Гинекологическое отделение Дата и время поступления - 06.03.2013 г.

Роддома № 2

Группа крови В (III) Дата и время выписки – 15.03.2013 г.

Резус принадлежность Rh (+) Палата № 3

1. . Паспортная часть
2. Фамилия, имя, отчество пациентки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Возраст: 18.03.1964 (48 лет)
4. Семейное положение: замужем
5. Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
6. Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Кем направлена пациентка : ЖК №2.
8. Доставлена в стационар : в плановом порядке.
9. Диагноз направившего учреждения: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией. ЖДА II ст.
10. Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией. ЖДА II ст.
11. Диагноз клинический: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией. ЖДА II ст.
12. Диагноз заключительный клинический:

Основной: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией.

Осложнение основного: Железодефицитная анемия II ст.

1. Хирургические операции: Лапаротомия. Экстирпация матки с придатками с обеих сторон. (07.03.2013г.).
2. Другие виды лечения: медикаментозное.
3. Побочные действия лекарств: нет.
4. Исход заболевания: Выписана с улучшением.

2. Основные жалобы пациентки

Жалобы при поступлении: пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, недомогание; на периодические, тянущие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструаций.

Жалобы на момент курации: на общую слабость, незначительную болезненность в области послеоперационной раны.

3. История развития настоящего заболевания (anamnesis morbi)

Пациентка считает себя больной с 2009 года, когда у неё открылось сильное кровотечение. Пациентке было выполнено раздельное диагностическое выскабливание. При проведении гистологического исследования была выявлена железистая гиперплазия эндометрия. В этот период пациентка отмечает ухудшение общего состояния, слабость, головокружения. В 2009 году у пациентки была выявлена миома матки. С 2009 года пациентка состоит на диспансерном учете в женской консультации; шесть месяцев принимала норколут.

В ноябре 2010 года пациентке выполнено РДВ; гистологическое исследование – без особенностей.

В октябре 2012 года у пациентки снова открылось кровотечение. Было выполнено РДВ. При проведении гистологического исследования была выявлена ЖГЭ с клеточной атипией. Пациентка была направлена женской консультацией № 2 на обследование в Витебский областной клинический онкологический диспансер. В ВОКОД пациентке рекомендовано оперативное лечение в полном объеме. Женской консультацией № 2 пациентка была направлена в гинекологическое отделение Витебского городского роддома № 2 для оперативного лечения с диагнозом: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией. ЖДА II ст.

4. История жизни (anamnesis vitae)

Пациентка родилась в городе Витебске вторым ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее, работает заместителем главного бухгалтера.

Пациентка замужем, есть сын.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия благоприятные. Питание регулярное, калорийное, 3-4 раза в день.

Вредных привычек нет.

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает простудные, детские инфекции.

Пациентка вирусный гепатит, туберкулёз, сифилис, ВИЧ – инфекцию и венерическикие заболевания у себя и у родственников отрицает. Контакт с инфекционными пациентами отрицает.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Операции: кесарево сечение в 1991 году.

Гемотрансфузия – в 1991 году, без осложнений.

5. Акушерско-гинекологический анамнез

Менструальная функция: первые менструации появились в 14 лет, установились в течении года. Длительность менструального цикла - 30 дней, продолжительность менструаций - 3-4 дня, регулярные, умеренные, безболезненные. За последний год месячные стали нерегулярные – то с 21, то с 28 дня цикла, обильные, болезненные. Последние месячные 15.02.2013.

Секреторная функция: умеренные выделения белые, слизистого характера, связаны с менструальным циклом (усиливаются во время менструаций), периодические, без запаха, не раздражают окружающие ткани.

Половая функция: половую жизнь начала в 24 года. Замужем. Половая жизнь только в браке, нерегулярная. Боли при половом сношении не испытывает. Методы контрацепции – барьерная (мужской презерватив).

Детородная функция: Беременностей - одна. Роды - одни, медицинских абортов, выкидышей не было. Беременность наступила через 3 года после начала половой жизни. В 1991 году выполнено кесарево сечение. Послеродовый период протекал без осложнений. Вес мальчика при рождении – 3500 г. Ребенок рос и развивался нормально.

Пренесенные гинекологические заболевания - миома матки с 2009 года.

6. Объективное исследование (status praesens)

Общий осмотр

Общее состояние – удовлетворительное.

Сознание – ясное.

Положение – активное.

Общий вид пациентки соответствует возрасту и полу. Выражение лица спокойное.

Походка свободная.

Телосложение: правильное. Рост 165см, вес 71кг.

Конституциональный тип – нормостенический.

Температура тела в норме.

Кожные покровы и видимые слизистые: бледные.

Оволосение: тип оволосения соответствует полу.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Наибольшее отложение жира в области бедер и живота.

Отеков и варикозного расширения вен не выявлено.

Периферические лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные) не пальпируются.

Миндалины зева не увеличены, розового цвета, гнойных пробок в лакунах нет.

Патологии со стороны костно-мышечно-суставной системы не выявлено.

Щитовидная железа: не увеличена, болезненности и уплотнений при пальпации нет. Подвижность при пальпации и глотании сохранена.

Исследование молочных желез.

Молочные железы округлой формы, безболезненная при пальпации. Кожный покров над железами не изменён, патологические образования, сыпь отсутствуют. Патологических выделений нет.

Физические методы обследования экстрагенитальных систем.

Пациентка жалоб со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, нервной систем не предъявляет.

Система органов дыхания

Осмотр:

Нос: слизистая оболочка носа не изменена, отделяемого и лихорадочных высыпаний нет; дыхание через нос свободное.

Гортань: голос не изменен, охриплости и афонии нет.

Грудная клетка нормостеническая. Надчревный угол равен приблизительно 90 градусов. Ребра направляются несколько косо вниз. Межреберные промежутки выражены слабо. Надключичные ямки выражены умеренно, подключичные только намечаются. Ключицы почти не выдаются кпереди. Лопатки при опущенных руках плотно прилегают к задней поверхности грудной клетки, их ости и углы слабо контурируются.

Ассиметричных выпячиваний и западений грудной клетки нет.

Дыхание: тип дыхания смешанный. Дыхание через нос свободное. Дистанционных хрипов, шумов, одышки не выявлено. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, средней глубины. Частота дыхания – 16 в минуту.

Патологических типов дыхания, участия в дыхании вспомогательных мышц не выявлено.

Пальпация грудной клетки.

Ригидность грудной клетки нормальная. Болезненности при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника, хруста не выявлено. Межреберные промежутки нормальные.

Голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково.

Перкуссия грудной клетки.

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия.

Высота стояния верхушек легких спереди на 5 см выше края ключицы.

Высота стояния верхушек легких сзади на 1 см выше остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кринига: справа – 6см, слева – 7см.

Нижние границы легких:

Топографические линии Правое легкое Левое легкое

L parasternalis верхний край VI ребра -

L medioclavicularis нижний край VI ребра -

L axillaris anterios нижний край VII ребра нижний край VII ребра

L axillaris media нижний край VIIIребра нижний край VIII ребра

L axillaris posterior нижний край IX ребра нижний край IX ребра

L scapularis нижний край X ребра нижний край X ребра

L paravetebralis остистый отросток XI грудного позвонка.

Активная подвижность нижних краев легких (см):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические  линии | Справа | | | Слева | | |
| Вдох | Выдох | В сумме | Вдох | Выдох | В сумме |
| L medioclavicularis | 2 | 3 | 5 | - | - | - |
| L axillaris media | 3 | 5 | 8 | 3 | 5 | 8 |
| L scapularis | 2 | 3 | 5 | 2 | 2,5 | 4,5 |

Аускультация легких.

При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание. Добавочных дыхательных шумов, крепитации, хрипов, шума трения плевры нет.

Система органов кровообращения.

Осмотр области шеи: патологической пульсации вен и артерий не выявлено.

Осмотр области сердца и сосудов.

Выпячивания грудной клетки в области сердца нет.

Пальпация :

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, умеренной высоты, умеренно резистентный.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка.

Границы относительной тупости сердца:

Правая: в четвертом межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: в пятом межреберье слева на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край III ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая: левый край грудины на уровне IV межреберья.

Левая: в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край IV ребра слева по окологрудной линии.

Аускультация сердца и сосудов.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС= 80 в 1 минуту. Добавочных тонов, щелчка открытия митрального клапана нет. Внутрисердечные шумы и шум трения перикарда отсутствуют.

Исследование пульса.

Свойства пульса на лучевых артериях – одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 80 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Измерение артериального давления:

Правая рука: 125/80 мм.рт.ст.

Левая рука: 125/80 мм.рт.ст.

Система органов пищеварения

Общий осмотр

Слизистая оболочка ротовой полости и твёрдого неба бледно-розовой окраски, влажная, налетов, высыпаний, афт, пигментации, кровоизлияний нет.

Язык влажный, розового цвета, не обложен.

Живот нормальной конфигурации; асимметрий и местных выпячиваний нет. Расширения вен передней брюшной стенки, видимой перистальтики, рубцов, сыпи, пигментации не выявлено. Обе половины живота равномерно участвуют в акте дыхания.

Пальпация живота поверхностная:

при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения мышц, грыж передней брюшной стенки не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Все отделы кишечника доступны глубокой пальпации, безболезненны.

Перкуссия живота:

при перкуссии живота над желудком определяется тимпанит, над кишечником – участки тимпанита чередуются с притупленным тимпанитом. Признаки метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости отсутствуют.

Аускультация живота:

перистальтика кишечника обычная, живая, частота перистальтических волн – 6 в минуту. Шум трения брюшины не выявлен.

Перкуссия печени.

Измерение высоты печеночной тупости по Образцову по:

правой передней подмышечной линии – 10 см,

правой срединно-ключичной линии – 9 см,

правой окологрудинной линии – 8 см.

Определение размеров печени по Курлову по:

правой срединно-ключичной линии – 9 см,

передней срединной линии – 7,5 см,

левой реберной дуге -6,5 см

Пальпация печени.

Печень пальпируется на уровне края реберной дуги. Край печени ровный, закругленный, эластичный, безболезненный.

Исследование селезенки.

Селезенка не пальпируется, не увеличена.

Органы мочеотделения.

Осмотр поясничной области: выпячиваний поясничной области нет. Покраснение и отечность кожи, припухлость кожных покровов отсутствуют.

Перкуссия почек: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пальпация почек: почки не пальпируются; болезненности нет.

Психоневрологический статус.

Сознание ясное, настроение спокойное. Ориентирование во времени и месте не нарушено, концентрация внимания без усилий. Интеллект и память сохранены, речь живая, связная. Сон нормальный. Поведение, критика – адекватны обстановке. Походка нормальная. Сухожильные и брюшные рефлексы сохранены, симметричны; мозговые симптомы отсутствуют.

Зрение хорошее; дрожания глаз, косоглазия нет; положение глазных яблок нормальное, нистагм, зрачковые рефлексы в норме. Зрачки одинаковы, живо реагируют на свет. Слух, обоняние в норме. Болевая, температурная и тактильная чувствительность дистальных отделов конечностей сохранена.

Гинекологический статус.

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы, протоки бартолиновых желез не изменены. Опущений передней, задней стенки влагалища нет. Слизистая вульвы бледно розовая.

In speculum: слизистая влагалища бледно-розова, налёта нет. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Выделения слизистые.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, светло-розовая, плотная, центрирована. Наружный зев закрыт, эрозий и изъязвлений нет. Выделения слизистые, незначительные, без запаха. Тело матки: расположено в anteversio flexio, величиной около 6 недель беременности, по консистенции плотное, бугристое, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не пальпируются.

Смещение за шейку матки – безболезненное. Крестцово-маточные связки и параметрий не изменены.

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

7. Предварительный диагноз

Миома матки. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией.

8. План обследования

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, билирубин, холестерин, фибрин, АсАТ, АлАТ, К, СI ).

4. Определение группы крови и резус-фактора.

5. ЭКГ.

7. Анализ крови на RW.

8. Флюорография.

9. Коагулограмма.

10. УЗИ органов малого таза.

11. Консультация терапевта.

12. Мазок на чистоту влагалища.

13. Мазок из уретры и цервикального канала.

14. Мазок на онкоцитологию.

15. Посев на флору и чувствительность к антибиотикам из влагалища.

16. Кольпоскопия.

9. Результаты лабораторных и инструментальных исследований

1. Общий анализ крови от 07.03.13г.:

Эритроциты – 2,4 х 1012 /л

Гемоглобин – 90 г/л

Цветовой показатель – 0,96

СОЭ – 5 мм/ч

Лейкоциты – 12,4х109 /л

Тромбоциты – 230х109/л

Нейтрофилы:

Палочкоядерные – 2%

Сегментоядерные – 64%

Эозинофилы – 1%

Лимфоциты – 29%

Моноциты – 4%

Заключение: в общем анализе крови снижено содержание эритроцитов и гемоглобина, повышено содержание лейкоцитов.

1. Общий анализ мочи от 07.03.13г.:

Относительная плотность – 1014

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Реакция рН – кислая

Белок – отсутствует

Сахар – отсутствует

Плоский эпителий – 2-3 в поле зрения

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения .

Заключение: общий анализ мочи без патологических изменений.

1. Биохимический анализ крови от 07.03.13 г.:

Мочевина – 6,4 ммоль/л

Холестерин – 6,2 ммоль/л

Общий белок – 74 г/л

Билирубин общий – 11,8 мкмоль/л

Прямой – 2,8 мкмоль/л

Глюкоза – 5,8 ммоль/л.

АсАТ – 19 МЕ

АлАТ – 25 МЕ

Калий – 3,9 ммоль/л

Хлориды – 101 ммоль/л.

Заключение: биохимический анализ крови без патологических изменений.

1. Электрокардиограмма от 06.03.13:

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 75 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца.

1. Анализ крови на RW от 06.03.13:

Заключение: отрицательный.

1. Коагулограмма от 06.03.13:

АЧТВ – 35 с

Фибрин –13

Фибриноген плазмы – 4 г/л

Фибриноген В плазмы - не определяется

МНО – 1,07

ПТИ – 94%.

1. Определение группы крови и резус-фактора от 06.03.13:

Группа крови – В (III); Rh (+).

1. Флюорография от 06.03.13: органы грудной клетки без патологии.
2. Мазок на микрофлору от (22.02.13):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Свод влагалища | Уретра |
| Трихомонады | Не обнаружены | Не обнаружены |
| Лейкоциты | Единичные | - |
| Гонококки | Не обнаружены | Не обнаружены |
| Флора | Гр«±» | Палочки |
| Степень чистоты | 2 степень | |

10. Мазок на ОЦ от 22.02.13: без особенностей.

11. Кольпоскопия от 22.02.13: патологии не выявлено.

12. Посев на микрофлору от 23.02.13: патогенные микроорганизмы не выделены.

13. УЗИ органов малого таза от 30.12.12:

Матка и яичники. Матка расположена правильно (anteflexio), имеет длину 63 мм, толщину 49 мм, ширину 54 мм. Контур матки бугристый. Структура матки неоднородная. Определяется гетерогенность эхогенной структуры миометрия. Отсутствует четкая граница между эндометрием и миометрием. В матке определяются фиброматозные узлы размерами до 28 мм, различной структуры. Полость матки деформирована узлами, четко не прослеживается. Создается впечатление субмукозного узлового образования 22\*14 мм.

Правый яичник расположен сбоку от матки, не увеличен.

Левый яичник расположен сбоку от матки, не увеличен, с наличием жидкостного образования по типу фолликула размером до 15 мм.

Исследование произведено на 7 день менструального цикла.

Заключение: Миома матки в сочетании с аденомиозом.

1. Окончательный клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб пациентки на общую слабость, недомогание; на периодические, тянущие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструаций.

Данных анамнеза заболевания: пациентка считает себя больной с 2009 года, когда у неё открылось сильное кровотечение. Пациентке было выполнено раздельное диагностическое выскабливание. При проведении гистологического исследования была выявлена железистая гиперплазия эндометрия. В этот период пациентка отмечает ухудшение общего состояния, слабость, головокружения. В 2009 году у пациентки была выявлена миома матки. С 2009 года пациентка состоит на диспансерном учете в женской консультации; шесть месяцев принимала норколут.

В ноябре 2010 года пациентке выполнено РДВ; гистологическое исследование – без особенностей.

В октябре 2012 года у пациентки снова открылось кровотечение. Было выполнено РДВ. При проведении гистологического исследования была выявлена ЖГЭ с клеточной атипией. Пациентка была направлена женской консультацией № 2 на обследование в Витебский областной клинический онкологический диспансер. В ВОКОД пациентке рекомендовано оперативное лечение в полном объеме. Женской консультацией № 2 пациентка была направлена в гинекологическое отделение Витебского городского роддома № 2 для оперативного лечения с диагнозом: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией. ЖДА II ст.

Данных объективного исследования – бледность кожных покровов;

Данных гинекологического статуса: влагалищное исследование - влагалище свободное. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, светло-розовая, плотная, центрирована. Наружный зев закрыт, эрозий и изъязвлений нет. Выделения слизистые, незначительные, без запаха. Тело матки расположено в anteversio flexio, величиной около 6 недель беременности, по консистенции плотное, бугристое, безболезненное при пальпации.

Данных ультразвукового исследования (Матка расположена правильно (anteflexio), имеет длину 63 мм, толщину 49 мм, ширину 54 мм. Контур матки бугристый. Структура матки неоднородная. Определяется гетерогенность эхогенной структуры миометрия. Отсутствует четкая граница между эндометрием и миометрием. В матке определяются фиброматозные узлы размерами до 28 мм, различной структуры. Полость матки деформирована узлами, четко не прослеживается. Создается впечатление субмукозного узлового образования 22\*14 мм. Правый яичник расположен сбоку от матки, не увеличен. Левый яичник расположен сбоку от матки, не увеличен, с наличием жидкостного образования по типу фолликула размером до 15 мм. Заключение: Миома матки в сочетании с аденомиозом.

Данных лабораторных методов исследования: в общем анализе крови содержание эритроцитов снижено до 2,4 х 1012 /л, содержание гемоглобина снижено до 90 г/л; пациентке можно поставить следующий клинический диагноз:

Основной: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией.

Осложнение основного: Железодефицитная анемия II ст.

1. Дифференциальный диагноз

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Миома матки | Беременность | Саркома матки |
| 1. Возраст | Чаще после 30 лет | Репродуктивный возраст (чаще от 18 до 30 лет) | 41-50 лет |
| 2. Характер менструации | Меноррагия | Отсутствует | Ациклические кровотечения |
| 3.болевой синдром | Может быть | Нет | Характерен |
| 4. Характер роста | Медленный | Характерный для беременности | Быстрый рост |
| 5. Размер матки | Увеличена, бугристая | Равомерное увеличение | Увеличена |
| 6. Консистенция | Плотная | Мягковатая | Плотная с участками размягчения |
| 7. Наличие и характер белей | Не характерны | Могут быть | Гнилостного характера, упорные |
| 8. анемия | Может быть | Может быть | Резкая |
| 9. Общее состояние | Может быть слабость, связанная с анемией | Характерно: тошнота, рвота, извращение вкуса | Резкая слабость, похудание вплоть до кахексии |
| 10. Связь анемии с кровотечением | Прямая | Нет | Нет |
| 11. СОЭ | Не изменено | Не изменено | Ускорено |
| 12. УЗИ | Наличие одного или нескольких узлов | Плодное яйцо с сердцебиением | Узел не однородной структуры |

1. Этиология и патогенез

Миома матки – одно из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний половой системы женщин репродуктивного возраста. Заболевание диагностируется у 20–30% женщин в возрасте 15–45 лет.  
    Современные воззрения на природу этой распространенной доброкачественной опухоли матки претерпели изменения благодаря новым данным о молекулярно-генетических детерминантах процесса гормонального канцерогенеза. Использование этих данных в изучении пато- и морфогенеза лейомиомы матки способствовало расширению представлений о механизмах ее роста и развития и пересмотру стратегии и тактики при этом заболевании.

 В настоящее время доказана роль эндокринной, ауто- и паракринной систем в регуляции роста и развития опухоли, цитогенетических нарушений, пролиферативного потенциала опухоли, нейрогуморальных факторов, гормональных и ростовых факторов.  
    По нозологическим формам согласно МКБ-10 лейомиомы делятся на подслизистые, интрамуральные и субсерозные; по величине опухоли на менее и более 12 нед беременности. По осложнениям и приравненным к ним факторам различают лейомиомы с быстрым ростом и ростом в постменопаузе; с некрозом или инфицированием узла; лейомиомы с рождением подслизистого узла; миомы с железодефицитной анемией (ЖДА) и с атипическими процессами эндометрия.  
    Характерные клинические проявления роста и развития миомы матки нередко сопровождаются повышением менструальной кровопотери, иногда и маточными кровотечениями, которые ряд исследователей считают "дисфункциональными", в основном зависящими от "нейроэндокринных расстройств". Другие связывают генез патологической кровопотери прежде всего с ростом и локализацией узлов опухоли, а также с нейроэндокринными и гуморальными сдвигами, вызывающими глубокие метаболические нарушения.

Изучение особенностей функциональной морфологии матки при миоме свидетельствует о том, что при развитии опухоли в матке первично создаются условия для повышенной менструальной кровопотери. Многие исследователи отмечают, что по мере роста узла опухоли и сопутствующей этому росту гипертрофии миометрия развитие его сосудистой сети происходит по генетически детерминированной программе, свойственной беременности. Особенностью этого развития является чрезмерная гипертрофия венозной системы матки, формирующей ее дренажную систему, мощность которой во много раз превышает реальные потребности оттока. Вместе с интенсивным развитием венозной сети между наружным и внутренними слоями миометрия не меньшее развитие получает венозная сеть внутреннего мышечного слоя и венозные сплетения в базальном слое эндометрия.  
    Некоторые исследователи, изучая реограммы малого таза у пациенток с миомой, обнаружили увеличение кровенаполнения матки, понижение тонуса и эластичности сосудов. Кроме того, при развитии миомы отток крови от матки затруднен, что также создает условия для повышенной кровопотери при повреждении вен эндометриального сплетения.  
    Особенности органного и внутриопухолевого кровотока при миоме матки, хорошо изученные при помощи допплерометрии, свидетельствуют о снижении сопротивления кровотоку в бассейне маточных артерий, способствующему большей интенсивности кровообращения в матке.

Многие исследователи считают, что увеличение площади эндометрия при развитии миомы матки является причиной повышенной кровопотери. В литературе делается акцент и на локализацию миоматозного узла как фактора, определяющего величину кровопотери. Подслизистое и интерстицильно-подслизистое расположение узлов способствует гипертрофии миометрия, увеличению площади эндометрия, оказывает влияние на моторику матки.

У женщин, страдающих кровотечениями, изменение гормональной функции яичников влечет нарушения гормонального фона. Некоторые авторы указывают, что локальная гиперэстрадиолемия снижает сосудистую резистентность, что увеличивет кровоток в миометральном контуре матки. Также установлено, что на фоне гиперэстрогении в стенке матки увеличивается удельный вес соединительной ткани и уменьшается – мышечной, вследствие чего снижается емкость микроциркуляторного русла и развивается гипертензия в интрамуральных сосудах стенки матки. Кроме того, имеет место уменьшение содержания меди и дисбаланс кальций/медь в миометрии и миоматозном узле. Морфологические изменения и дисбаланс кальций/медь в миометрии и миоматозном узле на фоне дисбаланса эстрадиол/прогестерон являются патогенетическими факторами развития маточного кровотечения.  
    В перименопаузе клинико-патогенетические особенности возникновения аномальных маточных кровотечений у больных миомой матки небольших размеров определяются характером гормональных соотношений и сочетанными изменениями эндо- и миометрия. Так, при кровотечениях циклического характера наблюдается преимущественное сочетание миомы и внутреннего эндометриоза матки, при ациклических кровотечениях – гиперпластических процессов эндо- и миометрия.  
    Маточные кровотечения у больных с миомой матки приводят к развитию ЖДА. ЖДА – как крайняя степень железодефицитного состояния – клинико-гематологический симптомокомплекс, характеризующийся нарушением образования гемоглобина вследствие дефицита желез в сыворотке и костном мозге и развитием трофических нарушений в органах и тканях. ЖДА является самым распространенным анемическим синдромом и составляет приблизительно до 80% всех анемий. В репродуктивном возрасте дефицит железа выявляется у 40–60% женщин. Клинические проявления ЖДА у больных с миомой общеизвестны и обусловлены, с одной стороны, наличием анемического синдрома, а с другой – дефицитом железа (гипосидерозом).  
    Повышенная кровопотеря у больных с миомой матки, приобретая характер хронической, довольно быстро приводит к нарушениям функции различных систем: сердечно-сосудистой и иммунной, системы гемостаза и кроветворения, способствует развитию органической тканевой гипоксии.

Развитие гипоксии у больных с хронической постгеморрагической анемией приводит к серьезным нарушениям в системе ПОЛ и ОС, которые усугубляются в послеоперационном периоде, вследствие операционного стресса, наркоза и дополнительной кровопотери во время операции.  
   Исследования показали, что интенсивное развитие миомы сопровождается снижением объема циркулирующей крови (ОЦК) при неизменном гематокрите. Но на ранних этапах существования миомы гемодинамика характеризуется увеличением ОЦК за счет глобулярного объема. В дальнейшем тяжесть гиповолемии зависит не только от давности заболевания, темпов роста и размеров опухоли, но и от особенностей менструальной функции. В настоящее время доказанным фактом является то, что обильная кровопотеря приводит к изменению содержания эритроцитов, падению гемоглобина, уменьшению ОЦК, что сочетается с развитием олигоцитемической гиповолемии.  
    Нарушения гемостаза у больных с миомой матки нередко являются причиной развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде. Известно, что анемия, развивающаяся в результате кровотечений, и тромбические осложнения не ограничиваются расстройствами в системе гемостаза, а сопровождаются серьезными изменениями текучести крови, т.е. нарушениями ее реологических-свойств.  
    Нарушениям гемодинамики сопутствуют изменения регионарного кровообращения, белкового обмена и водно-электролитного баланса. Хроническая постгеморрагическая анемия при миоме матки приводит к снижению железосодержащих ферментов.  
 Эритропоэз у пациенток с миомой матки носит нормобластический характер, преобладают ядросодержащие клетки. По мнению большинства авторов, происходит задержка созревания клеток эритроидного ряда вследствие угнетения эритронормобластической реакции костного мозга.  
   Картина красной крови характеризуется анизоцитозом, иногда полихроматофилией.  
   Выявлено, что ЖДА у женщин с миомой матки приводит к функциональной неполноценности клеток, ответственных за эритропоэз. Такое состояние проявляется выраженной гипорегенераторной реакцией костномозгового кроветворения.  
    В последние годы появились доказательства того, что эстрогены оказывают угнетающее действие на эритропоэз. Эстрогены, ускоряя созревание эритроцитов, уменьшают клеточный состав костного мозга. В настоящее время высказывается мнение о том, что развитие ЖДА и ЖДС у женщин, страдающих миомой матки, может быть связано не только с патологической кровопотерей или с нарушением нейроэндокринной функции, но и с нарушением продукции эритропоэтина (ЭПО).  
    Таким образом, в литературе достаточно подробно освещено значение морфофункциональных особенностей матки при миоме в патогенезе маточных кровотечений, а также проблема гиповолемии у пациенток с миомой матки. Так как нарушения гемодинамики сочетаются с изменениями регионального кровообращения, белкового обмена и водно-электролитного баланса, имеющими довольно стойкий характер и не устраняющимися в ближайшее время после оперативного лечения, то коррекция хронической ЖДА должна быть одной из задач комплексной терапии при ведении больных с миомой матки.

1. Лечение и профилактика

В настоящее время определены два направления в лечении миомы матки: хирургическое и консервативное. Данный контингент больных чаще всего пассивно наблюдался до момента возникновения показаний к операции.

Показания к оперативному лечению:

* Больших размеров опухоли (свыше 12 нед. беременности) даже в отсутствии жалоб.
* нарушение функции смежных органов, например, мочевого пузыря
* быстрый рост опухоли (более чем на 4 недель в год)
* подбрюшинный узел на ножке, т.к. существует опасность перекрута его ножки
* развитие вторичной анемии, то есть малокровия, развивающегося из-за обильных кровотечений, вызванных миомой
* подслизистое расположение узла
* интралигаментарное расположение узла.
* шеечные узлы миомы матки
* сочетание миомы матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника
* некроз миоматозного узла.

Больным с миомой матки производят радикальные и консервативные операции. К каждому из этих методов имеются показания и противопоказания. Объем операции зависит от возраста женщин, ее общего состояния, степени анемизации, сопутствующих заболеваний, расположения и величины миоматозных узлов.

Консервативные миомэктомии – эти операции производятся для сохранения генеративной или менструальной функции женщины. По поводу миомы матки выполняют следующие консервативные операции: Энуклеацию узлов матки путем чревосечения, дефундацию и высокую ампутацию матки. Показанием к консервативной миомэктомии является молодой возраст женщины (до37, в редких случаях по 40 лет).

Полное удаление матки мотивируется высокой частотой сопутствующих заболеваний матки: гиперпластические изменения эндометрия, патологические изменения на шейки матки, злокачественные процессы в эндометрии, возникновение саркоматозного роста в миоматозном узле.

Наиболее типичной операцией считается надвлагалищная ампутация матки. Операция производиться при здоровой шейке матки.

Консервативная терапия:

По мнению большинства авторов, показаниями к проведению консервативной терапии являются: молодой возраст пациентки (репродуктивный и пременопаузальный); небольшие размеры миоматозно измененной матки (до 10-12 недель беременности); размер миоматозных узлов до 2 см в диаметре; межмышечное расположение миоматозных узлов; относительно медленный рост миомы; отсутствие деформации полости матки, то есть центрипетального роста и подслизистой локализации; отсутствие противопоказаний к применению препаратов.

Лечение заключается в нормализации системных нарушений, характерных для больных с миомой матки: хроническая анемия, воспалительные процессы матки и придатков, нарушение кровенаполнения органов малого таза с преобладанием венозного застоя и снижением артериального кровоснабжения, нарушение функционального состояния нервной системы и вегетативного равновесия.

К методам коррекции системных нарушений относятся следующие: соблюдение здорового образа жизни (нормализация сна, рациональное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, контроль за массой тела); нормализация половой жизни; периодический прием витаминов и микроэлементов в зимне-весенний период (гендевит, пентовит, аевит, фолиевая кислота); лечение анемии, волемических и метаболических нарушений; нейротропное воздействие, если пациенты проявляют черты дисгармоничной личности.

Базисными препаратами для лечения миомы матки являются:

Агонисты гонадолиберинов: гозерилин - 3,6 мг, подкожно в переднюю брюшную стенку 1 раз в 28 дней, в течение 6 месяцев, начиная с 1-го по 5-й день менструального цикла.

Антигонадотропины: гестринон - по 1 капсуле (2,5 мг) 2 раза в неделю, в течение 6 месяцев, начиная с 1-го дня менструального цикла (по схеме).

Симптоматическая терапия включает: ибупрофен - 400 мг внутрь, каждые 4 часа; напроксен - сначала 550 мг внутрь, затем по 275 мг каждые 6 часов; этамзилат - 0,5 г внутрь 4 раза, в первый день кровотечения, затем дозу снижать; препараты железа - в зависимости от выраженности анемии; антимикробную терапию; адаптогены.

Если наступает беременность, даже незапланированная, необходимо ее сохранение, так как послеродовая инволюция матки, грудное вскармливание ребенка не менее 4-6 месяцев способствуют изменению гистогенеза миомы матки, переходу ее из пролиферирующей в простую, и, в ряде случаев, к прекращению ее дальнейшего развития.

Так как у данной пациентки миома матки в сочетании с аденомиозом, рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией, железодефицитная анемия II степени - консервативное лечение ей не показано, поэтому встает вопрос о радикальном лечении данной патологии в объеме экстирпации матки. В данном случае, учитывая климактерический возраст пациентки (48 лет) и состояние поражения матки, рекомендуется экстирпация матки с придатками.

Предоперационная подготовка 07.03.13 г.

Режим постельный.

Фрагмин 5000 ЕД п/к 1 раз в сутки - с целю профилактики ТЭЛА

Премедикация:

Sol.Atrоpini sulf.0,1%-0,5 в/м

Sol. Dimedroli 1% – 1,0 ml – в/в

Sol.Fentanili 0,005% – 2,0 ml – в/в

Sol. Droperidoli 0,25% – 2,0 ml – в/в

07.03.13 с 09:25-11:15 - Нижнесрединная лапаротомия, экстирпация матки с придатками

Вводный наркоз - пропован 1% - 200 мг в/в

Релаксант – дитилин 2% - 200 мг в/в

Базисный наркоз - эндотрахеальный.

За время опрации с целью обеспечения анестезии введено внутривенно:

Фентанил 0,005% - 12 мл в/в (шесть ампул)

Кетамин 5% - 100 мг (2 мл)

Р-р Рингера 800 мл внутривенно.

Sol. NaCl 0,9% - 400 мл внутривенно.

В асептических условиях под эндотрахеальным закисно-кислородным наркозом на фоне НЛА от лона до пупка послойна вскрыта брюшная полость. Гемостаз по ходу операции.

При вскрытии обнаружено: Серозный выпот в брюшной полости. Тело матки- правильной формы, увеличена до 5-6 недель беремнности.

Правые придатки матки:

Яичник 2,5 \*2 см без патологии.

Маточная труба длина 6 см, форма не изменена. Цвет трубы нормальный.

Левые придатки матки:

Яичник 2\*2 см, без патологии.

Маточная труба длина 6 см, форма не изменена. Цвет трубы нормальный.

На круглой маточной связке с обеих сторон, на воронко-тазовые связки справа, слева, на собственный связки яичников справа, слева на мезосальпинкс справа, слева, на маточные концы справа, слева наложены зажимы. Связки пересечены, лигированы капроном. Вскрыта пузырн - маточная складка, мочевой пузырь острым путём отсепарован книзу. На крестцово-маточные связки с обеих сторон наложены зажимы, связки пересечены, лигированы капроном. Вскрыты параметрии с обеих сторон. Через передний, задний свод вскрыто влагалище, произведена экстирпация матки с придатками (правыми, левыми). Культя влагалища ушита z –образным ПГА швами наглухо. К культе влагалища подшиты культи связок круглых, воронко-тазовых, крестцово-маточных. Перитонизация за счёт пузырно-маточной складки, широких маточных связок.

При ревизии органов брюшной полости :

Аппендикс - патологии нет.

Кишечник без патологии.

Сальник без патологии.

Печень – край ровный, поверхность гладкая.

Парааортальные лимфотические узлы не увеличены.

Туалет брюшной полости.

Брюшная полость ушита послойно, наглухо. На кожу отдельные капроновые швы. Асептическая повязка.

Описание макропрепарата: тело матки правильной формы, увеличено до 5-6 недель беременности. На разрезе матки - субмукозный узел размером 1,5-2,0 см. Правый и левый придатки матки не изменены.

Экспресс – гистология. Лейомиома матки.

Послеоперационный диагноз: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией. Железодефицитная анемия II ст.

План ведения пациентки после операции:

с целью профилактики ГСЗ назначена антибактериальная терапия.

Sol. Cephasolini 1,0 в/в 1 раз в день (профилактическая доза).

С целью профилактики ТЭЛА Фрагмин 5000 ЕД подкожно 1 раз в сутки.

План лечения:

Режим постельный.

Стол 0.

Раннее вставание с постели после операции.

Медикаментозное лечение.

1. Антибактериальная терапия :

Rp.: Cefatoxini 1,0

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 3 раза в сутки.

2. Обезболивание:

Rp.: Diclofenaci 3,0

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 3 мл в/м 3 раза в сутки.

1. Инфузионная терапия:

Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 200 ml

D. S. В/в капельно 3 раза в сутки.

Rp.: Sol. Pentoxiphylini 5,0

D. S. В/в капельно 3 раза в сутки.

Rp.: Sol. Glucosaе 5% 400ml + KCl 4% 20.0

D. S. Вводить внутривенно капельно.

1. С целью профилактики ТЭЛА:

Rp.: Fragmin 5000 ЕД

D.S. 1 раз в сутки подкожно.

1. В пред- и послеоперационном периоде целесообразно назначение препаратов железа с целью лечения ЖДА – в суточной дозе 100- 300 мг: железа сульфат + фолиевая кислота внутрь 1-2 раза в сутки.

Профилактика развития миомы матки.

Профилактика должна включать в себя соблюдение рационального гигиенического режима с периода полового созревания, планирование семьи с исключением инвазивных вмешательств для прерывания беременности, коррекцию гормональных нарушений и адекватное лечение возникающих гинекологических заболеваний и акушерских осложнений.

1. Дневники наблюдения

12.03.13 г.

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура тела – 36,7 С.

Пациентка предъявляет жалобы на незначительную боль в области послеоперационной раны.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 16 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 80 пульсовых волн в минуту стоя и лежа, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Аускультация сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 80 в минуту. Артериальное давление – 125/80 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет.

Режим общий. Пациентка получает инфузионную терапию - Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 200 ml - В/в капельно 3 раза в сутки; Sol. Pentoxiphylini 5,0 - в/в капельно 3 раза в сутки; Sol. Glucosaе 5% 400ml + KCl 4% 20.0 - внутривенно капельно; Fragmin 5000 ЕД - 1 раз в сутки подкожно; антианемические препараты – сульфат железа и фолиевую кислоту.

Отменены обезболивающие и антибиотик.

13.03.13 г.

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура тела – 36,6 С.

Пациентка предъявляет жалобы на легкий зуд в области послеоперационной раны.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 17 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 78 пульсовых волн в минуту стоя и лежа, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Аускультация сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке сердца выслушивается слабый систолический шум; частота сердечных сокращений – 78 в минуту. Артериальное давление – 120/75 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет.

Режим общий. Назначения те же.

14.03.13 г.

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура тела – 36,7 С.

Пациентка жалоб не предъявляет.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Наблюдается улучшение общего состояния.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 16 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 78 пульсовых волн в минуту стоя и лежа, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Аускультация сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 78 в минуту. Артериальное давление – 125/80 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет.

Режим общий. Назначения те же.

* + 1. г.

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура тела – 36,7 С.

Пациентка жалоб не предъявляет.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Наблюдается улучшение общего состояния.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 16 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 78 пульсовых волн в минуту стоя и лежа, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины, артериальная стенка мягкая, ровная, плоская, эластичная. Дефицита пульса нет.

Аускультация сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 78 в минуту. Артериальное давление – 125/80 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет.

Пациентка выписана с улучшением.

1. Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 48 лет, бухгалтер, госпитализирована в гинекологическое отделение роддома № 2 06.03.2013г. в плановом порядке для оперативного лечения. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, недомогание; на периодические, тянущие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструаций.

Из анамнеза заболевания: пациентка считает себя больной с 2009 года, когда у неё открылось сильное кровотечение. Пациентке было выполнено раздельное диагностическое выскабливание. При проведении гистологического исследования была выявлена железистая гиперплазия эндометрия. В 2009 году у пациентки была выявлена миома матки. В октябре 2012 года у пациентки снова открылось кровотечение. Было выполнено РДВ. При проведении гистологического исследования была выявлена ЖГЭ с клеточной атипией. Пациентка была направлена женской консультацией № 2 на обследование в Витебский областной клинический онкологический диспансер. В ВОКОД пациентке рекомендовано оперативное лечение в полном объеме.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное.

При влагалищном исследовании выявлено: своды свободные, глубокие, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, светло-розовая, плотная, центрирована. Наружный зев закрыт, эрозий и изъязвлений нет. Выделения слизистые, незначительные, без запаха. Тело матки расположено в anteversio flexio, величиной около 6 недель беременности, по консистенции плотное, бугристое, безболезненное при пальпации.

Данные ультразвукового исследования (матка расположена правильно (anteflexio), имеет длину 63 мм, толщину 49 мм, ширину 54 мм. Контур матки бугристый. Структура матки неоднородная. Определяется гетерогенность эхогенной структуры миометрия. Отсутствует четкая граница между эндометрием и миометрием. В матке определяются фиброматозные узлы размерами до 28 мм, различной структуры. Полость матки деформирована узлами, четко не прослеживается. Создается впечатление субмукозного узлового образования 22\*14 мм. Правый яичник расположен сбоку от матки, не увеличен. Левый яичник расположен сбоку от матки, не увеличен, с наличием жидкостного образования по типу фолликула размером до 15 мм. Заключение: Миома матки в сочетании с аденомиозом.

Данные лабораторных методов исследования: в общем анализе крови содержание эритроцитов снижено до 2,4 х 1012 /л, содержание гемоглобина снижено до 90 г/л.

На основании основных жалоб пациентки, данных анамнеза заболевания, данных объективного исследования, данных лабораторных и инструментальных исследований пациентке поставлен следующий клинический диагноз:

Основной: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Рецидивирующая ЖГЭ с клеточной атипией.

Осложнение основного: Железодефицитная анемия II ст.

Пациентке было проведено радикальное оперативное лечение. 07.03.13. выполнена лапаротомия нижнесрединным доступом. Экстирпация матки с придатками.

За время пребывания в стационаре пациентка получала получает инфузионную терапию - Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 200 ml - В/в капельно 3 раза в сутки; Sol. Pentoxiphylini 5,0 - в/в капельно 3 раза в сутки; Sol. Glucosaе 5% 400ml + KCl 4% 20.0 - внутривенно капельно; Fragmin 5000 ЕД - 1 раз в сутки подкожно; антианемические препараты – сульфат железа и фолиевую кислоту.

Состояние пациентки после проведенного лечения улучшилось, 15.03.13 пациентка выписана.

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

Рекомендовано:

- Диспансерное наблюдение у гинеколога ЖК 1 раз в квартал.

- УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

- Соблюдение здорового образа жизни (нормализация сна, рациональное питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, контроль за массой тела).

- Периодический прием витаминов и микроэлементов в зимне-весенний период.