1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

##### **Возраст**: 46 лет

**семейное положение**: замужем

**пол**: женский

**национальность**: русская

**образование**: среднее

**место постоянного жительства**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**место работы**: магазин ЗАО «Карекс».

**профессия**: продавец.

**Ф.И.О.: адрес, телефон ближайших родственников:** муж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата поступления**: 14 мая 2001 года

**Дата начала курации:** 23 мая 2001 г.

### **ЖАЛОБЫ**

###

### НА ДЕНЬ КУРАЦИИ

На небольшую болезненность в области послеоперационного шва.

НА ДЕНЬ ПОСТУПЛЕНИЯ

На нерегулярные через 22-32 дня, длящиеся 7 дней обильные, болезненные менструации со сгустками, тянущие, ноющие боли внизу живота, слабость.

### **ANAMNESIS**

1. **Наследственность**  - со слов больной, родственники по женской линии сходных по клинике и этиологии заболеваний не имеют.
2. **Перенесенные общие заболевания:**  Из перенесенных заболеваний отмечает:

1980 год – острый аппендицит, аппендектомия; в этом же году выставлен диагноз Варикозной

 болезни нижних конечностей.

 1981 год – левосторонняя нижнедолевая пневмония, осложненная сепсисом; Проводилась

 многократная гемотрансфузионная терапия, без осложнений.

 1993 год – описторхоз;

 Более 20 лет – Гипертоническая болезнь (цифры АД повышаются максимально до 200/100

 мм.рт.ст.)

 Простудные заболевания один – два раза в год.

1. **Менструальная функция:**
2. Первая менструация в возрасте 17 лет.
3. Установились сразу
4. Менструации по три дня, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные, с 1995 года менструации обильные, со сгустками, сопровождаются постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота, которые появляются и продолжаются на протяжении всей менструации, но регулярность сохранялась, с 2000 года менструации не регулярные, через 22-32 дня (были задержки на 4 дня и преждевременное наступление менструаций за 6 дней до ожидаемого срока), по 7 дней, обильные, со сгустками, сопровождаются постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота.
5. После начала половой жизни и родов характер менструаций не изменился.
6. Последняя менструация с 28 апреля по 7 мая 2001 года. Продолжалась в течение 10 дней, была очень обильная с большими сгустками.
7. **Секреторная функция –** на протяжении всей жизни секреторная функция была не нарушена, выделения умеренные, слизистые, без запаха. В течение последнего года выделения постоянные, умеренные, слизистые, желтоватого цвета, без запаха.
8. **Половая функция:**
9. Половой жизнью живет с 19 лет.
10. Половая жизнь регулярная.
11. Случайных половых связей не имеет.
12. Либидо в норме.
13. Чувство удовлетворения испытывает.
14. Болей при сношениях нет.
15. После половых сношений кровянистых выделений из половых путей не отмечает.
16. От беременности не предохранялась.
17. **Детородная функция:**

Первая беременность через 3 месяца лет после начала половой жизни, то есть в 19 лет, протекала без осложнений, закончилась срочными родами, per vias naturalis, ребенок мужского пола, живой, доношенный. Во время родов акушерских операций и пособий не проводилось. Следующие роды в 22 года, беременность протекала без осложнений, закончилась срочными родами, per vias naturalis, ребенок женского пола, живой, доношенный. Во время родов акушерских операций и пособий не проводилось. Осложнений в родах и послеродовом периоде не было. Остальные 20 беременностей закончились искусственными абортами, проводимыми в медицинских учреждениях. Когда, в каком сроке беременности, пациентка не помнит. Аборты и послеабортные периоды – без осложнений. Последний аборт 5 лет назад, проводился в медицинском учреждении, осложнений не было.

1. **Перенесенные гинекологические заболевания:** много лет назад выявлена эрозия шейки матки, в 1985 году проведена коагуляция, рецидивов не наблюдалось.
2. **История развития данного заболевания:** Считает себя больной с 1985 года: когда впервые на профосмотре выявлена миома матки. Жалоб не предъявляла. Характер менструаций в то время не изменялся. Состояла на диспансерном учете в женской консультации по месту жительства. Принимала картофельный сок по ¼ стакана натощак в течение 6 месяцев. В 1990 году была предложена операция, от которой больная отказалась. Далее до 1995 года больную ничего не беспокоило, женскую консультацию посещала не регулярно. С 1995 года изменился характер менструаций – они стали обильными, со сгустками, сопровождались постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота, которые появлялись и продолжались на протяжении всей менструации, в течение 3 дней. Регулярность менструаций сохранялась, с 2000 года менструации стали не регулярными, через 22-32 дня (были задержки на 4 дня и преждевременное наступление менструаций за 6 дней до ожидаемого срока), по 5-7 дней, обильные, со сгустками, сопровождались постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота. При обследовании женской консультации по месту жительства выявлено: увеличение матки до 11-12 недель. По УЗИ от 14 марта 2001 года – миома матки до 10-11 недель. Было рекомендовано оперативное лечение. По данной рекомендации больная поступила в гинекологическое отделение 3 ГКБ в плановом порядке для оперативного лечения. За время пребывания в гинекологическом отделении проведена операция Лапаротомия. Экстирпация матки с трубами. Резекция левого яичника. В послеоперационном периоде – без осложнений. В настоящее время больная готовится к выписке 25 мая.

**IV. ОБЪЕКТИВНОЕ ИСЛЕДОВАНИЕ**

А. Общее исследование:

1. Общее состояние: удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, в месте и времени ориентируется, при вступлении в контакт адекватна, выражение лица доброжелательное, телосложение правильное. Конституция: нормостеническая. Рост 167 см, вес 60 кг Кожные покровы физиологической окраски, слегка бледноватые, чистые, влажные, патологических высыпаний нет. Пигментаций не обнаружено, тургор нормальный. Ногти не деформированы. Слизистые оболочки губ, полости рта розовые влажные, высыпаний нет. Ротовая полость санирована. Выраженность подкожной клетчатки нормальная, толщина складки на животе на уровне пупка 1,5 см. Лимфатические узлы – не пальпируются. Мышцы развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус и сила не изменены, при пальпации болезненности нет. Костная система: при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет. Варикозно расширенные вены на ногах. Отеков нет.
2. Молочные железы: правильной формы, кожа молочных желез чистая, при пальпации – безболезненны, эластичной консистенции, дольки пальпируются хорошо, патологических образований нет. Соски не выступают над уровнем околососкового кружка, при надавливании на околососковую область патологических выделений нет.
3. Система дыхания: форма грудной клетки нормостеническая, деформаций нет. Правая половина грудной клетки при дыхании симметрична левой, тип дыхания смешанный. Надключичные ямки симметричны, западаний и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки не расширены, одинаковые по всей грудной клетке. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 16 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки не снижена как в переднезаднем, так и в боковых направлениях. Голосовое дрожание проводится во всех отделах симметрично. Сравнительная перкуссия: отмечается легочной перкуторный звук над всеми полями. Топографическая перкуссия: граница верхнего края правого лёгкого спереди - 3 сантиметра над ключицей, левого 3 сантиметра над ключицей, сзади - на уровне VII шейного позвонка. Поля Кренинга 6 см. с обеих сторон.

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 4 м/р | - |
| L. axilaris media | 8 м/р | 9 м/р |
| L. scapularis | 9 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет.

4. Сердечно-сосудистая система: Деформации грудной клетки в проекции сердца нет. Локализация верхушечного толчка на 1.5см. кнутри от L. Mediaclavicularis в 5 м/р, локализован, умеренной силы и высоты. Патологических пульсаций в области шеи, яремной ямки, сердца, подключичных областях не наблюдается.

 Перкуссия:

 Границы относительной сердечной тупости:

правая граница - 4м/р на 1см к наружи от правого края грудины

верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

левая - в 5 м/р на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Правый контур сердца

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела

3 м/р на 1 см от правого края грудины

Левый контур сердца

5 м/р на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, на 8 см влево от передней срединной линии тела

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии

Поперечник сердца 12 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: по левому краю грудины на уровне 4 м/р

Верхняя: на уровне хряща 3 ребра слева

## Левая: на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5-6 см.

Аускультативно - сердечные тоны приглушены, ритм сердечной деятельности правильный. ЧСС 63 в 1 минуту, патологических шумов не наблюдается.

Исследование сосудов: Артерии - стенки эластичные, пульс умеренного наполнения и напряжения, правильной формы, ритмичный, синхронный на симметричных артериях, 63 в 1 минуту. Артериальное давление на обеих руках одинаковое 140/90 мм.рт.ст. Вены нижних конечностей варикозно расширены, при пальпации определяется болезненность.

5**.** Система пищеварения: Запаха изо рта не наблюдается. Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины без особенностей. Язык влажный, налета нет, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Ротовая полость санирована. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается. Имеется послеоперационный рубец длиной около 9 см в правой подвздошной области поле апендектомии. В нижней трети по средний линии живота -послеоперационный шов после лапаротомии по Пфаненштилю длиной около 15 см. Пальпаторно: при поверхностной пальпации живот мягкий, слегка болезненный в области послеоперационного шва, тестообразной консистенции; при глубокой пальпации – сигмовидная кишка: поверхность ровная безболезненная, урчания не наблюдается, перистальтика вялая; слепая кишка умеренно напряжена, безболезненна, поверхность ровная, подвижная; поперечно-ободочная кишка умеренно уплотнена, безболезненна; восходящая и низходащая части толстого кишечника умеренно уплотнены, безболезненна, подвижны, мало перистальтирующие, поверхность ровная; желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется из-за болезненности в области операционной раны. Печень по краю реберной дуги, край плотный, ровный, безболезненный, ординаты Курлова 10х9х7. Селезенка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4.

7. Система мочевыделения: При осмотре в области почек патологических выпячиваний, изменения кожных покровов, рубцов не наблюдается. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация мочевого пузыря и мочеточниковых точек безболезненная.

8. Эндокринная система: Щитовидная железа при осмотре не увеличена, пальпируется ее перешеек однородной, мягко эластической консистенции, безболезненный, легко смещаемый при глотании, не спаян с кожей и окружающими тканями.

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

9. Нервная система и органы чувств: Память и сон считает удовлетворительными, настроение приподнятое, раздражительности и плаксивости не отмечает, охотно вступает в контакт. Слух в норме; шепотная речь – 6 метров. Дермографизм красный, стойкий, исчезает через 40 секунд, тремора рук нет.

Б. Гинекологическое обследование

1. Состояние наружных половых органов: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу, верхняя граница роста волос горизонтальная линия.

В области наружных половых органов отечностей и опухолей не определяется. Промежность высокая, разрывов нет. Половая щель сомкнута. При раздвигании половой щели окраска слизистой облочки вульвы бледно-розовая, наружные отверстия уретры, парауретральные ходы, выводные протоки больших желез, предверия влагалища без патологических изменений. Выделения слизистые, без запаха, желтоватой окраски, густой консистенции. В области ануса трещин, рубцов от разрывов, и гемороидальных узлов нет.

1. Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал:

Per speculum: влагалище цилиндрической формы, без патологических изменений, слизистая влагалища чистая.

Шейка матки чистая, цилиндрической формы, плотная, слизистая без особенностей. Наружный зев канала шейки матки сомкнут, щелевидной формы.

1. Per vaginum: двуручное влагалищное исследование: влагалищное исследование 2 и 1 пальцем левой руки раздвигают большие и малые половые губы; правой рукой производиться введение 2 и 3 пальца во влагалище. При этом предоставляется возможность определить ширину входа во влагалище, состояние промежности, мышц тазового дна, длину влагалища, глубину влагалищных сводов, длину и состояние влагалищной части шейки матки и придатков (положение, величина, консистенция, подвижность, болезненность). Это исследование может также дать представление о состояние стенок таза. Per vaginum: стенки влагалища растяжимы. Тело матки в положении anteflexio, увеличено до 14 недель. Консистенция мягковатая, подвижная, безболезненная. Своды глубокие не нависают. Параметрии свободные. Придатки не пальпируются. Выделения слизистые, скудные.
2. **STATUS LOKALIS.**

На передней брюшной стенке шов после лапаротомии по Пфаненштилю около 15 см. По ходу шва инфильтрата не определяется. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационного шва.

В. Диагноз

1. **Диагноз основной:** Миома матки, интерстициально-субсерозная форма. Поликистозная дегенерация левого яичника.
2. **Операция:** Laparotomia. Extirpatio uter cum tubaria. Resectio ovarii sinistri.
3. **Осложнения:** Нарушение менструальной функции по типу гиперполиминореи.
4. **Сопутствующий:** Гипертоническая болезнь II, медленно прогрессирующее течение. Варикозная болезнь нижних конечностей. Постгеморагическая гипохромная анемия, легкой степени тяжести.

Г. План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Кал на Я/Г
4. Кровь на RW
5. Кровь на ВИЧ
6. Кровь на HbsAg
7. Кровь на группу и резус фактор
8. Биохимический анализ крови (показатели белкового обмена, азотистые шлаки, пигменты сыворотки крови, минеральный обмен, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки)
9. Коагулограмма (ПТИ, фибриноген, фибриноген Б, этаноловый тест)
10. ЭКГ
11. Флюорограмма органов грудной клетки
12. Кал на я/г
13. Расширенная кольпоскопия
14. Мазок на онкоцитологию
15. Мазок на кольпоцитологию
16. Мазок из цервикального канала, уретры, rectum на микрофлору, трихомонады, гонококк
17. УЗИ органов малого таза
18. Гистероскопия
19. Гистеросальпингография
20. Раздельное диагностическое выскабливание
21. Консультация терапевта и анестезиолога перед операцией

Д. Результаты обследования

*Общий анализ крови от 14.05.2001 г.*

Эр- 4,23х1012 г/л

Hb-123г/л

ЦП 0,87

L-6,2х109 г/л

Э-2, П-4, С-68, Л-24, М-2

СОЭ-25 мм.час

Время кровотечения по Дюке 120 секунд

По Мас-магро 10 минут

Гематокрит 37%

Тромбоциты 400.000

Заключение: ускорение СОЭ.

*Общий анализ крови от 19.05.2001 г.*

Эр- 5,2х1012 г/л

Hb-130г/л

ЦП 0,85

L-8,6х109 г/л

Э-0, П-5, С-72, Л-15, М-6

СОЭ-11 мм.час

Заключение: в пределах нормы

*Общий анализ мочи от 14.05.2001 г.*

Цвет-с/желтый

Реакция - кислая

Уд.вес – 1000

Эп. плоский – ед. в п/з

L – ед. в п/з

Эр – 2-7 в п/з

Соли – ураты.

Заключение: микрогематутурия, гипостенурия, уратурия.

*Биохимический анализ крови и коагулограмма от 14.05.2001 г*

ПТИ 80%

Время рекальцификации 90 секунд

Этаноловый тест – отрицательно

Фибриноген – 2,66 г/л

Фибриноген «Б» - отрицательно

Мочевина 5,2 ммоль/л

Остаточный азот 18,1 ммоль/л

Креатинин 74 мкм/л

Общий белок 74 г.л

Глюкоза 5,4 г/л

Биллирубин общий – 16,4 ммоль/л, прямой – нет, непрямой 16,4 ммоль/л

Закключение: в пределах нормы.

*Кровь на RW* от 14.05.2001 - отрицательно

*Кровь на ВИЧ* от 14.05.2001 - отрицательно

*Кровь на HbsAg* от 14.05.2001 - Ат не обнаружено

 *Мазок из влагалища*

Лейкоциты 2-4 в п/з

Клетки эпителия 3-3 в п/з

Микрофлора умеренная

Г.Н. –отрицательно

Трихомонас – отрицательно

Заключение: 1 ст. чистоты

*ЭКГ* от 14.05.2001– ритм синусовый, с ЧСС 71 в 1 минуту. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Умеренные нарушения процессов реполяризации в миокарде.

*Консультация терапевта:* Гипертоническая болезнь II, медленно прогрессирующее течение. Варикозная болезнь нижних конечностей.

1. **ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ и ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**
2. **Диагноз основной:** Миома матки, интерстициально-субсерозная форма. Поликистозная дегенерация левого яичника.
3. **Операция:** Laparotomia. Extirpatio uter cum tubaria. Resectio ovarii sinistri.
4. **Осложнения:** Нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи.
5. **Сопутствующий:** Гипертоническая болезнь II, медленно прогрессирующее течение. Варикозная болезнь нижних конечностей.

Диагноз: Миома матки, интерстициально-субсерозная форма выставлен на основании

*Жалоб:* На нерегулярные, обильные, болезненные менструации со сгустками, тянущие, ноющие боли внизу живота, слабость.

*Анамнеза жизни:* на протяжении жизни было 22 беременности, из которых 2 закончились срочными родами, а остальные медицинскими абортами, пациентка никогда не предохранялась от беременности. Кроме того пациентка страдает Гипертонической болезнью, что является одним из факторов риска при миоме матки.

*Анамнеза заболевания:* в 1985 году впервые на профосмотре выявлена миома матки. Жалоб не предъявляла. Характер менструаций в то время не изменялся. Состояла на диспансерном учете в женской консультации по месту жительства. Принимала картофельный сок по ¼ стакана натощак в течение 6 месяцев. В 1990 году была предложена операция, от которой больная отказалась. Далее до 1995 года больную ничего не беспокоило, женскую консультацию посещала не регулярно. С 1995 года изменился характер менструаций – они стали обильными, со сгустками, сопровождались постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота, которые появлялись и продолжались на протяжении всей менструации, в течение 3 дней. Регулярность менструаций сохранялась, с 2000 года менструации стали не регулярными, через 22-32 дня, по 5-7 дней, обильные, со сгустками, сопровождались постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота. Нарушилась секреторная функция: в течение последнего года выделения постоянные, умеренные, слизистые, желтоватого цвета, без запаха.

*Данных гинекологического обследования:* Per vaginum: стенки влагалища растяжимы. Тело матки в положении anteflexio, увеличено до 14 недель. Консистенция мягковатая, подвижная, безболезненная. Своды глубокие не нависают. Параметрии свободные. Придатки не пальпируются. Выделения слизистые, скудные.

*Данных оперативного вмешательства:* Обнаружено: небольшой выпот – серозный. Тело матки увеличено до 9-10 недель с двумя субсерозными узлами, левый яичник поликистозно изменен.

Поликистозная дегенерация левого яичника выявлена только на операции, ранее на УЗИ яичники без патологии (результатов УЗИ нет, только выписка амбулаторного заключения – миома матки до11-12 недель).

Нарушение менструальной функции по типу гиперполиминореи: с 1995 года менструации обильные, со сгустками, сопровождаются постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота, которые появляются и продолжаются на протяжении всей менструации, но регулярность сохранялась, с 2000 года менструации не регулярные, через 22-32 дня (были задержки на 4 дня и преждевременное наступление менструаций за 6 дней до ожидаемого срока), по 7 дней, обильные, со сгустками, сопровождаются постоянными тянущими, ноющими болями внизу живота.

Диагнозы: Гипертоническая болезнь II, медленно прогрессирующее течение. Варикозная болезнь нижних конечностей выставлены на основании: заключения терапевта.

1. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

|  |  |
| --- | --- |
| Миома матки  | Жалобы на длительные, обильные менструации. Могут быть боли в нижних отделах живота; Р.V. Матка увеличена в размере, неоднородной консистенции, плотная, бугристая, безболезненная, придатки не пальпируются. Общее состояние удовлетворительное, может быть анемия.  |
| Маточная беременность | Жалобы на отсутствие менструаций. Р.V. достоверные и вероятные признаки беременности. Матка увеличена в соответствии со сроком беременности, однородной консистенции, мягковатая, безболезненная, придатки не пальпируются. В моче определяется хорионгонадотропный гормон. Беременность по УЗИ. Общее состояние удовлетворительное, характерны вегетативные симптомы, анемия. *У данной пациентки* жалоб на отсутствие менструаций не было, матка при пальпации: тело матки в положении anteflexio, увеличено до 14 недель. Консистенция мягковатая, подвижная, безболезненная. По УЗИ беременности не определяется.  |
| Трубная беременность | Жалобы на мажущие кровянистые выделения, боли в нижних отделах живота.  P.V. Матка увеличена, однородной консистенции, мягковатая, безболезненная, пальпация придатков может быть болезненна.  В моче определяется хорионгонадотропный гормон.  Общее состояние удовлетворительное, характерны вегетативные симптомы, анемия. *У данной пациентки* жалобы на нерегулярные через 22-32 дня, длящиеся 7 дней обильные, болезненные менструации со сгустками, тянущие, ноющие боли внизу живота, слабость. Матка при пальпации: тело матки в положении anteflexio, увеличено до 14 недель. Консистенция мягковатая, подвижная, безболезненная.  |
| Рак эндометрия | Жалоб чаще нет. Могут быть жидкие водянистые бели или ациклические кровотечения. P.V. Матка мягкая, болезненная, асимметрия  расположения органов малого таза, инфильтраты в параметрии, в результате пальпации кровянистые выделения. Атипичные клетки в аспирате при гистологическом исследовании. *У данной пациентки* жалоб на жидкие водянистые бели нет, матка:тело матки в положении anteflexio, увеличено до 14 недель. Консистенция мягковатая, подвижная, безболезненная.  |
| Саркома матки | Жалобы на циклические и ациклические кровотечения, боли в нижних отделах живота, бели гнилостного характера. P.V. опухоль матки плотной консистенции, нередко с участками размягчения. Характерно незначительное увеличение матки. Проводят гистероцервикоангиографию с последующей прицельной биопсией. *У данной пациентки* есть жалобы на нерегулярные через 22-32 дня, длящиеся 7 дней обильные, болезненные менструации со сгустками, тянущие, ноющие боли внизу живота. Бели гнилостного характера отсутствуют. При пальпации матка: тело матки в положении anteflexio, увеличено до 14 недель. Консистенция мягковатая, подвижная, безболезненная. Участков размягчения не выявляется. Кроме того размеры тела матки увеличены до 14 недель. |
| Доброкачественные опухоли яичников | Шаровидные или овальные образования тугоэластической консистенции. Если трудно определить откуда исходит опухоль, то шейку матки с помощью пулевых щипцов смещают книзу: опухоль исходящая из матки смещается вместе с ней. Важны также УЗИ, ренгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, эндоскопическое исследование.*У данной пациентки* по УЗИ органов малого таза изменений в яичниках не выявлено. |

При проведении дифференциальной диагностики можно с уверенностью предположить, что у данной больной имеется Миома матки на основании отсутствия не характерных для миомы признаков, которые приведены с таблице.

**Лечение**

**Миомы Матки:**

Цель лечения: торможение роста опухоли.

Задачи лечения:

1. восстановление нарушенных соотношений в гипоталамо-гипофизарной системе.
2. устранение (снижение) проявлений сопутствующего воспалительного процесса.
3. нормализация функции яичников.
4. улучшение состояния миометрия

Консервативное лечение:

Показания:

* приемлемо в любом возрасте до наступления менопаузы, но особенно в репродуктивном периоде
* клинически малосимптомное и бессимптомное течение заболевания
* расстройства менструального цикла не приводящие к анемизации женщины
* миома матки в сочетании с тяжелой экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказанием для операции
* сочетание миомы матки с воспалением придатков матки, клетчатки малого таза с адгезивным процессом при условии отсутствия мешотчатых гнойно-воспалительных образований, частых обострений
* сочетание миомы матки с аденомиозом, эктоцервикальным эндометриозом шейки матки

*МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ*

• Диетотерапия

• Фитотерапия

• Физиотерапия

• Адаптогены (милайф и др.)

• Витаминотерапия

• Гормональная терапия

• Симптоматическая и антианемическая терапия

• Гирудотерапия

# ДИЕТА ПРИ МИОМЕ МАТКИ

1. Белковое питание с ограничением жиров и углеводов.

2. Для нормализации функции желудочно-кишечного тракта утром, натощак за 30-60 мин. до завтрака с приемом по 7-10 дней:

• Соки:

- картофельный из клубней в период с VI по 1 (при отсутствии гипоацидного гастрита) по 100 мл.;

- свекольный, морковный по100 мл.;

- абрикосовый, сливовый, яблочный по 250 мл.

• Минеральные воды: «Боржоми», «Смирновская», «Ессентуки» № 4, 17.

3. Продукты богатые йодом: (морская капуста, креветки, кальмары, йодированная соль и т.д.). Раствор KI 0,25 % по 1 ст. ложке 4 раза в день, в течении 14-20 дней - 6 месяцев.

4. Подсолнечное и соевое масло, содержащее ненасыщенные жирные кислоты, арахидоновую кислоту, витамины гр. В.

## **ФИТОТЕРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ**

• Сбор при миомах матки: земляника лесная (наземная часть с цветами и листьями во время цветения июль).

• Сбор:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Земляника (ягода, лист) Зверобой (трава) Пустырник (трава) Крушина (кора). Календула (цветы) Ромашка (цветы) Крапива (лист) Тысячелистник (трава)  | 5 частей 2 части 2 части 2 части2 части2 части1 часть1 часть  | 2 столовые ложки смеси настоять в 1 литре горячей воды 10 часов, отцедить, пить по 100 мл. 2 раза в день 3 недели с 10-дневным перерывом длительно. |

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

•Радоновые, и йод-бромные ванны или бассейн, (курорты: Белокуриха - Алтай, Усть-Качка - Пермская область, Увильды-Челябинская область, Пятигорск, Тюмень - водолечебница МСЧ Судостроительного завода.)

• Электрофорез цинка и йода во 2ю фазу. Цинк в связи с его дефицитом у больных влияет на лютеинизирующую и кортикотропную функцию гипофиза, особенно при повышении продукции андрогенов сетчатой зоны коры надпочечников.

•Электростимуляция рецепторов шеечного канала матки в импульсном режиме. Воздействуя на ЦНС, обеспечивают эффект торможения секреции фолликулостиму-лирующего гормона (ФСГ).

• Метод шейнолицевой и эндоназальной ионогальванодиатермии.

ВИТАМИНОТЕРАПИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

В систему комплексной консервативной терапии включают витамины, оказывающие много­стороннее действие на организм. Назначение витаминов (А, Е, К, С, В) и микроэлементов (железа и йода) скрывает:

• Регулирующие влияние на нейроэндокринную систему.

• Нормализует гонадотропную функцию гипофиза и обмена стероидов.

• Потенцирует активность желтого тела

Витамин А избирательно влияет на эстрогенные рецепторы, снижая чувствительность эффекторных органов к эстрогенам.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Витамины | Доза | Дни приема |
| А - Ретинола ацетат | 50.000 ед. 3-4 раза в день (15-20 кап. 3 раза в день) | 15-26-й день цикла (3-6 циклов) |
| Е - Токоферола ацетат | 100 мг. в день (1 капсула) | Во 2 фазу цикла |
| С - Аскорбиновая кислота | 0,25 1-2 раза в день | Во 2 фазу цикла |

## **ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПРИ МИОМАХ МАТКИ**

• Гестагены

— прогестеронового ряда: (прогестерон, 17-ОПК, прегнин,дуфастон).

— норстероидного ряда: (норколут, оргаметрил, примолют-нор). У женщин репродуктивного возраста предпочтение отдается назначению норстероидных дери­ватов в циклическом режиме.

Например: Норколут по одной из схем:

A) с 16-го по 25-й день менструального цикла - по 2,5 - 15 мг/сут.в течении 3-4 месяцев.

B) с 5-го по .25-й день менструального цкила - по 10 мг/сут. В последний день приема гестагенов рекомендуется однократно принять гиподиазид (25 мг.), а в последующие 3 дня - препараты калия.

Механизм действия: антиэстрогенный; анткфиброматозный.

• Антиэстрогены (тамоксифен, фарестон). Не нашли широкого применения. Преимущественно лишь в тех случаях, когда сроки индуцированной в процессе лечения меди­каментозной псевдоменопаузы приближаются к периоду естественного угасания функции яичников.

**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО:**

•При величине матки с узлами миомы, превышающие ее размеры при12 — недельной беременности.

• При субмукозномрасположении узла, а также интерстициального с центрипитальным ростом.

• При сочетании миомы матки с опухолями яичников и аденомиозом.

• В случае быстрого роста, вызывающего подозрение на возникновение саркомыматки**.**

• При меноррагиях, вызывающих анемию.

**Существуют противопоказания к применению гормональных препаратов**

• Тромбоэмболия и тромбофлебит в анемнезе.

• Варикозное расширение вен, гипертензия.

• Операции по поводу злокачественных опухолей в анемнезе.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ (ТГО) И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ТЭО) ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ.

Для профилактики ТЭО и ТГО до и после операции рекомендуется назначение комплекса ви-таминов-антиоксидантов.

В плане предоперационной подготовки проводить коррекцию гемокоагуляционных сдвигов, т.к. ранее проведенными исследованиями профессора В.А. Поляковой и профессора А.Ш. Бышевского обнаружено ускорение внутрисосудистого свертывания крови, что обуславливает высокий риск тромбогеморрагических осложнений при миоме матки, особенно в интра- и после опе­рационном периоде.

**Схема: за 5-7 дней до операции**

• Витамин А — 200 тыс. ME внутрь или внутримышечно

• Витамин Е - 200 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин С — 600 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин Р — 120 мг внутрь в течение 10-12 дней после операции

• Витамин А - 200 тыс. ME внутрь или внутримышечно

• Витамин Е - 200 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин С — 600 мг внутрь или внутримышечно

• Витамин Р — 120 мг внутрь

• Витамин РР (никотиновая кислота) - 50 мг внутрь или внутримышечно Удобно для использования витаминов по предложенной схеме применять комбинированные формы выпуска: аевит и аскорутин.

Оперативное лечение:

Показания:

* Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения приводящие к анемизации больной
* Большие размеры опухоли (свыше 15 недель беременности) даже при отсутствии жалоб.
* Размер опухоли, соответствующей беременности сроком 12-13 недель при наличии симптомов сдавления соседних органов
* Быстрый рост опухоли (за год на 3-4 недели, но до 12 недель и более)
* Подбрюшинный узел на ножке
* Некроз миоматозного узла
* Подслизистая миома матки
* Интралигаментарное расположение узлов миомы, приводящее к появлению болей вследствие сдавления нервных сплетений и нарушению функции почек при сдавлении мочеточника
* Шеечные миома матки, исходящие из влагалищной части шейки матки
* Сочетание миомы матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника, опущением и выпадением матки
* Миома в сочетании с бесплодием.

Производят следующие виды операций:

1. Консервативныя миомэктомия а) реконструктивно-пластические операции на матке по методике Александрова; б) удаление подслизистой миомы влагалищным путем; в) удаление миоматозного узла из влагалищной части шейки матки;
2. Надвлагалищная ампутация матки
3. Дефундация матки
4. Экстирпация матки

**Данной больной:**

Перед тем как доставить больную в операционную необходим выполнить бинтование нижних конечностей эластичным бинтом, т.к. у пациентки имеется варикозное расширение вен нижних конечностей. Влагалище и шейку обрабатывают этиловым спиртом. Во влагалище вводят стерильный тампон, выступающий наружу, конец которого берут на зажим удаляют перед вскрытие влагалища. В мочевом пузыре оставляют постоянный катетер.

Проведена операция: Лапаротомия. Extirpatio uter cum tubaria. Резекция левого яичника.

Премедикация: Sol. Promedoli 20 mg

 Sol. Suprastini 20 mg в/м за 30 минут до операции

 Sol. Metacini 0,5 ml

Протокол операции: Под интубационным наркозом в асептических условиях разрезом по Пфанненштилю послойно вскрыта брюшная полость. Обнаружено: небольшой выпот – серозный. Тело матки увеличено до 9-10 недель с двумя субсерозными узлами, левый яичник поликистозно изменен.

Матка отсечена по связкам, ушита обвивным швом. Перитонизация за счет листков широкой маточной связки и pl. Vesikouterinae. Брюшная полость послойно ушита. На кожу наложен косметический шов и асептическая повязка.

Макропрепарат: тело матки увеличено до 9-10 недель с неровной поверхностью за счет субсерозных узлов. На разрезе множеств интерстициальных узлов, полость деформирована за счет миоматозного узла (отправлен на гистологию). Продолжительность операции 1 час 30 минут.

*Выбор такого вида операции обусловлен:*

* Давностью заболевания более 15 лет.
* Обильные длительные менструации приводящие к анемизации больной.
* Пальпаторно определенного увеличения размеров матки до 14 недель срока беременности
* Кроме того на операции выявлено: поликистозная дегенерация левого яичника, выпот в брюшной полости, что и дало основание произвести экстирпацию матки с трубами и левого яичника.

После операции:

1) Sol. Aetamsilаti 12,5%-2 ml

 d.t.d. N 5 in amp

 D.S. по 2 мл внутримышечно

2) Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml

 d.t.d. N 5 in amp

 D.S. по 2 мл внутримышечно

3) Sol. Dibazoli 1%-1 ml

 d.t.d. N 5 in amp

 D.S. по 4 мл внутримышечно

Реабилитация:

1 этап: комплекс раннего восстановительного лечения

Восстановление ОЦК

Sol. NaCl 0,9%-200,0

Sol.Riboxini 3%-10,0 в/в капельно № 5

 Sol. NaCl 0,9%-200,0

 Sol. Acidi ascorbinici 5% 10,0 в/в капельно № 5

Антибакреиальная терапия Benzylpenicillini-natrii 1000000 Ед внутримышечно через 6 часов в течение 3 дней.

Коррекция болевого синдрома Baralgini 5 ml в/м 2 р/сутки.

Для повышения сопротивляемости организма к стрессу – настой валерианы лекарственной – 1 столовую ложку измельченных корней залить стаканом кипятка и настоять в течение 24 часов, принимать в 3-4 приема в течение дня.

2 этап: индивидуальная реабилитация:

Показана заместительная терапия женскими половыми гормонами через 3 месяца после операции. Назначают трех-фазные оральные контрацептивы Три-регол, Три-зистон с циклическом режиме.

* + - 1. консультации смежных специалистов – терапевта, эндокринолога, уролога, хирурга для решения вопроса о коррекции артериального давления, обследование щитовидной железы, выяснение причины уратурии, гипостенурии, лечение варикозной болезни нижних конечностей
			2. соблюдение режима труда и отдыха, соблюдение диеты обогащенной белками с ограничением жиров и углеводов:

1. Для нормализации функции желудочно-кишечного тракта утром, натощак за 30-60 мин. до завтрака с приемом по 7-10 дней:

 Сок: морковный по100 мл.; яблочный по 250 мл.

 Минеральные воды: «Боржоми», «Смирновская», «Ессентуки» №4, 17.

2. Продукты богатые йодом: (морская капуста, креветки, кальмары, йодированная соль и т.д.). Раствор KI 0,25 % по 1 ст. ложке 4 раза в день, в течении 14-20 дней - 6 месяцев.

* + - 1. поливитамины курсами по 20 дней с интевалом в 10 дней
			2. санаторно-курортное лечение в санатории Белокуриха (родоновые ванны № 10-15 через день, при температуре воды 360С)
			3. рассасывающее лечение – свечи с Лидазой по 64 ЕД ректально в течение 30 дней;
			4. электрофорез цинка на надлобковую область№ 20 с 4-6 недельным интервалом 2 курса;
1. **Дневник**

24.05.2001 – жалоб нет, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, физиологической окраски, патологических высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные ЧСС 64 в 1 минуту АД 130/90. Живот мягкий умерено болезненный в области операционно-косметического шва. Диурез в норме, стула нет. Из послеоперационной раны патологических выделений нет. Готовится к выписке - 25 мая 2001 года.

1. **Этиология и патогенез**

Согласно современным представлениям миома матки не является истиной опухолью, это доброкачественная, т.е. гормонально-контролируемая гиперплазия мышечных элементов мезенхимального происхождения. Характер гиперпластических процессов при миоме матки идентичны характеру гиперплазии миометрия при физиологической беременности.

Имеются данные, что фибропластические и гладкомышечные клетки образуются из элементов периадвентициальной прослойки сосудисто-соединительнотканого каркаса и являются камбиальным стволом для этих клеток. Основным пусковым механизмом, в результате которого камбиальные клетки гладкомышечной ткани миометрия приобретают способность к пролиферации, является гипоксия, связанная с нарушением микроциркуляции. Однако у новообразованной гладкомышечной ткани отсутствует формообразующая функция, поэтому она не контролируется генетически детерминированным ограничительным механизмом. Более того, являясь гормонозависимой, новообразованная ткань продолжает пролиферировать под воздействием половых гормонов.

Имеются данные, что миогенная гиперплазия происходит чаще в местах наиболее сложных переплетений мышечных волокон – по средней линии матки, вблизи трубных углов, по бокам шейки матки.

Морфогенез и дальнейший рост миоматозного узла проходит в 3 стадии развития:

1. образование активной зоны роста в миометрии. Активные зоны располагаются вблизи микрососудов и характеризуются высоким уровнем обмена и сосудисто-тканной проницаемости, что способствует развитию опухоли.
2. роста опухоли без признаков дифференцировки (микроскопически определяемый узел).
3. роста опухоли с ее дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяемый узел).

Гладкомышечные клетки миомы матки значительно отличаются от клеток миометрия и характеризуются полиморфизмом, образованием аргирофильных волокон, интенсивным фагоцитозом. Однако, при длительном культивировании клетки опухоли трансформируются и вновь приобретают характер клеток миометрия, что свидетельствует об общем их происхождении.

Мышечные клетки и волокна миом располагаются своеобразно, определяя интенсивность роста опухоли; при четком пучковом строении опухолей – они расту медленно, при различном направлении роста мышечных волокон проявляется тенденция к быстрому росту.

Морфоструктура миомы матки не постоянна. В зависимости от количества мышечных элементов, степени их пролиферации, дифференцировки и наличия признаков атипии выделяют 3 формы миомы матки:

1. простая
2. пролиферирующая
3. предсаркоматозная

Большое значение в патогенезе гиперпластических процессов миометрия придается центральному механизму. Предполагается, что в основе развития миомы матки лежит синдром психо-эмоционального напряжения, как следствие этого возникает срыв адаптационно-компенсаторных реакций на различных уровнях кольцевой системы Гипотплпмус-Гипофиз-Яичники-Матка в следствии нарушения микроциркуляции и тканевой гипоксии (например эмоциональные потрясения или черепно-мозговая травма). Нарушение функционального состояния Гипоталамо-гипофизарной системы приводит к изменению циклической секреции ядрами гипоталамуса гонадотропин-релизинг фактора, в связи с этим нарушается базальная циклическая выработка гонадотропных гормонов, а пиковые выбросы ЛГ и ФСГ, повышающие овуляторные, могут наблюдаться в любую фазу менструального цикла.

Таким образом, факторы, определяющие пути развития доброкачественной диффузной или очаговой гиперплазии стромы матки разнообразны и включают различные звенья системы Гипоталамус-Гипофиз-Яичники и клеточные элементы матки. Вероятно, первичное поражение может возникнуть на любом уровне этой цепи в результате воздействия многочисленных неблагоприятных преморбидных факторов в любом возрасте женщины.

Соответственно уровню поражения можно выделить 3 патогенетических варианта возникновения и развития миомы матки.

1. обусловленный нарушением функции Гипоталамус-Гипофизарной системы ( с увеличением или уменьшением продукции гонадотропинов).
2. опухоль развивается на фоне нарушенной функции яичников.
3. опухоль сопровождается нарушением преимущественно функции и структуры рецепторного аппарата матки, что, как правило, является следствием абортов, ручных и инструментальных исследований и длительного использования ВМС.

применительно к данной больной можно предположить, что здесь имеет место следствие большого количества абортов – 20 при регулярной половой жизни без предохранения.

**IX. Эпикриз и прогноз**

Больная Черепанова Н.А. 46 лет поступила на плановое оперативное лечение в гинекологическое отделение 3 ГКБ с жалобами на нерегулярные, обильные, болезненные менструации со сгустками, тянущие, ноющие боли внизу живота, слабость в течение 6 лет. При обследовании была диагностирована Миома матки 18.05.2001 ода была проведена Лапаротомия. Extirpatio uter cum tubaria. Резекция левого яичника. Во время операции было выявлено: небольшой выпот – серозный: тело матки увеличено до 9-10 недель с двумя субсерозными узлами, левый яичник поликистозно изменен.

Послеоперационный период протекал без осложнений. За время нахождения в стационаре были произведено следующее обследование:

 *Общий анализ крови от 14.05.2001 г.* Эр- 4,23х1012 г/л; Hb-123г/л ; ЦП 0,87; L-6,2х109 г/л; Э-2, П-4, С-68, Л-24, М-2; СОЭ-25 мм.час; Время кровотечения по Дюке 120 секунд; По Мас-магро 10 минут; Гематокрит 37%; Тромбоциты 400.000; Заключение: снижение ЦП, ускорение СОЭ. *Общий анализ крови от 19.05.2001 г.* Эр- 5,2х1012 г/л; Hb-130г/л; ЦП 0,75; L-8,6х109 г/л; Э-0, П-5, С-72, Л-15, М-6; СОЭ-11 мм.час; Заключение: снижение ЦП.

*Общий анализ мочи от 14.05.2001 г.* Цвет-с/желтый; Реакция – кислая; Уд.вес – 1000; Эп. плоский – ед. в п/з; L – ед. в п/з; Эр – 2-7 в п/з; Соли – ураты.

Заключение: микрогематутурия, гипоизостенурия, уратурия.

*Биохимический анализ крови и коагулограмма от 14.05.2001 г* ПТИ 80% Время рекальцификации 90 секунд Этаноловый тест – отрицательно Фибриноген – 2,66 г/л Фибриноген «Б» - отрицательно Мочевина 5,2 ммоль/л Остаточный азот 18,1 ммоль/л Креатинин 74 мкм/л Общий белок 74 г.л Глюкоза 5,4 г/л Биллирубин общий – 16,4 ммоль/л, прямой – нет, непрямой 16,4 ммоль/л Заключение: в пределах нормы. *Кровь на RW* от 14.05.2001 - отрицательно. *Кровь на ВИЧ* от 14.05.2001 – отрицательно. *Кровь на HbsAg* от 14.05.2001 - Ат не обнаружено.  *Мазок из влагалища* Лейкоциты 2-4 в п/з Клетки эпителия 3-3 в п/з

Микрофлора умеренная Г.Н. –отрицательно Трихомонас – отрицательно

Заключение: без патологии

*ЭКГ* от 14.05.2001– ритм синусовый, с ЧСС 71 в 1 минуту. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Умеренные нарушения процессов реполяризации в миокарде.

*Консультация терапевта:* Гипертоническая болезнь II, медленно прогрессирующее течение. Варикозная болезнь нижних конечностей.

18 мая 2001 года проведена операция:Laparotomia. Extirpatio uter cum tubaria. Resectio ovarii sinistri. Послеоперационный период без осложнений.

Проведена операция: Лапаротомия. Extirpatio uter cum tubaria. Резекция левого яичника.

Протокол операции: Под интубационным наркозом в асептических условиях разрезом по Пфанненштилю послойно вскрыта брюшная полость. Обнаружено: небольшой выпот – серозный. Тело матки увеличено до 9-10 недель с двумя субсерозными узлами, левый яичник поликистозно изменен.

Матка отсечена по связкам, ушита обвивным швом. Перитонизация за счет листков широкой маточной связки и pl. Vesikouterinae. Брюшная полость послойно ушита. На кожу наложен косметический шов и асептическая повязка.

Макропрепарат: тело матки увеличено до 9-10 недель с неровной поверхностью за счет субсерозных узлов. На разрезе множеств интерстициальных узлов, полость деформирована за счет миоматозного узла (отправлен на гистологию). Продолжительность операции 1 час 30 минут.

Получпла следующее лечение: Sol. Aetamsilаti 12,5%-2 ml, Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml

Sol. Dibazoli 1%-1 ml, NaCl 0,9%-200,0, Sol.Riboxini 3%-10,0 в/в капельно, Sol. Acidi ascorbinici 5% 10,0 в/в капельно антибактериальная терапия Benzylpenicillini-natrii 1000000 Ед внутримышечно через 6 часов в течение 3 дней. Baralgini 5 ml в/м 2 р/сутки.

Для повышения сопротивляемости организма к стрессу – настой валерианы лекарственной – 1 столовую ложку измельченных корней залить стаканом кипятка и настоять в течение 24 часов, принимать в 3-4 приема в течение дня.

Рекомендовано:

Показана заместительная терапия женскими половыми гормонами через 3 месяца после операции. Назначают трех-фазные оральные контрацептивы Три-регол, Три-зистон с циклическом режиме.

консультации смежных специалистов – терапевта, эндокринолога, уролога, хирурга для решения вопроса о коррекции артериального давления, обследование щитовидной железы, выяснение причины уратурии, гипостенурии, лечение варикозной болезни нижних конечностей

соблюдение режима труда и отдыха, соблюдение диеты обогащенной белками с ограничением жиров и углеводов:

1. консультации смежных специалистов – терапевта, эндокринолога, уролога, хирурга для решения вопроса о коррекции артериального давления, обследование щитовидной железы, выяснение причины уратурии, гипостенурии, лечение варикозной болезни нижних конечностей
2. Для нормализации функции желудочно-кишечного тракта утром, натощак за 30-60 мин. до завтрака с приемом по 7-10 дней:
3. Сок: морковный по 100 мл.; яблочный по 250 мл.
4. Минеральные воды: «Боржоми», «Смирновская», «Ессентуки» № 4, 17.
5. Продукты богатые йодом: (морская капуста, креветки, кальмары, йодированная соль и т.д.). Раствор KI 0,25 % по 1 ст. ложке 4 раза в день, в течении 14-20 дней - 6 месяцев.
6. поливитамины курсами по 20 дней с интевалом в 10 дней
7. санаторно-курортное лечение в санатории Белокуриха (родоновые ванны № 10-15 через день, при температуре воды 360С)
8. рассасывающее лечение – свечи с Лидазой по 64 ЕД ректально в течение 30 дней;
9. электрофорез цинка на надлобковую область№ 20 с 4-6 недельным интервалом 2 курса;

Прогноз для жизни благоприятный. Для детородной функции крайне неблагоприятный, для половой жизни благоприятный, для трудовой деятельности благоприятный.

Куратор /Якубовская О.М,/

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Онкогеникология под редакцией В.А. Поляковой
2. Гинекология под редакцией Л.Н. Васильевой
3. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, 1998 г. Консервативное лечение миомы матки. Санникова С.В
4. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях, К.И.Малевич, П.С.Русакевич.
5. Руководство «Оперативная гинекология», В.И. Кулаков, Н.Д.Селезнева.
6. Актуальные вопросы гинекологии под ред. Коханевич, Киев 1998 год
7. Справочник практического врача
8. Большая медицинская энциклопедия
9. Фармакологический справочник РЛС-Доктор
10. Справочник по акушерству и гинекологии под ред. Академика РАМН Г.М.Савельевой