**1.Паспортные данные :**

1.учреждение и дата поступления: 18.02.2013г. 11:20 ч.

2.Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (44 лет).

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 образование: высшее

 семейное положение: замужем

 3.место работы: преподаватель СШ№4

 4.кем направлена: женская консультация № 2

 5. Клинический диагноз:

**Основной-Миома матки**

**сопутствующий –киста левого яичника**

**осложнения- железодефицитная анемия 1ст.**

**операция- Экстирпация маски с левыми придатками**

**2.Жалобы**

Жалобы на ноющие боли и тяжесть в низу живота, повышенные менструальные кровопотери, частое мочеиспускание.

**3.Анамнез развития настоящего заболевания**

Считает себя больной с 2009 года, когда впервые, случайно, была обнаружена миома матки при профессиональном осмотре, размером 8мм на 3 мм. Жалоб не предъявляла, лечение не проводилось. Регулярно проходит обследование и состоит на учете в женской консультации №2. Рост миома с 2010 года. Была рекомендовано плановое оперативное лечение. Дважды поступала в стационар на плановую операцию, но в связи с развивающимися во время менструации повышенными кровотечениями, операция проведена не была. 18.02.13г. была направлена женской консультацией №2 в гинекологическое отделение род. дома 32 на плановую операцию.19.02.13г. была проведена операция экстирпация матки с левыми придатками.

**4.АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

Росла и развивалась в соответствии с возрастными периодами, из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ветряная оспа, из гинекологических заболеваний-эрозия шейки матки; перенесенные операции-в 1998 г. аппендэктомия, без осложнений, послеоперационный период без особенностей;

гемотрансфузии не проводилось,наличие наследственных заболеваний-у матери тоже была миома матки; аллергологический анамнез не отягащен; вредные привычки отрицает; условия труда удовлетворительные; жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

**5.Акушерско-гинекологический анамнез**

Менструальная функция.

Менструации с 14 лет. Цикл установился сразу, продолжительностью 5 дней, через 24 дней, выделения умеренные, месячные безболезненные. Выделения изменились с 2010 года, после того как была обнаружена миома матки, проявлялись обильные менструальные кровотечения. Дата последней менструации: 23.01.2013г.

 Секреторная функция.

 Из влагалища выделяются кровянистые, обильные выделения.

 Половая функция.

Половая жизнь с 16 лет. Настоящий брак единственный. Гинекологический анамнез не отягощён. Либидо в норме. При половых сношениях боли и кровянистые выделения отсутствуют. После первых родов была установлена внутриматочная спираль, затем в возрасте 29ти лет была удалена.

 Детородная функция.

 Первая беременность наступила после года замужества в 27 лет, в это время ни какими контрацептивами не предохранялись. Беременность протекала без особенностей. Родила в 39 нед. мальчика, рожала самостоятельно, во время родов осложнений не было. Послеродовый период без особенностей. Ребенка вскармливала грудью. После этого установила внутриматочную спираль, которую удалила в 29ть лет. После двух лет от рождения первого ребенка наступила вторая беременность, которая протекала без особенностей, родила самостоятельно, мальчика в 38 недель. Ребенка вскармливала грудью. Аборты и вакуумы отрицает.

Перенесенные гинекологические заболевания

После первых родов, была выявлена эрозия шейки матки. Проводимое лечение-химическая медикаментозная коагуляция, после которой наблюдалось улучшение клинической картины и анализов. После этого лечение не проводилось.

**6. Объективное обследование**

 Настоящее состояние.

Телосложение нормостеническое.Рост 174 см. Вес начальный – 74кг. Подкожная клетчатка развита умеренно. Костный скелет-без патологии. Кости обычной конфигурации, при пальпации безболезненные. В суставах сохранены активные и пассивные движения, безболезненные, деформации нет. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Сыпи не отмечается. Отеков не наблюдается. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненные. Мышцы передней брюшной стенки развиты умеренно. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение тела активное. Выражение лица обычное. Внешний вид соответствует возрасту. Температура тела 36,5.

Молочные железы

Округлой формы, соски при осмотре симметричны, не втянуты. При пальпации мягкой консистенции, уплотнений не обнаружено, выделения из сосков отсутствуют.

Органы дыхания

Дыхание через нос не нарушено. При сравнительной перкуссии над симметричными участками обеих легких выслушивается ясный легочной звук. Границы легких соответствуют физиологической норме. При аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет.

Органы пищеварения

Слизистая ротовой полости, зева, ротоглотки обычной окраски. Язык не обложен.Аппетит в норме. Стул в норме.

Система кровообращения

При осмотре патологических пульсаций не выявлено. Пульс синхронный на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. PS= ЧСС = 80 удара в минуту. Перкуторно – границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, ритм их правильный, шумов нет. Артериальное давление на обеих руках 130/90 мм. рт. ст.

Мочевыделительная система

Акт мочеиспускания безболезненный, учащенный. Эпизоды ночного мочеиспускания отрицает.

**7.Гинекологический статус**

Осмотр: оволосения по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Уретра, параутетральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища без особенностей.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, слизистая бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт. Выделения светлые, слизистые.

Бимануальное (влагалищное) исследование: влагалище рожавшей, свободное. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, подвижная. Наружный зев закрыт. Движения за шейку матки безболезненные. Матка в положении anteversio flexio , размеры увеличены, контуры нечеткие, деформированная, плотной консистенции, умеренно подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Влагалищные своды глубокие, безболезненные.

Ректальное исследование: тонус сфинктера в норме, слизистая оболочка без изменений, опухолевидных образований не выявлено, ампула свободна, на перчатке следов крови нет.

**8.Предварительный диагноз**

На основании жалоб пациентки на ноющие боли и тяжесть в низу живота, повышенные менструальные кровопотери, частое мочеиспускание;на основании анамнеза заболевания- считает себя больной с 2009 года, когда впервые, случайно, была обнаружена миома матки при профессиональном осмотре, размером 8мм на 3 мм. Жалоб не предъявляла, лечение не проводилось. Регулярно проходит обследование и состоит на учете в женской консультации №2. Рост миома с 2010 года. Была рекомендовано плановое оперативное лечение. Дважды поступала в стационар на плановую операцию, но в связи с развивающимися во время менструации повышенными кровотечениями, операция проведена не была. 18.02.13г. была направлена женской консультацией №2 в гинекологическое отделение род. дома 32 на плановую операцию; на основании акушерско-гинекологического анамнеза- выделения изменились с 2010 года, после того как была обнаружена миома матки, проявлялись обильные менструальные кровотечения. Из влагалища выделяются кровянистые, обильные выделения. После первых родов, была выявлена эрозия шейки матки. Проводимое лечение-химическая медикаментозная коагуляция; на основании гинекологического статуса- бимануальное исследование: матка в положении anteversio flexio , размеры увеличены, контуры нечеткие, деформированная, плотной консистенции, умеренно подвижная, безболезненная можно поставить предворительный диагноз: миома матки.

**9.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ С ИХ ОЦЕНКОЙ**

 Лабораторные данные:

1. Группа крови от 06. 02. 2013г:

 0(1), Rh(+).

2. Общий анализ крови от 18. 02. 2013г:

**Hb - 104 г/л.**

СОЭ - 6 мм/час

ЦП – 0.94.

**Эритроциты – 3.2\*1012 /л.**

Лейкоциты – 5.8\*109 /л.

Лейкоцитарная формула в %:

палочкоядерные нейтрофилы - 6 %

сегментоядерные нейтрофилы - 76%

лимфоциты - 11%

моноциты - 6%

Заключение- анимия 1ст.

3. Биохимический анализ крови от19.02.2013г:

Билирубин (общ.) – 11,8 мкмоль/л. (8,55-20,52 мкмоль/л)

Мочевина – 7,5 ммоль/л. (2,5-8,35ммоль/л)

Общий белок – 65 г/л. (65-85г/л)

Глюкоза-4.5ммоль/л (4,4-6,6ммоль/л)

АСАТ-16 ЕД.

АЛАТ-14 ЕД.

 Электролиты-К-3.6 ммоль/л

 Сl-94 ммоль/л

Заключение-биохимический анализ в норме.

4.Коагулограмма от 19.02.2012г:

АЧТВ (24-34мин.) -29мин.

ПТИ (0,7-1,1мин.) – 0,94мин.

Фибриноген А (1,8-3,5г/л.) –3.33 г/л

Заключение- коагулограмма в норме.

5.Анализ мочи общий от 18.02.2013г:

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность- полная

Удельный вес – 101

Реакция мочи - кислая

Белок - нет

Эпителиальные клетки плоские - 1-2 в поле зрения

Лейкоциты - 0-2 в поле зрения

Глюкоза - нет

Цилиндры - нет

Бактерии - нет

 Заключение- общий анализ мочи в норме.

6.ЭКГ от 19.02.2013

ЧСС 66 уд/мин. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Синусовый ритм.

7.УЗИ органов малого таз от 11.09.2012

Матка увеличена до 12-13 недель беременности. По задней стенки интерстициально-субсерозный узел размером 88 на 68 на 102мм. В области перешейка узел размером 27 на 14 мм. Эндометрий 6.5 мм. М-эхо смещено за счет узла. Правый яичник не визуализируется, левый яичник размером 23 на 22 на 18 мм.

Заключение – миома матки.

8.УЗИ органов малого таз от 12.02.2012

Матка размером 120 на 95 на 115 мм. По задней стенки интерстициально-субсерозный узел размером 98 на 75 на 110мм. В области перешейка узел размером 30 на 18 мм. Эндометрий 6.5 мм.М-эхо смещено за счет узла.Правый яичник не визуализируется, левый яичник размером 25 на 24 на 20 мм.

Заключение – миома матки.

9.мазок на ОЦ от 5.02.2013-без особенностей.

**10.КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб пациентки на ноющие боли и тяжесть в низу живота, повышенные менструальные кровопотери, частое мочеиспускание;на основании анамнеза заболевания- считает себя больной с 2009 года, когда впервые, случайно, была обнаружена миома матки при профессиональном осмотре, размером 8мм на 3 мм. Жалоб не предъявляла, лечение не проводилось. Регулярно проходит обследование и состоит на учете в женской консультации №2. Рост миома с 2010 года. Была рекомендовано плановое оперативное лечение. Дважды поступала в стационар на плановую операцию, но в связи с развивающимися во время менструации повышенными кровотечениями, операция проведена не была. 18.02.13г. была направлена женской консультацией №2 в гинекологическое отделение род. дома 32 на плановую операцию; на основании акушерско-гинекологического анамнеза- выделения изменились с 2010 года, после того как была обнаружена миома матки, проявлялись обильные менструальные кровотечения. Из влагалища выделяются кровянистые, обильные выделения. После первых родов, была выявлена эрозия шейки матки. Проводимое лечение-химическая медикаментозная коагуляция; на основании гинекологического статуса- бимануальное исследование: матка в положении anteversio flexio , размеры увеличены, контуры нечеткие, деформированная, плотной консистенции, умеренно подвижная, безболезненная;на основании лабораторных и инструментальныз данных-общий анализ крови-анимия 1ст, УЗИ органов малого таз от 11.09.2012(Матка увеличена до 12-13 недель беременности. По задней стенки интерстициально-субсерозный узел размером 88 на 68 на 102мм. В области перешейка узел размером 27 на 14 мм. Эндометрий 6.5 мм. М-эхо смещено за счет узла. Правый яичник не визуализируется, левый яичник размером 23 на 22 на 18 мм.)Заключение – миома матки.

УЗИ органов малого таз от 12.02.2012(Матка размером 120 на 95 на 115 мм. По задней стенки интерстициально-субсерозный узел размером 98 на 75 на 110мм. В области перешейка узел размером 30 на 18 мм. Эндометрий 6.5 мм.М-эхо смещено за счет узла. Правый яичник не визуализируется, левый яичник размером 25 на 24 на 20 мм).Заключение – миома матки, можно поставить клинический диагноз:

**Основной-миома матки**

**Осложнения-анимия 1 ст**

**11.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

У данной больной ведущими симптомами заболевания являются кровотечение обильные в период ментсруации. Данные симптомы могут встречаться при раке тела 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 данной 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. У нашей больной боли отсутствуют.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.

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.

**12.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:

* первая стадия - образование активного зачатка роста
* вторая стадия - быстрый рост опухоли без признаков дифференцировки (узелок, определяемый микроскопически)
* 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.

**13.ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

В связи с большими размерами миомы матки, кровотечением приводящим к анимизации больной рекомендовано оперативное лечение-лапоротомия, экстирпация миомы матки без придатков. Был выбран эндотрахиальный наркоз. Предоперационная подготовка-легкий обед 18.02.13,вечером очистительная клизма, не ужинать, утром 19.02.13 очистительная клизма, не завтракать. За 5мин до наркоза атропин 0.1%-0.2 в/в, димидрол 1%-10в/в, фентанил 0.005%-20в/в, дропиридол 0.25%-20 в/в.

Ход опирации:

Начало операции 19.02.13. Нач.12:05,конец-14:05.Лапоротомия, тело матки неправильной формы из-за миомы, по задней стенки узел интерстициальный 15 мм в диаметре. Правый яичник размером 3.0 и 2.0 см. без потологии, левый яичник 5.0 и 4.0 см. с кистой 5мм в диаметре с прозрачным содержимым. Учитывая кисту левого яичника, решено провести операцию- экстирпацию матки с левыми придатками.

Описание макропрепарата: тело матки увеличено до 15-16 недель беременности, по задней стенке интерстициальный узел 15-16 мм. в диаметре, на разрезе полость матки деформирована за счет узла. Левый яичник с кистой 5мм в диаметре, на разрезе полость гнойная. Маточная труба без особенностей.

Диагноз после операции- **миома матки(15-16 недель беременности), киста левого яичника. Анемия 1 ст**.

После операции назначено: Стол 0,с целью профилактики осложнений-антибиотикотерапия цефотаксим 1.0 в/м-3 р в д.,с целью профилактики ТЭЛА-фрагмин 5000 ЕД 1р в с п/к через каждые 6 часов.

**Профилактика**

1.соблюдение рационального гигиенического режима;

2.коррекция гормональных нарушений;

3.адекватное лечение возникших гинекологических заболеваний и акушерских осложнений;

**14.ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число | Текст дневника | Назначения |
| 25.02.2013Т. У. 36,6°В. 36,5° | Жалобы на слабость, боли в области операционной раны живота . Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. ЧД-16/мин.Пульс 6о уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное.Живот мягкий, не вздут. Свободен для глубокой пальпации.Выделений из половых путей нет. Повязка чистая и сухая.Физиологические отправления в норме. | Стол 0.Режим постельный.Р-р анальгина 50%-2.0в/м и димидрол 1%-1.0 в/м3 р и р-р морфина 1%-1.0 в/м с обезболив.целью.С целью профилактики гнойных осложнений цефотаксим 1.0 в/м-3 р в д.,с целью профилактики ТЭЛА-фрагмин 5000 ЕД 1р в с п/к через каждые 6 часов. ОАК-эритроциты-2.9\*1012/л,гемоглабин 90г/л |
| 26.02.Т. У. 36,8°В. 36,5° | Жалобы на слабость, боли в области операционной раны живота. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. ЧД-16/мин.Пульс 72 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное.Живот мягкий, не вздут. Свободен для глубокой пальпации.Выделений из половых путей нет. Повязка чистая и сухая.Физиологические отправления в норме. | Лечение продолжить.ОАК-эритроциты 3.0\*1012/л,гемоглабин-98г/л |
| 27.02.Т. У. 36,6°В. 36,7° | Жалобы умеренные боли в области операционной раны живота. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. ЧД-16/мин.Пульс 73 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное.Живот мягкий, не вздут. Свободен для глубокой пальпации.Выделений из половых путей нет. Повязка чистая и сухая.Физиологические отправления в норме. | Лечение продолжить. ОАК- эритроциты 3.2\*1012/л,гемоглабин-104г/л |

**ПРОГНОЗ**

* жизни- благоприятный
* трудоспособности-благоприятный
* менструальной функции-неблагоприятный
* детородной функции-неблагоприятный

**ЭПИКРИЗ**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (44 лет), была госпитализирована в гинекологическое отделение родильного дома №2 с клиническим диагнозом-миома матки(матка увеличена до 15-16 недель беременности), киста левого яичника. Анемия 1 ст. Была проведена экстирпация матки и левых придатков.После операции проводилось следующие лечение: Стол 0,с целью профилактики осложнений-антибиотикотерапия цефотаксим 1.0 в/м-3 р в д.,с целью профилактики ТЭЛА-фрагмин 5000 ЕД 1р в с п/к через каждые 6 часов.Назначено ОАК,для оценки уровня гемоглабина и эритроцитов, которые до операции были снижены. В результате полученного лечения постепенно улучшаются ОАК, самочувствие пациентки улучшилось. Лечение продолжить.

**Рекомендации пациентке по выписке:**

1.Рациональный режим труда и отдыха;

2.Рациональное и полноценное питание;

3.Исключить тяжелый физический труд и ближайшие 3 мес. не поднимать тяжести более 3 кг., а так же снизить активность половой жизни;

4.Регулярное обследование в женской консультации по месту жительства;

5.Ближайшие пару месяцев исключить такие процедуры как бани,сауны,солярий.