**I. Паспортная часть**

1.Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Возраст: 22/09/72 (40 лет)

3.Место работы, профессия: почтальон

4.Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.Дата и время поступления в стационар: 04.03.13

6.Кем направлена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Госпитализирована в стационар в плановом порядке

8.Диагноз при поступлении в стационар: Миома матки больших размеров

9.Диагноз заключительный клинический: Множественная миома матки больших размеров. Быстрый рост

10. Хирургическая операция - Лапаротомия: ампутация матки, метод обезбаливания: эндотрахеальный наркоз.

**II. Жалобы на момент курации**

**На момент поступления**: на тянущие боли внизу живота, ощущение округлого образования внизу живота.

**На момент курации**: не предъявляет.

**III. История развития настоящего заболевания**

Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые диагностировали миому матки на профосмотре. Была поставлена на диспансерный учет, постоянно наблюдалась у гинеколога. В промежутке с ноября 2012 года по январь 2013 года наблюдался рост миомы матки (около 6 недель беременности), матка соответствует 16-17 неделям беременности. Появились тянущие боли внизу живота, обильные и болезненные менструации. Пациентка была направлена для плановой госпитализации в гинекологическое отделение роддома №2 для оперативного лечения.

**IV. Анамнез жизни**

Наследственный анамнез не отягощён.

Из перенесённых заболеваний отмечает простудные. Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз отрицает.

В 2008 году холецистэктомия. Гемотрансфузии не проводились.

Аллергологический анамнез не отягощён. Вредные привычки отрицает.

**Акушерско-гинекологический анамнез.**

**Гинекологический статус**

Первые менархе появились в 14лет, установились в течении года. Длительность менструального цикла - 22 дня, продолжительность менструаций - 5 дней, умеренные безболезненные. Последние полгода менструации болезненные обильные, со сгустками. Дата последней менструации – 25.02.13.

Характер выделений из половых путей: умеренные выделения, периодические, светлые, без запаха, слизистые, не раздражают окружающие ткани.

**Половая жизнь:** половую жизнь начала в 19 лет. Случайные половые связи отрицает. Болей при половом сношении, контактных кровотечений нет. Состоит в браке, живет регулярной половой жизнью с 20 лет. Контрацептивы не принимала, использовали презервативы. Муж здоров.

В 1994 году наступила первая беременность, закончилась родами. Роды естественные, без осложнений. Родился здоровый ребенок. Послеродовый период без осложнений.

В 1998 году вторая беременность, закончилась родами. Роды естественные, была произведена эпизиотомия. Ребёнок родился здоровым. Послеродовой период без осложнений.

В последующем было 2 беременности, которые закончились вакуумом (2000,2001гг.).

Перенесенные гинекологические заболевания: состоит на диспансерном учете по поводу миомы матки.

**V.Объективное обследование**

Сознание ясное. Положение пациентки активное. Телосложение – нормостеническое. Рост-164см., вес-55 кг.

Кожный покров чистый, светло-розового цвета, тургор нормальный; сыпи, ссадин, кровоподтёков нет. Видимые слизистые увлажнены, розового цвета, без язв и эрозий

.

**Исследование молочных желез**: молочные железы округлой формы, при пальпации безболезненные, мягкой консистенции, без очаговых и диффузных уплотнений. Кожный покров над железами не изменён, патологические образования, сыпь отсутствуют. Сосок не втянут, патологических выделений нет.

Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации, без узловых образований, эластичной консистенции. Подчелюстные, шейные, затылочные, подключичные, надключичные, подмышечные лимфоузлы при пальпации не определяются. Отёки, варикозное расширение вен отсутствуют.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание.

При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные, шумов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, частота – 76 в минуту. АД 120/80.

Живот при осмотре увеличен в объемах за счет опухоли матки, при пальпации мягкий, безболезненный.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

**Гинекологический статус**

Осмотр наружных половых органов: оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Слизистая входа во влагалище розовая, чистая. Уретра, параутетральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища без особенностей. Опущений передней, задней стенки влагалища нет.

In speculum: слизистая влагалища ярко-розовая. Шейка матки конической формы, чистая. Наружный зев щелевидный, закрыт. Выделения светлые, слизистые.

Per vaginum: влагалище узкое, своды глубокие, безболезненные. Шейка матки конической формы, укорочена до 1 см, центрирована, плотная, канал закрыт, не пропускает кончик пальца. Матка в положении anteversio flexio, величина 16-17 недель, плотная, бугристая, умеренно подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Смещение за шейку матки безболезненно. Крестцово-маточные связки и параметрий не изменены.

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

**VI. Данные инструментального исследования**

УЗИ органов малого таза от 4.03.13

матка в положении anteversio flexio, размерами 149\*108\*145. миометрий не однородный за счет миоматозного узла по передней стенке 74\*73 мм, по задней стенке узел 56\*46 мм. полость матки деформированна. Эндометрий не визуализируется. Левый яичник расположен типично, размеры 25\*21мм, структура однородная, правый яичник размеры 23\*18, структура однородная. свободной жидкости нет

Заключение: множественная миома матки больших размеров

**VII.Клинический диагноз**

 На основании:

1. жалоб пациентки на: тянущие боли внизу живота, ощущение округлого образования внизу живота, обильные и болезненные менструации.

2. данных анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые диагностировали миому матки на профосмотре. Была поставлена на диспансерный учет, постоянно наблюдалась у гинеколога. В промежутке с ноября 2012 года по январь 2013 года наблюдался рост миомы матки (около 6 недель беременности), матка соответствует 16-17 неделям беременности. Появились тянущие боли внизу живота, обильные и болезненные менструации. Пациентка была направлена для плановой госпитализации в гинекологическое отделение роддома №2 для оперативного лечения.

4. данных влагалищного исследования: матка в положении anteversio flexio, величина 16-17 недель, плотная, бугристая, умеренно подвижная, безболезненная.

5. данных инструментальных методов исследования: УЗИ органов малого таза от 4.03.13 Заключение: множественная миома матки больших размеров.

Можно выставить клинический диагноз: Множественная миома матки больших размеров. Быстрый рост.

**IX. Лечение и профилактика**

Показания к оперативному лечению: Множественная миома матки больших размеров (свыше 12 недель беременности). Быстрый рост (свыше 4 недель за год).

Оперативное лечение (5.03.13) – Лапаротомия. Ампутация матки.

Предоперационная подготовка

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

Вводный наркоз- тиопентал Nа 300 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% - 75 мг (1,5 мл)

Р-р Рингера 400 мл внутривенно

Sol. NaCl 0,9% - 400 мл внутривенно

Послеоперационное лечение:

- стол 0 ( в течении первых суток после операции)

- обезболивающая терапия: промедол 2% 1,0 п/к на три дня по одной инъекции.

- инфузионная терапия: Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% - 900 в/в капельно

- с целью поофилактики гнойно-септических заболеваний: цефазолин 1,0 в/в

- с целью профилактики ТЭЛА - фрагмин 5000 Ед 1 р/сут п/к

- витаминотерапия: Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 1 ml в/м 2 раза в день, Sol.Tiamini chloridi 5% 2 ml по 2 мл в/м 2 раза в день.

- ранняя активация пациентки в кровати – повороты, присаживание, вставание.