**I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.**

***1.Фамилия,имя,отчество больного:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***2. Дата поступления в стационар:*** 23.04 2008.

***3. Начало курации:*** 28.04.2008. ***окончание курации:*** 02.05.2008.

***4. Пол:*** женский

***5. Возраст:*** 47 лет (24.04.1961)

***6. Профессия:***  продавец

***7.Место работы:*** магазин «Продтовары»

***8. Постоянное место жительства:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***9. Диагноз при поступлении:*** Миома матки больших размеров с ростом

***10. Диагноз клинический:***  Миома матки больших размеров с ростом

***11. Диагноз заключительный клинический:***

***основной*** Миома тела матки с субсерозным

 расположением узлов

 ***осложнения основного*** Отсутствуют.

 ***сопутствующие заболевания*** Гиперполименорея

.

***12. Дата и название операции:***  24.04.2008. Экстирпация матки с

 придатками.

***13. Послеоперационные осложнения:*** Отсутствуют.

***14. Исход болезни:*** Улучшение.

**II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.**

 **Жалобы при поступлении.** При поступлении больная предъявляла жалобы на быстрый рост матки, а также на нарушение менструальной функции в виде увеличения длительности и обильности менструаций.

 **Жалобы в момент курации.** Больная пожаловалась на незначительные боли в области послеоперационного шва.

.

**III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

 Больной себя считает с 2000 года, когда при профессиональном осмотре была обнаружена миома тела матки (4-5 недель беременности), с тех пор она находилась под динамическим наблюдением в районной больнице. Рост матки происходил постепенно и в декабре 2007 года составил 12 недель беременности. С января 2008 года присоединился синдром гиперполименореи. Была направлена Ельниковской ЦРБ в гинекологическое отделение 4 городской клинической больницы на оперативное вмешательство.

**IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ,**

 Родилась 24 апреля 1961 года в семье работников сельского хозяйства в с. Ельники. Семья полная, она - второй ребенок по счету, от беременности протекавшей без патологии. Характер вскармливания – грудной. Росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. В школу пошла с семилетнего возраста, окончила среднюю общеобразовательную школу, затем профессиональное училище. Начала работать с 21 года, по профессии – продавец. На работе действию вредных факторов не подвергается. Материально – бытовые условия удовлетворительные. Питание нормальное, регулярное. Пристрастия к определенным видам продуктов не выявлено.

 *Акушерско-гинекологический анамнез:*

 а) *менструальная функция:* Первые менструации появились в 14 лет, установились сразу. Менструальный цикл 30-дневный. Менструации по 4 дня, регулярные, безболезненные, умеренные. Самочувствие в период mensis удовлетворительное. Изменения характера цикла и течения менструаций после начала половой жизни и родов нет. С января 2008 года менструации удлинились до 8 дней и стали обильными.

 *б) секреторная функция:* Выделение белей не наблюдается.

 *в) половая функция:* Половая жизнь началась с 20 лет в браке. Коитус безболезненный, регулярный, приносит чувство удовлетворения. Контактных кровотечений не было. Контрацептивные средства не применяла.

 *г) детородная функция:* беременность одна, наступила в 1991 году. Заболевания и осложнения в течение беременности пациентка отрицает. Роды не осложненные, произошли в срок. Послеродовый период протекал нормально. Ребенка вскармливала грудью до 7 месяцев. Аборты и выкидыши отрицает. *д) функции смежных органов:* Мочеиспускание свободное, 4-5 раз в сутки, безболезненное, цвет мочи - желтый. Дизурические расстройства отсутствуют. Диурез около 1,5 л.

Стул регулярный, безболезненный, обычного цвета, нормальной консистенции. Запоры и поносы отсутствуют.

 **Наследственность:** Наличие в семье сифилиса, психических заболеваний, болезней обмена, гемофилии, туберкулеза, злокачественных новообразований, алкоголизма пациентка отрицает.

  **Перенесенные заболевания:** В детском возрасте перенесены корь, грипп, ангина, во взрослом – острый обструктивный бронхит.

 **Вредные привычки:** Злоупотребление алкоголем, табаком, наркотическими веществами отрицает.

 **Трансфузионный и иммунологический анамнезы:** Аллергий на лекарственные средства, резкие запахи, пищевые продукты, средства бытовой химии, профессиональные факторы, пыльцу растений не отмечает. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей ранее не проводилось.

**V. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО.**

***ОБЩИЙ ОСМОТР***

 На момент курации состояние больной удовлетворительное, положение в постели активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Возраст по внешнему виду соответствует ее паспортным данным. По типу конституции-нормостеник, тип телосложения-правильный. Рост-160 см, масса тела-62 кг.

 Осанка прямая, походка размеренная, свободная.

*Кожные покровы* бледно-розового цвета, чистые, умеренной влажности и эластичности, тургор кожи в норме. Дермографизм розовый, около 30 сек. Высыпаний, рубцов, расчесов, пигментации, ран, татуировок, следов от ожогов на коже нет. Варикозно расширенные вены и пролежни отсутствуют. Опухоли не определяются. Оволосение – по женскому типу, умеренное, гипертрихоз и алопеция отсутствуют. Ногти овальной формы, розового цвета, ровные, гладкие, исчерченность отсутствует.

*Видимые слизистые оболочки:* слизистая носа розовая, отделяемого нет. Слизистая ротовой полости рта розовая, влажная, гиперсаливации нет. Язык без налета, влажный, сосочки не изменены, отпечатков зубов на краях нет; увеличение языка, язв на его поверхности не определяется. Десны розового цвета, плотные, разрыхленности, язвочек и кровоточивости нет. Склеры не изменены. Конъюнктива чистая, блестящая, влажная. Задняя стенка глотки интенсивно розовой окраски, налетов нет. Миндалины не выходят за пределы небных дужек.

*Подкожно-жировая клетчатка.* Подкожно-жировой слой выражен умеренно и равномерно.Толщина жировой складки на уровне VII-VIII ребра слева между среднеключичной и передней подмышечной линиями – 2 см. Опухолевидные образования, подкожная эмфизема отсутствуют. Периферические отеки не определяются.

*Лимфатические узлы.* Затылочные, заушные, подбородочные, шейные, под- и надключичные, торакальные, локтевые, подмышечные, подколенные лимфатические узлы при пальпации безболезненные, эластичные, подвижные, не увеличены.

 *Мышцы:* развитие мышц туловища и конечностей умеренное, симметричное. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Тонус сгибателей и разгибателей конечностей в норме. Парезов и параличей нет. Мышечная сила умеренная, болезненность при пальпации и контрактуры отсутствуют.

 *Суставы:* суставы обычной конфигурации, кожа над ними не изменена, нормальной температуры и влажности. Деформаций, отеков и припухлостей не определяется. Болезненности при пальпации нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен. Хруста, флюктуации нет.

*Щитовидная железа.* Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации. Тремора рук и век не наблюдается. Глазные симптомы-Грефе, Кохера, Мебиуса, Штельвага, экзофтальм отсутствуют.

*Молочные железы.* Молочные железы полушаровидной формы, с заметно возвышающимися сосками темно-коричневого цвета, в жировой ткани желез прощупывается значительное количество паренхиматозных долек. Консистенция молочных желез мягкая, уплотнений в ткани желез нет.

***ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ***

***Осмотр***

Нос не деформирован. Дыхание носовое свободное.

***Грудная клетка.*** Форма – нормостеническая, деформаций нет. Грудная клетка симметрична, межреберные промежутки не расширены, лопатки расположены на одном уровне; надключичные и подключичные ямки умеренно выражены, симметричны. Эпигастральный угол равен 900.

Тип дыхания – брюшной. Число дыхательных движений – 19 в мин. Дыхание ритмичное, средней глубины. Одышка отсутствует. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Вспомогательные мышцы в акте дыхания участия не принимают.

***Пальпация***

Болезненность при пальпации грудной клетки отсутствует. Эластичность не изменена. Голосовое дрожание умеренное, равномерно на обеих половинах грудной клетки.

***Перкуссия***

***Сравнительная перкуссия.*** На симметричных участках во всех точках легочных полей передней и задней поверхности грудной клетки выявляется ясный легочный звук.

***Топографическая перкуссия.*** Высота стояния верхушек легких с передней поверхности грудной клетки с обеих сторон – на 3 см выше ключиц, сзади верхушки легких – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига с обеих сторон – 6 см.

***Нижние границы легких***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Топографические линии*** | ***Правое легкое*** | ***Левое легкое*** |
| Окологрудинная | V межреберье | - |
| Среднеключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IХ ребро | IХ ребро |
| Лопаточная | Х ребро | Х ребро |
| Околопозвоночная | остистый отросток ХI грудного позвонка | остистый отросток ХI грудного позвонка |

***Подвижность нижнего края легких***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Топографические линии*** | ***Подвижность нижнего края легкого, см*** |
| ***правого*** | ***левого*** |
| **На вдохе** | **На выдохе** | **Суммарно** | **На вдохе** | **На выдохе** | **Суммарно** |
| Среднеключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

***Аускультация***

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям. Хрипы, крепитация и шум трения плевры отсутствуют.

Бронхофония умеренная.

***СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА***

***Осмотр***

 Область сердца не изменена. При осмотре области сердца верхушечный толчок не виден. Сердечный горб не обнаружен. Патологической пульсации в области сердца, в надчревной области нет. Воротник Стокса отсутствует.

***Пальпация***

Верхушечный толчок локализован в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно–ключичной линии, умеренной силы, высоты, формы и резистентности, шириной – 2 см..

Симптом “кошачьего мурлыканья” не определяется. Не выявляется истинной пульсации артерий, симптома Мюссе.

Пульс на лучевых артериях ритмичен; 70 ударов в мин.; симметричен; удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. Сосудистая стенка по характеру мягкая, гладкая.

***Перкуссия***

***Границы относительной тупости сердца***

 ***Правая граница*** *–* IV межреберье, на 1 см кнаружи от правого края грудины.

 ***Левая граница*** *–* V межреберье, на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

 ***Верхняя граница*** *–* на III ребре на 1 см левее левой грудинной линии.

***Границы абсолютной тупости сердца***

 ***Правая граница***– IV межреберье по левому краю грудины.

 ***Левая граница***– V межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

***Верхняя граница*** – на IV ребре по левой окологрудинной линии.

*Конфигурация сердца* нормальная.

*Сосудистый пучок:* правая и левая границы сосудистого пучка находятся во II межреберье по краям грудины. Его поперечник равен 5 см.

*Поперечник* сердца равен 11 см.

***Аускультация сердца***

Тоны сердца ясные, ритм правильный. Раздвоения и расщепления тонов, щелчок открытия митрального клапана, ритм галопа, маятникообразный ритм, эмбриокардия, шум трения перикарда, не выслушиваются. Частота сердечных сокращений – 70 ударов в мин.

Артериальное давление на плечевых артериях обеих рук – 120 и 80 мм рт. ст.

***ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА***

***Осмотр полости рта***

Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, изъязвлений и геморрагий нет. Трещин, налета, высыпаний на слизистой оболочке не выявлено. Десны не кровоточат, не изменены. Имеются кариозные зубы. Миндалины не увеличены, налетом не покрыты. Язык чистый, влажный, не увеличен.

. Глотание свободное, пища легко проходит по пищеводу.

***Осмотр живота***

Живот округлой формы, симметричный, без грыжевых выпячиваний, не вздут. Видимая перистальтика отсутствует. Жидкости в брюшной полости нет. Расширения подкожных вен нет, т.е., симптом “головы медузы” отсутствует. Брюшная стенка подвижна, не напряжена, не принимает участие в акте дыхания. На передней брюшной стенке послеоперационный шов, вокруг которого видна небольшая гиперемия и отечность, отмечается серозное отделяемое.

***Пальпация живота***

***Ориентировочная поверхностная пальпация.*** Брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная. Напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. Симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского) отрицательны. Симптом Менделя отрицательный. Грыжевидные выпячивания, опухоли, расхождение прямых мышц живота отсутствуют.

***Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско:*** выполнить не удалось в связи с наличием послеоперационного шва на передней брюшной стенке.

***Перкуссия***

Над всей поверхностью живота выслушивается тимпанический звук. Наличие свободного газа, свободной жидкости в брюшной полости, зоны высокого тимпанита не определяются.

***Аускультация***

Определяется умеренная кишечная перистальтика. Шум трения брюшины не выслушивается.

***ПЕЧЕНЬ, ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ, ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА***

***Осмотр***

Область правого подреберья не деформирована. Пульсации печени нет. Симптом Курвуазье отрицательный.

***Пальпация***

***Печень:*** нижний край пальпируется у края рёберной дуги, по правой срединно-ключичной линии. Он мягкий, ровный, безболезненный, острый.

***Желчный пузырь*** не пальпируется. Симптомы Ортнера, Василенко, Образцова-Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

***Поджелудочная железа*** не пальпируется.

***Перкуссия***

***Перкуссия печени по Курлову:***

 по правой срединноключичной линии – 9 см

 по передней срединной линии– 8 см;

 по левому краю рёберной дуги – 7 см.

***СЕЛЕЗЕНКА***

***Осмотр***

Область левого подреберья не деформирована, селезенка не выступает.

***Пальпация***

Селезёнкане пальпируется.

***Перкуссия***

Продольный размер – 7 см; поперечный размер – 5 см.

***СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОБРАЗОВАНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ***

При осмотре поясничной области изменения контуров, припухлости и гиперемии кожи не наблюдается.

Почки не пальпируются, мочевой пузырь при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

При перкуссии мочевого пузыря определяется тимпанический звук.

***НЕЙРОПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА***

Сознание ясное, интеллект нормальный, поведение адекватное. Дермографизм розовый, около 30 сек. Психических нарушений нет. Менингеальные симптомы не определяются. При исследовании черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Сухожильные рефлексы в норме, парезов и параличей нет. Чувствительность кожи сохранена.

**VI. МЕСТНЫЙ СТАТУС.**

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

1. **Осмотр:** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Рубцы, кондиломы, опухолевидные образования отсутствуют. Рубцов, деформации промежности не наблюдается. Высота промежности 3 см. Половая щель не зияет. Опускания и выпадения стенок влагалища не выявлено. При осмотре анального отверстия наличие трещин, геморроидальных узлов не определяется.
2. **Исследование с помощью влагалищных зеркал:** Слизистая оболочка влагалища и шейки матки розового цвета, влажная, без эрозий. Наружный зев имеет вид поперечной щели. Выделения слизистые.
3. **Влагалищное исследование:** Влагалище емкое, аномалий развития нет. Стенки влагалища складчатые, эластичные, без патологических изменений. Своды его умеренно выраженные, свободные. Влагалищная часть шейки матки нормально развитая, цилиндрической формы, расположена по проводной оси малого таза. Длина шейки матки 3 см. Наружный зев закрыт, частично проходим для пальца, имеет форму поперечной щели.

**ДВУРУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ( БИМАНУАЛЬНОЕ ).**

 Тело матки в положении antiflexio, плотное, увеличено до 11-12 недель беременности, безболезненное, с неровными контурами, ограничено в подвижности. Правый яичник пальпируется в правой подвздошной области в виде плотного подвижного безболезненного образования размером 4х2х1.5 см с ровными контурами. Правая маточная труба не пальпируется. Левый яичник пальпируется в левой подвздошной области в виде плотного подвижного безболезненного образования размером 4х2х1.5 см с ровными контурами. Левая маточная труба не пальпируется. Связочный аппарат симметричный, безболезненный, растяжимый, без уплотнений. Околоматочная клетчатка не пальпируется. Тазовая брюшина не раздражена. Исследование через прямую кишку не проводилось.

**Ректальное исследование.**

Тонус сфинктера нормальный. При пальпации стенки кишки эластичные, безболезненные. Слизистая оболочка обычного цвета. Сфинктер без особенностей, просвет кишки свободный. При осмотре следов на перчатке слизистые выделения обычного цвета.

**VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

 ***Основное заболевание***  Миома тела матки с субсерозным

 расположением узлов

 ***осложнения основного*** ***заболевания*** Отсутствуют

 ***сопутствующие заболевания*** Гиперполименорея

**VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.**

1. Общий анализ крови.

2. Биохимическое исследование крови (общий белок и белковые фракции, холестерин, мочевина, креатинин, билирубин, протромбиновый индекс, фибриноген, аланиновая трансаминаза, аспарагиновая трансаминаза, СРБ, серомукоид).

3. Анализ крови на сахар.

4. Анализ крови на RW и ВИЧ.

5. Общий анализ мочи.

6. Анализ кала на яйца гельминтов.

7. Анализ крови на HBsAg и HCVAg.

8. Мазок на степень чистоты (из заднего свода влагалища).

9. Мазок на гонококки (из уретры, цервикального канала, прямой кишки).

10. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала.

 11. Мазок на онкоцитологию из влагалищной части шейки матки.

 12. Тесты функциональной диагностики (цитологическое исследование влагалищных мазков, симптом «зрачка» и симптом «листа папоротника», симптом натяжения слизи, измерение базальной температуры).

13. Ультразвуковое исследование

14. Гистероскопия.

15. Гистеросальпингография.

16. Внутриматочная флебография.

17. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

18. Пневмопельвиография.

19. Кольпоскопия.

20. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

 21. Электрокардиография.

22. ЦДС сосудов нижних конечностей.

**IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ**

 **ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОЦЕНКА.**

1.Общий анализ крови от 23.04.2008.

Гемоглобин 120 г/л

Лейкоциты 13\*10^9/л

Эозинофилы 4%

Нейтрофилы палочкоядерные 6%

 сегментоядерные 80%

Лимфоциты 25%

Моноциты 10%

СОЭ 24 мм/ч

Заключение. Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

 2. Биохимический анализ крови от 23.04.2008.

Общий белок 67 г/л

Холестерин 4,9 ммоль/л

Мочевина 3,0 ммоль/л

Креатинин 0,056 ммоль/л

Билирубин общий 10,5 ммоль/л

 прямой нет

 непрямой 10.5 ммоль/л

Аланиновая трансаминаза 0,42 мкмоль/ч\*л

Аспарагиновая трансаминаза 0,22 мкмоль/ч\*л

Протромбиновый индекс 99%

Фибриноген 2,22 г/л

Заключение. Патологических изменений не выявлено.

 3. Анализ крови на сахар от 23.04.2008.

Сахар крови – 5.3 ммоль/л

Заключение. Сахар крови в норме.

 4. Анализ крови на RW и ВИЧ от 23.04.2008.

Заключение. Реакции отрицательные.

 5. Общий анализ мочи от 23.04.2008.

Удельный вес 1018

Белок отр.

Реакция кислая

Эпителий плоский 0-1 в п. зр.

Лейкоциты 0-2 в п. зр.

Заключение. Патологических изменений не выявлено.

 6. Анализ кала на яйца гельминтов от 23.04.2008.

Заключение. Яйца гельминтов не обнаружены.

 7. Мазок на гонококки от 23.04.2008.

Гонококки отр.

Прочие бактерии +/-

Из шейки матки: Лейкоциты – 10-11

 Эпителий - цилиндрический

 Слизь – отр.

 Трихомонады – отр.

Из уретры: Лейкоциты – 11-12

 Эпителий - цилиндрический

 Слизь – отр.

 Трихомонады – отр.

Заключение. Патологических изменений не выявлено.

 8. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала от 24.04.2008.

Заключение. Цитограмма без особенностей.

 9. Мазок на онкоцитологию из влагалищной части шейки матки 24.04.2008.

Заключение. Цитограмма без особенностей.

 10. Электрокардиография от 23.04.2008.

Заключение. Синусовый ритм. ЧСС – 70/мин. Электрическая ось сердца в норме.

 11. ЦДС сосудов нижних конечностей от23.04.2008.

Заключение. Патологии магистральных артерий и вен не выявлено.

**X. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.**

 ***Основное заболевание*** Миома тела матки с субсерозным

 расположением узлов

 ***осложнения основного*** ***заболевания*** Отсутствуют.

 ***сопутствующие заболевания*** Гиперполименорея

 Данный диагноз выставлен на основании:

**1. Жалоб больной** на быстрый рост матки, а также на нарушение менструальной функции в виде увеличения длительности и обильности менструаций.

**2. Анамнеза заболевания.** В 2000 году при профессиональном осмотре была обнаружена миома тела матки (4-5 недель беременности), с тех пор она находилась под динамическим наблюдением в районной больнице. Рост матки происходил постепенно и в декабре 2007 года составил 12 недель беременности. С января 2008 года присоединился синдром гиперполименореи.

**3. Акушерско- гинекологического анамнеза.** Первые менструации появились в 14 лет, установились сразу. Менструальный цикл 30-дневный. Менструации по 4 дня, регулярные, безболезненные, умеренные. Самочувствие в период mensis удовлетворительное. Изменения характера цикла и течения менструаций после начала половой жизни и родов нет. С января 2008 года менструации удлинились до 8 дней и стали обильными.

**4. Данных бимануального исследования.** Тело матки в положении antiflexio, плотное, увеличено до 11-12 недель беременности, безболезненное, с неровными контурами, ограничено в подвижности. Правый яичник пальпируется в виде плотного подвижного безболезненного образования размером 4х2х1.5 см с ровными контурами. Правая маточная труба не пальпируется. Левый яичник пальпируется в виде плотного подвижного безболезненного образования размером 4х2х1.5 см с ровными контурами. Левая маточная труба не пальпируется. Связочный аппарат симметричный, безболезненный, растяжимый, без уплотнений. Околоматочная клетчатка не пальпируется. Тазовая брюшина не раздражена.

**5. Данных дополнительных методов исследования.** Общим анализом крови выявлены лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ. В мазке на гонококки из уретры и шейки матки гонококки не выявлены. Цитограммы мазков на онкоцитологию из цервикального канала и влагалищной части шейки матки без особенностей.

**XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

 В связи со схожестью клинической картины в дифференциально-диагностический ряд выставляются хронический эндометрит, саркома матки.

 Сходство клинической картины хронического эндометрита и имеющейся у данной больной проявляется в следующем:

1. Длительные и обильные менструации (гиперполименорея) ;
2. Увеличение и уплотнение матки;
3. Ограничение подвижности матки;
4. Наличие признаков воспалительного процесса в общем анализе крови (лейкоцитоз, нейтрофилия, ускорение СОЭ ).

 В пользу миомы матки свидетельствуют:

 1. Жалобы больной на быстрый рост матки;

 2. Отсутствие характерных для эндометрита ациклических кровотечений, гнойных и гнойно-кровянистых белей с неприятным запахом;

 3. Нет болевого синдрома (при хроническом эндометрите боль внизу живота, в крестце и пояснице);

 4. Отсутствуют признаки раздражения тазовой брюшины;

 5. Восьмилетний анамнез миомы матки;

 6. Тело матки значительно увеличено, с неровными контурами, безболезненно;

 7. Цервикальный канал закрыт (при эндометрите – нередко открыт);

Сходство клинической картины саркомы матки и имеющейся у данной больной проявляется в следующем:

1. Маточные кровотечения;
2. Жалобы больной на быстрый рост матки;
3. Малосимптомное течение заболевания;
4. Нет болевого синдрома;
5. Увеличение и уплотнение матки;
6. Ограничение подвижности матки;
7. Повышение СОЭ.

 В пользу миомы матки свидетельствуют:

 1. Кровотечения носят циклический характер (при саркоме - ациклический);

 2. Отсутствие характерных для саркомы матки обильных водянистых белей с неприятным запахом, интоксикации, кахексии, анемии, не связанной с кровотечением, асцита;

 3. Восьмилетний анамнез миомы матки

 4. Ректальное исследование не выявило патологических изменений: Тонус сфинктера нормальный. При пальпации стенки кишки эластичные, безболезненные. Слизистая оболочка обычного цвета. Сфинктер без особенностей, просвет кишки свободный. При осмотре следов на перчатке слизистые выделения обычного цвета.

 5. Цитограммы мазков на онкоцитологию из цервикального канала и влагалищной части шейки матки без особенностей.

**XII. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

 Миома матки – доброкачественное, гормонально-зависимое опухолевидное образование, развивающееся из гладкомышечных элементов.

 Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени не решен. Полагают, что в ее развитии важную роль играет гиперэстрогения. Бактериологические исследования фиброзированных миоматозных узлов указывают на значительное повышение количества ассоциированной микробной флоры в них по сравнению с окружающими неизмененными тканями. Морфологические исследования показали скопления укрупненных гладкомышечных клеток вокруг воспалительных инфильтратов в миометрии.

 В связи с особенностями гормональной рецепции в узлах миома матки может возникать и расти при нормальном уровне половых гормонов в крови. Экстрацеллюлярный матрикс, вырабатывающийся при повреждении клеточных мембран в миометрии, лежит в основе формирования миомы матки за счет синтеза тканевых факторов роста и делает ее гормонально-восприимчивой в повышенной степени из-за концентрации и трансформации эстрогенных и прогестероновых рецепторов в участках повреждения. Поэтому миома матки может рассматриваться как пролиферат, отграничивающий, в частности, хронические воспалительные очаги в миометрии и становящийся гормонально-зависимым в связи с изменением в нем рецепции к половым гормонам.

 В патогенезе миомы матки играют определенную роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции. Точкой приложения повреждающего фактора является сосудистая стенка. Развитие миогенной гиперплазии происходит, в основном, в местах наиболее сложных переплетений маточных волокон. Факторами индуцирующими локальную гипертрофию миометрия, являются гипоксия и развивающиеся нарушения микроциркуляции. Одновременно с ростом узлов миомы происходит нарастание массы окружающего миометрия, причем темп роста опухоли опережает темп увеличения мышечных слоев. Миоматозные узлы не имеют капсулы, являясь гипертрофированным мышечным слоем, аномальным пластом миометрия.

 Логическую цепочку патогенеза миомы матки можно представить следующим образом: возрастные изменения гемодинамики внутренних половых органов у женщин с неблагоприятным фоном приводит к локальной гипоксии миометрия. Происходит дифференцировка камбиальных клеток гладкомышечной ткани миометрия с приобретением ими способности к пролиферации, образованная ткань продолжает пролиферировать под действием половых гормонов. Рост и регрессия миомы эстрогензависимы, т. к. увеличение размеров опухоли наблюдается во время беременности и уменьшение – в постменопаузе.

**Предоперационный эпикриз.**

 В связи с быстрым ростом, большими размерами и субсерозным расположением опухоли больной показана операция: Экстирпация матки с придатками.

 В качестве предоперационной подготовки проведены опорожнение кишечника (вечером и утром перед операцией поставлены очистительные клизмы), непосредственно перед операцией катетером выведена моча, произведено бритье волос наружных половых органов. Влагалище перед операцией спринцуют, обрабатывают спиртом и 5% настойкой йода. Влагалищную часть шейки матки также обрабатывают 5% настойкой йода. Влагалище тампонируют стерильным бинтом, конец которого выводят за пределы половой щели и берут на зажим.

 Вид обезболивания: интубационный наркоз.

 Степень риска оперативного вмешательства – I (небольшой).

Оперативный доступ: Нижнесрединная лапаротомия.

Согласие больной на оперативное вмешательство получено.

**XIII. ЛЕЧЕНИЕ.**

 1. Режим – постельный.

1. Диета – стол № 15. Из рациона исключают избыток углеводов и жиров, употребление алкоголя, ограничивают острые, жареные, соленые блюда, шоколад.

Рекомендовано употребление овощей и фруктов как в сыром, так и в вареном виде, их соки, диетическое мясо (баранина), филе морских рыб, паровые котлеты.

1. Медикаментозная терапия

А) С антибактериальной целью:

 Rp.: Cefazolini sodii 1,0

 D.S. По 1,0 в/м 3 раза в день, предварительно растворив содержимое флакона в 3 мл стерильной воды для инъекций.

Механизм действия: Цефалоспорины проявляют бактерицидное действие, которое связано с повреждением клеточной мембраны бактерий (подавление синтеза пептидогликанового слоя), находящихся в стадии размножения, и высвобождением аутолитических ферментов, что приводит к их гибели.

Б) С целью улучшения микроциркуляции:

 Rp.: Sol. Ac. Nicotinici 1% - 1 ml in amp.

 D.S. По 1 мл 1 раз в день в/м.

Механизм действия: Никотиновая кислота и ее амид представляют собой простетическиее группы ферментов – кодегидразы I ( НАД) и кодегидразы II (НАДФ), являющихся переносчиками водорода и осуществляющих окислительно-восстановительные процессы, тканевое дыхание, углеводный и жировой обмен.

В) С антиагрегантной целью:

 Rp.: Tab. Trombo ASS 0,1

 D.S. По 1 таблетке 1 раз в день не разжевывая.

Механизм действия: Ингибирование спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов.

 Г) С общеукрепляющей целью:

 Rp.: Sol. Ac.ascorbinici 5% - 2 ml in amp.

 D.S. По 2 мл 1 раз в день в/м.

 Механизм действия: Регулирует транспорт водорода во многих биохимических реакциях, улучшает использование глюкозы в цикле трикарбоновых кислот, участвует в синтезе тетрагидрофолиевой кислоты, стероидных гормонов, коллгена и проколлагена, в регенерации тканей. Способствует поддержанию коллоидного состояния межклеточного вещества и нормальной проницаемости капилляров (вследствие угнетения активности гиалуронидазы). Участвует в обмене холестерина; усиливает детоксикационную и белковосинтезирующую функцию печени, благоприятствует накоплению в печени гликогена и образованию тромбина.

 Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1 ml in amp.

 D.S. По 1 мл в/м 1 раз в день.

#

Чередовать с:

Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 2,5% - 1 ml in amp.

S. По 1 мл в/м 1 раз в день.

 Механизм действия thiamini chloridi: является коферментом различных декарбоксилаз, участвует в метаболизме пирувата , кетоглутарата и играет важную роль в метаболизме глюкозы; защищает мембраны клеток от токсического воздействия продуктов перекисного окисления.

Механизм действия рyridoxini hydrochloride: Фосфорилируясь, превращается в пиридоксаль-5-фосфат и входит в состав ферментов, осуществляющих декарбоксилирование и переаминирование аминокислот. Пиридоксин активно участвует в обмене триптофана, метионина, цистеина, глютаминовой и других аминокислот. Он также играет роль в обмене гистамина, витамина В12 и фолиевой кислоты.

**XIV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ.**

 28.04.2008. Больная предъявляет жалобы на незначительную боль в области послеоперационного шва.

 При осмотре на повязке незначительное количество серозно-кровянистого отделяемого, вокруг послеоперационного шва небольшая гиперемия и отечность.

 Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, умеренной влажности и эластичности. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 70 ударов в мин. Артериальное давление на плечевых артериях обеих рук – 120 и 80 мм рт. ст. Пульс симметричный, умеренного наполнения и напряжения. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям. Хрипы, крепитация и шум трения плевры отсутствуют. Частота дыхательных движений 19/мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационного шва. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

 Назначенное лечение: Режим постельный, Диета стол № 15. Медикаментозная терапия: Cefazolini sodii 1,0, по 1,0 в/м 3 раза в день, предварительно растворив содержимое флакона в 3 мл стерильной воды для инъекций;Sol. Ac. Nicotinici 1% - 1 ml, по 1 мл 1 раз в день в/м; Tab. Trombo ASS 0,1, по 1 таблетке 1 раз в день не разжевывая; Sol. Ac.ascorbinici 5% - 2 ml, по 2 мл 1 раз в день в/м; Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день, чередовать с Sol. Pyridoxini hydrochloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день.

 В связи с назначенным лечением больная отмечает улучшение состояния в виде уменьшения интенсивности боли.

30.04.2008. Больная предъявляет жалобы на незначительную боль в области послеоперационного шва.

 При осмотре на повязке незначительное количество серозного отделяемого, вокруг послеоперационного шва небольшая гиперемия.

 Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, умеренной влажности и эластичности. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 70 ударов в мин. Артериальное давление на плечевых артериях обеих рук – 120 и 80 мм рт. ст. Пульс симметричный, умеренного наполнения и напряжения. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям. Хрипы, крепитация и шум трения плевры отсутствуют. Частота дыхательных движений 19/мин. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в области послеоперационного шва. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

 Назначенное лечение: Режим постельный, Диета стол № 15. Медикаментозная терапия: Cefazolini sodii 1,0, по 1,0 в/м 3 раза в день, предварительно растворив содержимое флакона в 3 мл стерильной воды для инъекций;Sol. Ac. Nicotinici 1% - 1 ml, по 1 мл 1 раз в день в/м; Tab. Trombo ASS 0,1, по 1 таблетке 1 раз в день не разжевывая; Sol. Ac.ascorbinici 5% - 2 ml, по 2 мл 1 раз в день в/м; Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день, чередовать с Sol. Pyridoxini hydrochloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день.

 В связи с назначенным лечением больная отмечает улучшение состояния в виде уменьшения интенсивности боли.

02.05.2008. Больная жалоб не предъявляет.

 При осмотре повязка сухая, чистая. незначительное количество серозного отделяемого, вокруг Послеоперационный шов слегка гиперемирован.

 Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, умеренной влажности и эластичности. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 70 ударов в мин. Артериальное давление на плечевых артериях обеих рук – 120 и 80 мм рт. ст. Пульс симметричный, умеренного наполнения и напряжения. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям. Хрипы, крепитация и шум трения плевры отсутствуют. Частота дыхательных движений 19/мин. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в области послеоперационного шва. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

 Назначенное лечение: Режим постельный, Диета стол № 15. Медикаментозная терапия: Cefazolini sodii 1,0, по 1,0 в/м 3 раза в день, предварительно растворив содержимое флакона в 3 мл стерильной воды для инъекций;Sol. Ac. Nicotinici 1% - 1 ml, по 1 мл 1 раз в день в/м; Tab. Trombo ASS 0,1, по 1 таблетке 1 раз в день не разжевывая; Sol. Ac.ascorbinici 5% - 2 ml, по 2 мл 1 раз в день в/м; Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день, чередовать с Sol. Pyridoxini hydrochloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день.

**XV. ЭПИКРИЗ.**

 Алешкина А. И., 1961 г. р. находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении 4 городской клинической больницы с диагнозом: Миома тела матки с субсерозным расположением узлов. Гиперполименорея. Поступила в больницу по направлению Ельниковской ЦРБ в плановом порядке с жалобами на быстрый рост матки, а также на нарушение менструальной функции в виде увеличения длительности и обильности менструаций.

 Из анамнеза заболевания известно, что миома тела матки (4-5 недель беременности) впервые была обнаружена в 2000 году при профессиональном осмотре, с тех пор она находилась под динамическим наблюдением в районной больнице. Рост матки происходил постепенно и в декабре 2007 года составил 12 недель беременности. С января 2008 года присоединился синдром гиперполименореи.

 Акушерско-гинекологический анамнез:

Первые менструации появились в 14 лет, установились сразу. Менструальный цикл 30-дневный. Менструации по 4 дня, регулярные, безболезненные, умеренные. Самочувствие в период mensis удовлетворительное. Изменения характера цикла и течения менструаций после начала половой жизни и родов нет. С января 2008 года менструации удлинились до 8 дней и стали обильными.

 Половая жизнь началась с 20 лет в браке. Коитус безболезненный, регулярный, приносит чувство удовлетворения. Контактных кровотечений не было. Контрацептивные средства не применяла.

беременность одна, наступила в 1991 году. Заболевания и осложнения в течение беременности пациентка отрицает. Роды не осложненные, произошли в срок. Послеродовый период протекал нормально. Ребенка вскармливала грудью до 7 месяцев. Аборты и выкидыши отрицает.

 При объективном обследовании выявлено: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Настроение спокойное. Телосложение правильное, рост-160 см, масса тела – 62кг. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, нормальной влажности и эластичности, целостность сохранена. Подкожно-жировая клетчатка однородной консистенции, выражена умеренно, отеков и пастозности нет. Слизистые оболочки чистые, розовые. Язык влажный, без налета.

При исследовании сердечно-сосудистой системы: визуально область сердца не изменена. При пальпации верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1.5 см кнутри от левой срединноключичной линии. Перкуторные границы сердца в норме. При аускультации выслушивается: тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 70 ударов в мин.Артериальное давление на плечевых артериях обеих рук – 120 и 80 мм рт. ст.

Со стороны дыхательной системы: дыхание свободное, грудная клетка симметричная, при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание не усилено, границы легких не изменены. При перкуссии: перкуторный звук ясный, легочный по всем легочным полям. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям. Хрипы, крепитация и шум трения плевры отсутствуют.

При осмотре живота на передней брюшной стенке виден послеоперационный шов, вокруг которого видна небольшая гиперемия и отечность, отмечается серозное отделяемое. Брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная. Напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

 При обследовании мочевыделительной системы, костно-суставной, эндокринной, кроветворной и нервной систем патологических изменений не выявлено.

 При гинекологическом исследовании выявлено: Влагалище емкое, аномалий развития нет. Стенки влагалища складчатые, эластичные, без патологических изменений. Своды его умеренно выраженные, свободные. Влагалищная часть шейки матки нормально развитая, цилиндрической формы, расположена по проводной оси малого таза. Длина шейки матки 3 см. Наружный зев закрыт, частично проходим для пальца, имеет форму поперечной щели.

 Тело матки в положении antiflexio, плотное, увеличено до 11-12 недель беременности, безболезненное, с неровными контурами, ограничено в подвижности. Правый яичник пальпируется в виде плотного подвижного безболезненного образования размером 4х2х1.5 см с ровными контурами в правой подвздошной области. Правая маточная труба не пальпируется. Левый яичник пальпируется в виде плотного подвижного безболезненного образования размером 4х2х1.5 см с ровными контурами в левой подвздошной области. Левая маточная труба не пальпируется. Связочный аппарат симметричный, безболезненный, растяжимый, без уплотнений. Околоматочная клетчатка не пальпируется.

 Проведены следующие дополнительные исследования: 1.Общий анализ крови от 23.04.2008.Гемоглобин 120 г/л, Лейкоциты 13\*10^9/л, Эозинофилы 4%, Нейтрофилы палочкоядерные 6%, сегментоядерные 80%, Лимфоциты 25%, Моноциты 10%, СОЭ 24 мм/ч. Заключение. Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ. 2. Биохимический анализ крови от 23.04.2008.Общий белок 67 г/л, Холестерин 4,9 ммоль/л, Мочевина 3,0 ммоль/л, Креатинин 0,056 ммоль/л, Билирубин общий 10,5 ммоль/л, прямой нет, непрямой10.5 ммоль/л,

Аланиновая трансаминаза 0,42 мкмоль/ч\*л, Аспарагиновая трансаминаза 0,22 мкмоль/л\*л,

Протромбиновый индекс 99%, Фибриноген 2,22 г/л. Заключение. Патологических изменений не выявлено. 3. Анализ крови на сахар от 23.04.2008.Сахар крови – 5.3 ммоль/л

Заключение. Сахар крови в норме.4. Анализ крови на RW и ВИЧ от 23.04.2008.

Заключение. Реакции отрицательные. 5. Общий анализ мочи от 23.04.2008. Удельный вес 1018, Белок отр., Реакция кислая, Эпителий плоский 0-1 в п. зр., Лейкоциты 0-2 в п.зр.

Заключение. Патологических изменений не выявлено.6. Анализ кала на яйца гельминтов от 23.04.2008. Заключение. Яйца гельминтов не обнаружены. 7. Мазок на гонококки от 23.04.2008. Гонококки отр., Прочие бактерии +/- , Из шейки матки: Лейкоциты – 10-11,

Эпителий - цилиндрический, Слизь – отр., Трихомонады – отр., Из уретры: Лейкоциты – 11-12, Эпителий - цилиндрический, Слизь – отр., Трихомонады – отр. Заключение. Патологических изменений не выявлено.8. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала от 24.04.2008. Заключение. Цитограмма без особенностей. 9. Мазок на онкоцитологию из влагалищной части шейки матки 24.04.2008. Заключение. Цитограмма без особенностей. 10. Электрокардиография от 23.04.2008. Заключение. Синусовый ритм. ЧСС – 70/мин. Электрическая ось сердца в норме. 11. ЦДС сосудов нижних конечностей от23.04.2008. Заключение. Патологии магистральных артерий и вен не выявлено.

 На основании жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективного и гинекологического обследования, данных лабораторно-инструментальных методов исследования выставлен клинический диагноз: ***Основное заболевание*** Миома тела матки с субсерозным

 расположением узлов

 ***осложнения основного*** ***заболевания*** Отсутствуют

 ***сопутствующие заболевания*** Гиперполименорея

Проведенное в стационаре лечение: Оперативное вмешательство: Экстирпация матки с придатками. Режим постельный, Диета стол № 15. Медикаментозная терапия: Cefazolini sodii 1,0, по 1,0 в/м 3 раза в день, предварительно растворив содержимое флакона в 3 мл стерильной воды для инъекций;Sol. Ac. Nicotinici 1% - 1 ml, по 1 мл 1 раз в день в/м; Tab. Trombo ASS 0,1, по 1 таблетке 1 раз в день не разжевывая; Sol. Ac.ascorbinici 5% - 2 ml, по 2 мл 1 раз в день в/м; Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день, чередовать с Sol. Pyridoxini hydrochloridi 2,5% - 1 ml, по 1 мл в/м 1 раз в день.

 Больная выписана с улучшением состояния 05.05.2008. под наблюдение гинеколога по месту жительства.

Прогноз основного заболевания - благоприятный

 Прогноз жизни - благоприятный

Прогноз трудоспособности - благоприятный

**Рекомендации при выписке.**

1. Здоровый образ жизни, соблюдение режима трудовой деятельности.
2. Полноценное высококалорийное витаминизированное питание.
3. Наблюдение у гинеколога по месту жительства.
4. Явка за результатами гистологического исследования операционного материала.

**XVI. ЛИТЕРАТУРА.**

1. Василевская Л.Н. Гинекология / Серия «Учебники, учебные пособия». Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 576 с.

2. Гинекология: Учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Брусенко – М.:ГЭОТАР-МЕД, 2004-480 с.

3. Васильченко Н.П. Клинико-физиологическое обоснование тактики хирургического лечения больных миомой матки: дис. …д-ра мед наук, М.,1989 – 268 с.

4. Справочник практикующего врача / Под ред-й А.И. Воробьева. – М.: Эксмо, 2007. -1200 с.

5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. – 15-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: ООО “Издательство Новая Волна”, 2005. - 1200 с.