|  |  |
| --- | --- |
| Гинекологическое отделение | Дата и время поступления 24.04.2013 г.,935 |
| Роддома № 2 |  |
| Группа крови 0(I) | Палата интенсивной терапии |
| Резус принадлежность Rh+ |  |

**КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № 1006**

1. Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 09.11.1962г.(50 лет)
3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Кем направлена больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
6. Диагноз направившего учреждения: Миома матки больших размеров.
7. Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки больших размеров. Поливалентная аллергия.
8. Диагноз клинический: Миома матки больших размеров.
9. Диагноз заключительный клинический

а) основной: миома матки больших размеров.

б) осложнение основного: -

в) сопутствующий: Поливалентная аллергия.

1. Операция:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Название операции* | *Дата, час* | *Метод обезболивания* | *Осложнения* |
| Лапаротомия.Экстирпация матки без придатков №115 | 25.04.2013 920-1300 | Вводный наркоз: пропован 1%-20,0 в/вЭндотрахеальный наркоз + НЛА + NO2 + О2 | Без осложнений |

1. Побочные действия лекарств: нет.

**ЖАЛОБЫ**

При поступлении жалоб не было.

**ANAMNESIS VITAE**

Наследственность: не отягощена

Росла и развивалась соответственно полу и возрасту, материально-бытовые условия удовлетворительные.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, ветряная оспа, кисты левой почки. Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз, сахарный диабет отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредные привычки отрицает.

Месячные с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дней, через 28 дней, умеренно обильные, безболезненные, регулярные. Последние месячные –20.04.2013г.

Выделения из половых кровянистые, появляются при поднятии тяжести, не связаны с менструальным циклом, окружающие ткани не раздражают.

Половая жизнь с 20 лет, регулярная, в браке.

Беременностей - 2. Роды –1.Аборты-1.Выкидыши-0.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной около 5 лет, когда в плановом порядке была осмотрена гинекологом ЖК где и была диагностирована миома матки. Лечения и профилактики миом не проводила. Обратилась в женскую консультацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, где после обследования было дано направление на госпитализацию в гинекологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**STATUS PRAESENS**

Состояние удовлетворительное, температура тела – 36,70С. Сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, рост 176 см, вес 84 кг., тип конституции – нормостенический. Кожа и слизистые обычной окраски. Мышцы развиты симметрично, при пальпации безболезненны. Варикозного расширения вен, пастозности тканей не выявлено. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа без уплотнений, не увеличена, безболезненна, перешеек пальпируется. Молочные железы: мягкой консистенции, без диффузных и очаговых уплотнений. Сосок не втянут, отделяемого из сосков нет.

*Исследование органов дыхания*. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, частота – 18 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии одинаковый лёгочный звук с двух сторон. При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание.

*Исследование органов кровообращения*. При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный, тоны ритмичные, ясные, шумов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжённый, частота – 77 в минуту. АД 140/90.

*Исследование органов пищеварения*. Язык влажный, не обложен. Живот при осмотре не увеличен в размерах, овальной формы, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Рубцов и грыж нет. Печень при пальпации мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный. Размеры печени по Курлову: 9×8×7. Селезёнка перкуторно 5×8 см, не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

*Исследование почек, мочевого пузыря*. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

*Нервная система.*

Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный.

*Гинекологический статус:*

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу в виде треугольника. Уретра, парауретральные ходы, протоки бартолиновых желез не изменены. Опущений передней, задней стенки влагалища нет.

In speculum: слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрическая, чистая, деформирована старыми разрывами. Выделения слизистые, умеренные.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, плотная, укорочена на 3 см, отклонена кзади. Канал закрыт. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 11-12 нед. беременности, по консистенции плотное, подвижно, безболезненное при пальпации.

Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна. Смещение за шейку матки безболезненное. Крестцово-маточные связки и параметрий не изменены.

Per rectum: слизистая прямой кишки гладкая. Крови на перчатке нет.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ**

1.Общий анализ крови;

2. Общий анализ мочи;

3. Биохимический анализ крови;

4. Коагулограмма;

5. Изосерологическое исследование крови;

6. Кольпоскопия;

7. РДВ цервикального канала и матки +пайпель-биопсия;

8.УЗИ матки и придатков, малого таза, допплерометрия сосудов матки и яичников;

9. Ирригоскопия;

10.Флюорография;

11. RW;

12. ЭКГ;

13.Осмотр терапевта;

14. Исследование сыворотки крови (непрямой тест дегрануляции тучных клеток).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. Общий анализ крови (26.04.2013 г.)

Эритроциты – 3,9\*1012/л

Hb- 128 г/л

ЦП- 0,98

Лейкоциты – 10,5\*109/л (N 4,0-9,0 \*109/л)

Палочкоядерные- 4%

Сегментоядерные-70%

Лимфоциты-21%

Моноциты-4%

СОЭ-6 мм/час

**Заключение:** незначительно повышен уровень лейкоцитов.

1. Общий анализ мочи (26.04.2013 г.)

Физические свойства:

Цвет - соломенно-желтый

Реакция – кислая

Относительная плотность - 1015

Химические свойства:

Белок -

Глюкоза -

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский: 2-3

Эритроциты: 1-3

Лейкоциты: 1-2

**Заключение: норма.**

1. Биохимический анализ крови № 123

Общий белок – 70 г/л

Билирубин общий -11,9 мкмоль/л

Мочевина- 6,4 ммоль/л

АлАТ -28 Ед/л

АсАТ -24 Ед/л

Калий -4,0 ммоль/л

Хлориды- 98 ммоль/л

**Заключение: норма.**

1. Коагулограмма (25.04.2013 г.)

АЧТВ- 28 сек

Протромбиновый индекс – 0,88

Фибрин- 22,5 г/л

Фибриноген А- 5,0 г/л

Фибриноген В – отр.

**Заключение: норма.**

1. Изосерологическое исследование крови (из направления: 15.04.2013) группа крови: 0 (I), Rh+
2. Кольпоскопия (11.03.2013г.)

Заключение: Рубцовая деформация шейки матки, синдром коагулированной шейки матки.

1. Гистология от 11.03.2013 г. 1.Соскоб из цервикального канала – кровь, слизь, участки эндоцервикса. 2. Аспират из полости матки – участки эндометрия, средней стадии фазы секреции.
2. УЗИ матки и придатков 28.02.2013 г.

**Заключение:** миома матки больших размеров.

УЗИ малого таза

Тазовые лимфоузлы не визуализируются.

Допплерометрия сосудов матки и яичников

**Заключение:** кровоток в маточных артериях в пределах нормы.

1. Ирригоскопия (18.04.2013 г.)

**Заключение:** признаки синдрома раздраженной кишки в нисходящем отделе ободочной кишки.

1. Флюорография № 1241

**Заключение:** Органы грудной полости в норме.

1. **ЭКГ**

**Заключение:** ритм синусовый, ЧСС 65 ударов в минуту; нормальное положение ЭОС.

1. Исследование сыворотки крови (непрямой тест дегрануляции тучных клеток) (12.04.2013 г.)

Анальгин отр.(-)

Димедрол отр.(-)

Цефотаксим отр.(-)

Ципрофлоксацин отр.(-)

Гентамицин отр.(-)

Диклофенак отр.(-)

Метронидазол отр.(-)

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Необходимо дифференцировать миому матки с *кистомой яичника*. 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.

Также нужно дифференцировать с *опухолью толстой кишки*. Этому процессу характерны следующие проявления изменение эвакуаторной функции толстой кишки (чаще запоры вплоть до выраженных нарушений кишечной проходимости). Кровотечение (от незаметной примеси крови к стулу до массивных кровотечений). Примесь крови к стулу наблюдают при всех клинически значимых стадиях рака толстой кишки, и именно этот признак (т.е. наличие скрытой крови в стуле) взят в основу многочисленных методов массового обследования населения. Тенезмы (ложные позывы на дефекацию) чаще характерны при низкой локализации опухоли (в сигмовидной и прямой кишке). Боли в животе наиболее часто обусловлены либо нарушением кишечной проходимости, либо прорастанием опухоли в окружающие ткани или развитием перифокального воспаления. В клинической картине эти признаки нередко сочетаются. Болевой синдром у больных раком прямой кишки проявляется при наличии воспалительного процесса в области опухоли. Лишь при раке анального канала боли являются ранним симптомом заболевания. Пальпация опухоли – довольно поздний симптом для рака ободочной кишки, но один из первых признаков рака прямой кишки при ее пальцевом исследовании. Анемия – уже упоминалось, что кровотечение в просвет кишки — одно из наиболее частых проявлений колоректального рака. Однако развитие анемии возможно не только при явных, но и при скрытых длительных кровотечениях. Этот симптом наиболее часто наблюдают при правосторонней локализации опухоли, когда довольно поздно появляются признаки нарушения кишечной проходимости и другие проявления заболевания. Снижение массы тела при РТК или совсем не происходит, или наступает в очень поздних стадиях при наличии отдаленных метастазов или канцероматозе. Это объясняется тем, что осложнения роста опухоли наступают быстрее, чем общие нарушения обменных процессов в организме больных.

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

На основаниианамнеза болезни (считает себя больной около 5 лет, когда в плановом порядке была осмотрена гинекологом ЖК где и была диагностирована миома матки. Лечения и профилактики миом не проводила); на основании гинекологического исследования (тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной 11-12 нед.), данных лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ - миома матки больших размеров); учитывая дифференциальный диагноз с кистомой яичника и опухолью толстой кишки выставлен диагноз: основной - миома матки больших размеров; осложнении нет; сопутствующий – поливалентная аллергия.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Рекомендовано оперативное лечение в объеме: Лапаротомия. Экстирпация матки, экспресс-биопсия. Вопрос об удалении придатков решить интраоперационно.

Показания к оперативному лечению:

* Миома матки больших размеров (11-12 нед.) даже в отсутствии жалоб.

Премедикация накануне операции:

Фрагмин 5000 МЕ п/к в 22 00

Таб. Валерианы по 2 табл.

Дексаметазон 8 mg в/м в 22 00

Хлоропирамин 1 ml в/м в 22 00

\*\*\*

Дексаметазон 8 mg в/м за 1 час до операции

Хлоропирамин 1 ml в/м в 22 00 за 1 час до операции

Операция: Лапаротомия. Экстирпация матки без придатков.

Ход операции. 25.04.2013 г. Начало операции - 920. Конец операции -1300.

В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом закисно-кислородным. Разрезом от лона то пупка послойно вскрыта полость. Гемостаз по ходу операции. Тело матки: форма не правильная, увеличено до 12 недель беременности. На передней стенке расположен интерстициальный узел 9-10 см с явлением отека.

Правые придатки матки

Яичник 3\*3 см, без патологии.

Маточная труба: длина 9 см, форма не изменена, фимбрии отсутствуют. Цвет трубы нормальный.

Левые придатки матки

Яичник размером 3\*3 см. Без патологии.

Маточная труба: длина 9 см, форма не изменена, фимбрии отсутствуют. Цвет трубы нормальный.

На круглые маточные связки с обеих сторон, на воронко-тазовые связки справа, слева, на собственные связки яичников справа, слева, на мезосальпинкс справа слева, на маточные концы труб справа, слева наложены зажимы. Связки пересечены, лигированы капроном. Вскрыта пузырно-маточная складка, мочевой пузырь тупыи и острым путем отсепарован книзу. На крестцово-маточные связки с обеих сторон наложены зажимы, связки пересечены, лигированы капроном. Вскрыты параметрии с обеих сторон. На аа. и vv. Uterinae с обеих сторон наложены зажимы, сосуды от матки отсечены, лигированы капроном. Через задний свод вскрыто влагалище. Произведена экстирпация матки без придатков. Культя влагалища ушита Z-образными ПГА, капроновыми, швами наглухо.

К культе влагалища подшиты культи связок круглых, воронко-тазовых, крестцово-маточных. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки, листков широких маточных связок. При ревизии органов брюшной области:

Аппендикс – патологии нет. Кишечник без патологии. Сальник без патологии. Печень перигепатита нет, край печени ровный, поверхность гладкая.

Парааортальные лимфатические узлы не увеличены. Туалет брюшной полости.

Брюшная полость ушита послойно, наглухо. На кожу произведен косметический, ПГА шов. Асептическая повязка.

Общая кровопотеря 400,0 мл; моча светлая 200 мл.

Описание макропрепарата: матка с интерстициальным миоматозным узлом 9-10 см. На разрезе узел однородный. Полость не деформирована.

Экпресс-гистология: миомиома с вторичными изменениями.

Послеоперационный диагноз – миома матки больших размеров. Поливалентная аллергия.

Послеоперационное лечение

1. Режим палатный
2. Стол 0
3. Антибактериальная терапия

 Rp.: Cefatoximi 1,0

 D.t.d.N. 15 in amp.

 S. Разводить в 10 мл физиологического раствора вводить в/венно 3 раза в сутки в течении 5 дней.

1. Антикоагулянты

Rp.: Fragmini 5000 ЕД

 D.t.d.N. 3 in amp.

 S. 1 раз п/к через 5 часов после операции.

5. С целью обезболивания:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rp.: | Sol. Morphini hydrochloridi 1%-1,0 |  |
|   | D. t. d. N6 in ampul. |
|   | S. Вводить в/м 2 раза в сутки в 1400и 2200 в течении 3 дней. |

**ДНЕВНИКИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число | Результаты исследования | Назначения |
| 25.04.2013 | Состояние средней степени тяжести. Жалобы на незначительные боль в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание,сердечные тоны ясные, ритмичные. Ps 72 ударов в минуту удовлетворительных свойств, АД 130/80 мм. рт. ст. Стул, диурез в норме.  | -Rp.: Cefatoximi 1,0 D.t.d.N. 3 in amp. S. В/вено 3 раза в сутки.-Rp.: Fragmini 5000 ЕД D.t.d.N. 1 in amp. S. 1 раз п/к через 5 часов после операции.-Rp.: Sol. Morphini hydrochloridi 1%-1,0  D. t. d. N2 in ampul. S. Вводить в/м 2 раза в сутки в 14.00 и 22.00. |
| 26. 04.13 | Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны ясные, ритмичные. Ps 75 ударов в минуту удовлетворительных свойств, АД 130/80 мм. рт. ст. Стул, диурез в норме.  |  - Rp.: Cefatoximi 1,0 D.t.d.N. 3 in amp. S. В/венно 3 раза в сутки.-Rp.: Sol. Morphini hydrochloridi 1%-1,0  D. t. d. N2 in ampul. S. Вводить в/м 2 раза в сутки в 14.00 и 22.00. |

**ПРОГНОЗ, ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Прогноз для жизни и трудовой деятельности благоприятный.

Менструальная, детородная функции – не возможны.

**ЭПИКРИЗ**

Пациентка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 50 лет, поступила 24.04.13г по направлению женской консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом миома матки больших размеров. Клинически обследована. Общий анализ крови (незначительно повышен уровень лейкоцитов), анализ мочи, БХ, коагулограмма без патологии. При УЗИ была выявлена: миома матки больших размеров. Заключительный диагноз: Миома матки больших размеров. Поливалентная аллергия.

Лечение: Операция: Лапаротомия. Экстирпация матки без придатков.

Послеоперационное лечение: режим палатный,стол О, антибактериальная терапия – Цефатоксим; антикоагулянты: фрагмин.

Пациентка продолжает лечение.

Рекомендовано:

* Диспансерное наблюдение у гинеколога ЖК 1 раз в квартал.
* Соблюдение здорового образа жизни (нормализация сна, рациональное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, контроль за массой тела).