визуально не изменена, бледно-розового цвета. Наружный зев в виде поперечной щели. Выделения – бели, умеренные.

*Влагалищное исследование*. Влагалище рожавшей женщины, свободное опухолевидных образований, пороков развития не выявлено. Влагалищные своды свободные, нормальной глубины, безболезненные. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, подвижное, поверхность гладкая, наружный зев закрыт.

*Бимануальное исследование.* Тело матки в Anteflecxio, узловатое, увеличено до 11-12 недель беременности, с неровными контурами, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются с обеих сторон, область визуально не изменена, тонус сфинктера сохранен. Стенки прямой кишки гладкие, ровные. Определяется увеличенная, плотная, подвижная матка.

Предварительный диагноз.

Миома матки больших размеров.

План лабораторного и инструментального обследования.

1. Общий анализ крови.

2) Общий анализ мочи.

3) Анализ крови на сахар.

1. Анализ крови на RW, ВИЧ.
2. Анализ кала на яйца глист.
3. Флюорография органов грудной клетки.
4. Биохимический анализ крови на холестерин, билирубин, остаточный азот, протеинограмма, АЛТ, АСТ, мочевину, креатинин, креатинфосфокиназу.
5. Коагулограмма.
6. Мазок на степень частоты влагалища из заднего свода.
7. Мазок на гонококки.
8. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки.
9. Диагностическое выскабливание матки от 2.09.02.
10. УЗИ органов малого таза
11. Расширенная кольпоскопия
12. ЭКГ

Результаты дополнительных методов обследования.

### Общий анализ крови от 24.09.2002

Показатели Единицы СИ

Гемоглобин 153 г/л

Лейкоциты 6,8\*10^ г/л

# Эозинофилы 1 %

Палочкояд. нейтрофилы 1 %

Сегментояд. нейтрофилы 63 %

Лимфоциты 27 %

Моноциты 10 %

СОЭ 8 мм/ч.

Заключение: все показатели в норме.

Общий анализ мочи от 24.09.2002.

Цвет жёлтый

Прозрачность +

Реакция кислая

Уд.вес 1023

Белок нет

Лейкоциты 1-2 в п./зр.

Эпителий 2-3 в п./зр.

Соли оксалаты.

Заключение: все показатели соответствуют норме.

Анализ крови на RW от 24.09.2002

Результат отрицательный.

#### Анализ крови на ВИЧ от 24.09.2002

Результат отрицательный.

Анализ кала на яйца глист от 24.09.2002

Яйца глист не обнаружены.

#### Анализ крови на сахар от 24.09.2002

Сахар 5,5 ммоль/л

Заключение: сахар крови в норме.

#### Биохимический анализ крови от 26.09.2002

Показатели Единицы СИ

Мочевина 8,8 ммоль/л

Креатинин 0,1 ммоль/л

Холестерин 6,0 ммоль/

АСТ 0,3 ммоль/л

АЛТ 0,4 ммоль/л

Билирубин общий 14,6 мкмоль/л

КФК 0,61 ммоль/ч\*л

Бета-липопротеиды 5,2 г/л

Заключение: все показатели в пределах нормы.

#### Коагулограмма от 26.09.2002

### Время рекальцификации 90 сек.

Время свёртывания 6 мин.

Время кровотечения 3 мин.

Тромботест 4 ст.

Протромбиновый индекс 84%

Эталоновый тест отрицательный

Фибриноген 2664

Фибриноген Б не определяется

Заключение: все показатели в норме.

ЭКГ от 30.03.2000.

Ритм синусовый. ЧСС – 80 уд./мин. Вертикальное положение

электрической оси сердца. Укорочение интервала PQ.

Мазок на онкоцитологию из цервикального канала от 25.09.2002

Цитограмма без особенностей.

Мазок на горманальную цитологию от 25.09.2002

Цитограмма без особенностей.

Мазок отпечаток с цервикального канала от 25.09.2002

Цитограмма без особенностей.

Мазок на микрофлору и г/н от 25 .09.2002

УретраШейка матки.

Гонококки не обнаружены не обнаружены

Прочие бактерии кокки, умеренно кокки, умеренно

Лейкоциты 3-7 в п/зр. 3-7 в п/зр.

Эпителий 2-5 в п/зр. 2-5 в п/зр.

Слизь в умеренном количестве.

Раздельное диагностическое выскабливание.

2.09.02. 10-00 С целью обезболивания введено:

Rp.: Sol. Ketamini 5%-1,0

D.t.d. №5 in amp.

S. 1 мл в шейку матки.

Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. В асептических условиях без расширения цевикального канала произведено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала (соскоб представлен слизью, взят мазок на ОЦ; из полости матки соскоб умеренный лентовидный, взят мазок на ОЦ; мазки направлены на цитологию). Полость матки несколько деформирована за счет интерстициального узла, исходящей из передней стенки.

Окончательный диагноз.

Фибромиома матки больших размеров.

Обоснование клинического диагноза.

На основании:

* отсутствие жалоб больной.
* Анамнеза заболевания: себя больной с 1991 года, когда при удалении ВМС, гинеколог обнаружил опухолевидное образование тела матки размером 6 недель беременности. После чего была поставлена на диспансерный учет. В 1997 было проведено диагностическое выскабливание. 2 сентября 2002 повторно было проведено диагностическое выскабливание.
* Анамнеза жизни: с 1991 года опухолевидное образование тела матки размером 6 недель беременности.
* Объективного исследования:

Гинекологическое исследование: при бимануальном исследовании тело матки а Anteflexio, узловатое, увеличено до 11-12 недель беременности, с неровными контурами, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются с обеих сторон, область их безболезненна.

* Ректального исследования: определяется увеличенная, плотная подвижная матка.
* Лабораторно-инструментальных методов исследования:

Раздельное диагностическое выскабливание: полость матки несколько деформирована за счет интерстициального узла, исходящего из передней стенки.

Выставлен клинический диагноз: Узловая фибромиома матки больших размеров.

Дифференциальный диагноз.

Фибромиому матки следует дифференцировать с раком тела матки, беременностью, аппендикулярным абсцессом, нефроптозом.

1. Беременность и миома матки.

При дифференциальной диагностике между беременностью и миомой матки необходимо учитывать данные анамнеза, а также консистенцию и форму матки (шейки матки и тела). При миоме матка плотная, с бугристой (субсерозные узлы), реже ровной поверхностью. При беременности – эластичной или мягкой консистенции, шаровидной или овойдной формы. Цианоз влагалища и влагалищной части шейки матки при миоме может отсутствовать или не резко выражен; молочные железы характерные для беременности (нагрубание, выделение молозива, пигментация около сосковых кружков и др.), при миоме отсутствуют.

1. Рак тела матки и миома матки.

При дифференциальной диагностики между раком тела матки и миомой матки также необходимо учитывать данные анамнеза (указание на перенесенные гинекологические заболевания: эрозия шейки матки, миома матки, внематочная беременность) и объективного исследования. Как и при миоме матки могут быть жалобы на нарушение менструальной функции, боли внизу живота; матка может быть плотной, подвижной, увеличенной в размерах (быстрый рост). При раке тела матки могут быть увеличены лимфатические узлы (на поздних стадиях). Применение диагностического выскабливания и взятие мазка на онкоцитологию из цервикального канала и с шейки матки позволяет уточнить диагноз.

Этиопатогенез.

Фибромиома матки – ограниченная доброкачественная, гормонозависимая опухоль, состоящая из гладкомышечных и фиброзных соединительнотканных элементов. Опухоль может быть одиночной, но чаще выявляют множественные узлы, которые могут располагаться в субсерозно, субмукозно или интерстециально.

Фибромиома матки появляется в результате локальной пролиферации гладкомышечных клеток. По мере роста в структуре фибромиомы начинают преобладать фиброзные элементы.

- Фибромиома матки развивается из незрелых гладкомышечных клеток.

* Сокращения матки, создающие области напряжения внутри миометрия, могут служить стимулом к росту этих малодифференцированных клеток.
* Множество областей напряжения внутри миометрия приводит к развитию множественных фибромиом матки.

- Хотя при фибромиоме матки содержание эстрагенов в крови обычно не изменено, их развитие тесно связано с гормональным дисбалансом, в том числе с гиперэстогенией.

###### Фибромиома матки редко возникают до полового созревания, и после менопаузы.

* В постменапаузе рост фибромиомы матки прекращается, однако они нередко подвергаются обратному развитию.
* Рост фибромиомы матки ускоряется во время беременности.
* Фибромиома матки часто появляются на фоне состояний, сопровождающих гиперэстрогению (например, ановуляция, полипы и гиперплазия эндометрия).

- Фибромиомы матки могут возникать и у женщин с нормальным менструальным циклом, т.е. без гормональных нарушений.

Лечение.

1. Режим – общий.
2. Диета – стол №15 (в рацион необходимо включить подсолнечное, кукурузное, соевое масло, содержащие полиненасыщенные жирных кислоты, витамины группы В. Рекомендуется употребление минеральных вод – Ессентуки 4, Ессентуки 17, Боржоми, Смирновская – за 30 мин до еды, чередуя с приёмом яблочного, свекольного сливового или картофельного сока).
3. Медикаментозная терапия.

Витамин А –в первую половину менструального цикла.

Rp.: Dragee Retinoli acetatis ( 3300 MЕ)

D. t. d. N.30

S. по 1-2 драже в день.

Витамин Е –в первую половину менструального цикла.

Rp.: Caps.Tocopheroli acetatis

D. t. d. N. 30

1. 100-150 мг в сутки.

Витамин С – в течении всего менструального цикла.

Rp.: Tab. Ac. Ascorbinici 0,1 N30.

D. S. по 1-2 таблетки 3-4 раза в день.

Синтетический аналог природного ЛГРГ.

Rp.: Zoladex

D. S. депо для п/к введения.

Дневники.

Больная жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела 37,60С. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Патологических тонов, шумов нет. АД=120/90, ЧП=80 р/мин.

Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД=20 р./мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Прогноз.

Прогноз для жизни - благоприятный.

Прогноз для выздоровления - неблагоприятный.

Прогноз для трудоспособности – благоприятный

Эпикриз

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1952 года рождения находилась на клиническом обследовании с 24.09.02 с диагнозом: узловая фибромиома матки больших размеров.

При поступлении жалоб не предъявляла.

Анамнез morbi:считаетсебя больной с 1991 года, когда при удалении ВМС, гинеколог обнаружил опухолевидное образование тела матки размером 6 недель беременности. После чего была поставлена на диспансерный учет. В 1997 было проведено диагностическое выскабливание. 2 сентября 2002 повторно было проведено диагностическое выскабливание. 16 сентября 2002 года было проведено УЗИ. Был выставлен диагноз: узловая фибромиома матки больших размеров, содержащая полость. После чего была направлена на оперативное лечение в МРКБ №4.

Анамнеза жизни: с 1991 года опухолевидное образование тела матки размером 6 недель беременности.

Объективного исследования:

Гинекологическое исследование: при бимануальном исследовании тело матки а Anteflexio, узловатое, увеличено до 11-12 недель беременности, с неровными контурами, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются с обеих сторон, область их безболезненна.

Ректального исследования: определяется увеличенная, плотная подвижная матка.

Лабораторно-инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови, мочи, сахар крови, анализ крови на RW, ВИЧ.

Биохимический анализ крови на холестерин, билирубин, остаточный азот, протеинограмма, АЛТ, АСТ, мочевину, креатинин, креатинфосфокиназу. Анализ кала на яйца глист, флюорография органов грудной клетки. Коагулограмма. Мазок на степень частоты влагалища из заднего свода. Мазок на гонококки. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки. Диагностическое выскабливание матки. УЗИ органов малого таза.

Расширенная кольпоскопия. ЭКГ

Раздельное диагностическое выскабливание: полость матки несколько деформирована за счет интерстициального узла, исходящего из передней стенки.

Выставлен клинический диагноз: узловая фибромиома матки больших размеров.

В качестве лечения использовались витаминотерапия (витамин А, Е, С), капсулы депо для п/к введения Золадекс.

Рекомендации:

1. Следует избегать стрессов и сильной физической нагрузки, больше времени уделять отдыху.
2. Находиться на диспансерном учете у гинеколога в женской консультации.
3. Один раз в три месяца посещать гинеколога.