**I. Паспортная часть**

1.Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Возраст: 3.12.1965 (47 лет)

3.Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5.Дата и время поступления в стационар: 7.02.2013 г. в 910

6.Кем направлена: врачом женской консультации поликлиника №8

7.Клинический диагноз:

Основной: Субмукозная миома матки

Сопутствующий: Гастрит типа А, стадия ремиссии

Осложнения: ожирение 1 степени

Операция: Выскабливание эндометрия РДВ(7.02.2013г.) Показание: кровоточение

**II. Жалобы на момент курации**

На момент курации пациентка предъявляет жалобы на слабость, кровянистые выделения из половых путей, тянущую боль внизу живота.

**III. История развития настоящего заболевания**

Считает себя больной с 1993 года, когда при профилактическом осмотре была обнаружена миома матки (небольших размеров). С 2007 года менструации стали болезненными обильными, так же появились боли при половом сношении ,периодические тянущие боли внизу живота. В этом же году было отмечено увеличение миоматозных узлов в размере и снижение гемоглабина до 86.

В 1988 году внематочная беременность.

В 2007 году кесарево сечение, стерилизация.

**IV. Анамнез жизни**

Из перенесённых заболеваний отмечает простудные. Перенесённые операции: внематочная беременность в 1988 году, кесарево сечениие, стерилизация в 2007 году. Гемотрансфузий не было. Наследственный анамнез не отягощён. Аллергический анамнез не отягощён. Пациентка не курит, употребляет алкоголь крайне редко. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

**V.Акушерско-гинекологический анамнез**

Менструальная функция: первые менструации появились в 14 лет, установились в течении года. Длительность менструального цикла - 26 дней, продолжительность менструаций - 6 дней, регулярные, обильные, болезненные. Менопауза 2 года.

Секреторная функция: умеренные выделения белые, периодические,без запаха.

Половая функция: половую жизнь начала в 19 лет. Замужем. Половая жизнь нерегулярная. Боли во время полового акта с 2007 года. Методы контрацепции: прерванный половой акт.

Детородная функция: имела четыре беременности:

Первая-в 1985 году - протекала без осложнений и закончилась срочными родами.

Вторая-в 1987году-протекала без осложнений и закончилась срочными родами.

Третья-в 1988году-внематочная беременность.

Четвертая-в 2007году- протекала без осложнений, оперативное родоразрешение – кесарево сечение.

Перенесённые гинекологические заболевания: эрозия шейки матки

**VI.Объективное обследование**

1.Общий осмотр

Сознание ясное. Положение пациентки активное. Телосложение – гиперстеническое. Рост-166см., вес-84 кг. Язык чистый, влажный. Кожный покров чистый, светло-розового цвета, тургор нормальный; сыпи, ссадин, гематом, кровоподтёков нет. Видимые слизистые увлажнены, розового цвета, без язв и эрозий. 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.

2.Исследование молочных желез

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

3.Физические методы исследования экстрагенитальных систем

**Дыхательная система**

Сравнительная перкуссия: над всей проекцией лёгких слышен ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| Нижняя граница: |
| Линии | правое легкое | левое легкое |
| Парастернальная | Верх. Кр. 6 ребра  |  - |
| Медиоклавикулярная | Ниж. Кр. 6 ребра |  - |
| Передняя аксиллярная | Ниж. кр. 7 ребра | Ниж. кр. 7 ребра |
| Средняя аксиллярная | Ниж. Кр. 8 ребра | Ниж. Кр. 8 ребра |
| Задняя аксиллярная | Ниж. Кр. 9 ребра | Ниж. Кр. 9 ребра |
| Лопаточная | Ниж.Кр. 10 ребра | Ниж.Кр. 10 ребра |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |
| Верхняя граница легких: |
| Высота стояния верхушек легких спереди | На 4 см.выше края ключицы | На 4 см.выше края ключицы |
| Высота стояния верхушек легких сзади | Уровень 7 шейного позвонка | Уровень 7 шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 6 см. | 7 см. |

Аускультация легких

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры нет.

Частота дыхания**-**17 в минуту.

**Система кровообращения**

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| 4 межреб-е, 1 см. кнаружи от правого края грудины | 5 межреб-е слева, 1 см. кнутри от срединно-ключичной линии | Уровень верхнего края 3 ребра слева по окологрудинной линии |

Граница абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| 4 меж-е у левого края грудины | 5 меж-е на 1,5см кнутри от срединно-ключичной линии | Уровень нижнего края 4 ребра слева по окологрудинной линии |

Ширина сосудистого пучка 6 см.

Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, 78 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление-120/80 мм.рт.ст. на обеих руках.

**Система пищеварения**

Язык влажный, обложен серовато-белым налётом. Живот обычной формы, наличие асимметрий и местных выпячиваний, видимой перистальтики – нет. При пальпации болезненный в эпигастральной области.

Перкуссия печени

Определение верхней границы абсолютной тупости печени:

правой передней подмышечной линии ниж.кр.7ребра

правой срединно-ключичной линии ниж.кр.6 ребра

правой окологрудинной линии верх.кр. 6ребра

Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:

правой передней подмышечной линии верх.кр.10реб

правой срединно-ключичной линии на уровни нижнего края рёб.дуги

правой окологрудинной линии на 2 см. ниже рёб. дуги

передней срединной линии граница верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком

левой окологрудинной линии нижний край рёберной дуги

Определение размеров печени по Курлову по:

правой срединно-ключичной линии 9см

передней срединной линии 8см

левой реберной дуге 7см

Пальпация печени

Печень пальпируется на уровне края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), нижний край печени мягкий, ровный, закругленный, с гладкой поверхностью, безболезненный.

 Пальпация селезенки

Селезёнка не пальпируется

**Система мочеотделения**

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

**Нервная система**

Сознание ясное. Пациентка ориентирована в месте и времени. Патология со стороны черепно-мозговых нервов не выявляется: обоняние, вкус, зрение слух, координация движений, речь, чтение, письмо не нарушены.

4.Гинекологический статус

Осмотр: оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Уретра, параутетральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища без особенностей.

Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт. Выделения светлые, слизистые.

Мануальное исследование: влагалище свободное, своды свободные, наружный зев закрыт, не пропускает кончик пальца, шейка матки цилиндрическая, плотная.

Бимануальное исследование: Матка в положении anteflexio - anteversio, плотная, бугристая, умеренно подвижная, безболезненная, увеличенная (14-15 неделя беременности). Придатки с обеих сторон не пальпируются. Влагалищные своды глубокие, безболезненные.

**VIII.Предварительный диагноз**

 На основании жалоб пациентки (тянущие боли внизу живота, боль во время половых сношений, обильные болезненные месячные), на основании объективного обследования (матка болезненная с узлом) можно поставить предварительный диагноз: миома матки.

**IX.Дополнительные обследования и лабораторные данные с их оценкой**

*Общий анализ крови 07.02.2013г.*

Эритроциты -3,7 х 1012 /л

гемоглобин -120 г/л

ЦП – 0,97

лейкоциты -5,0 х 109 /л

палочкоядерные -1 %

сегментоядерные -58 %

лимфоциты -26 %

моноциты -14%

СОЭ -11мм/час

*Общий анализ мочи 07.02.2013г.*

цвет соломенно-желтый

реакция кислая

мутность полная

удельный вес 1020

белок, сахар нет

плоский эпителий 2-3 в поле зрения

лейкоциты 1-2 в поле зрения

*Биохимический анализ крови 07.02.2013г.*

Общий белок-61 г/л

Глюкоза-5,4ммоль/л

Мочевина-3,6ммоль/л

Креатинин-75мкмоль/л

Билирубин общий-12,4 мкмоль/л

АлАт-25 Ед/л

АсАт-11 Ед/л

ЩФ- 5,2 Ед/л

*Мазок на онкоцитологию 9.02.2013г.*

Без особенностей

*ЭКГ 9.02.2013г.*

Ритм синусовый,70 ударов в минуту, ЭОС не отклонена

 *УЗИ ТВЭ 3.02.2013г.*

Тело матки в положении anteflexio – anteversio. Размерами 70х67х62 мм (без узла). Структура миометрия неоднородная за счёт субсерозного узла по передней стенке и справа. 101х87х114 без признаков дегенерации. Эндометрий 7 мм, неоднородной структуры.

Правый яичник размерами 21х16мм, обычной структуры.

Левый яичник размерами 20х15 мм,обычной структуры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Миома матки. Патология эндометрия.

*Гистероскопия 7.02.2013г.*

Полость матки деформирована за счёт субмукозно расположенного миоматозного узла, находящегося на передней и правой стенках матки. Диаметр узла 4 см. Слизистая неравномерно окрашена, неравномерной толщины. Сосудистый рисунок не выражен. Устья маточных труб не визуализируются.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Миома матки. Гиперплазия эндометрия.

**X.Клинический диагноз**

Основной: Субмукозная миома матки

Сопутствующий: Ожирение 1 степени.

**XI.Обоснование диагноза и дифференциальная диагностика**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Миома матки | хорионэпителиома | Саркома матки | Прогрессирующая трубная беременность | эндометриоз |  |
| Боль внизу живота | Есть | Есть | Есть | Есть | Есть |  |
| кровотечение | Есть | Есть | Есть | Есть | Есть |  |
| возраст | после 35-40 лет | 20-36 лет | 40-50 лет | Детородного возраста | 35-50 лет |  |
| Нарушение менструального цикла | Обильные,болезненные месечные | Кровотечения могут совпадать с началом очередной менструации. | Циклические и ациклические кровотечения | Отсутствуют месячные | Обильные,болезненные месечные |  |
| Температура тела | 36,6 оС | повышается | 36,6 оС | 36,6 оС | 36,6оС |  |
| Мазок на онкоцитологию | - | + | + | - | - |  |
| УЗИ | Наличие одного или нескольких узлов | Увелич.в размерах матка,с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия и мелкокистозной дегенерацией яичников. | Неоднородная эхогенность и узловая трансформация матки, участки с нарушением питания и некрозом в узлах. | В области придатков матки визуализируется плодное яйцо | Увелич.в размерах матка,с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия и мелкокистозной дегенерацией яичников. |  |
| Перитониальные симптомы | нет | нет | нет | Слабо выраженные | нет |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | аппендицит | цистит | Аднексит | ОКИ | Апоплексия яичника |
| Боль внизу живота | есть | есть | есть | есть | есть |
| кровотечение | - | - |  | - | + |
| возраст | Любой | Любой | 19-48 | Любой | 18-45 |
| Температура тела | 37 | 37-38 | 38 и выше |  | 38 и выше |
| Перитонеал.симптомы | есть | нет | могут быть | нет | Могут быть |
| УЗИ | Повышение контрастности структуры отростка,увеличение его диаметра и утолщение стенки | Утолщение стенки мочевого пузыря | Расширенные маточные трубы |  | В поражённом яичнике большое жёлтое тело с признаками кровоизлияния |
| Мазок на онкоцитологию | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Нарушение менструального цикла | **-** | **-** | Обильные длительные кровотечения. | **-** | **-** |

**XII. Этиология и патогенез**

Фактором развития миомы матки могла послужить стрессовая ситуация в жизни пациентки ,которая привела к нарушению гормонального баланса: повышенная выработка ФСГ и ЛГ на протяжении всего цикла, отсутствие овуляторного пика, увеличение концентрации эстрогенов и снижение содержания прогестерона. Эстрогены в свою очередь стимулируют локальную продукцию полипептидных факторов роста, которые приводят к пролиферации клеток- предшественниц миомы (эти клетки являются по своей сути стволовыми клетками-предшественницами миоцитов миометрия), расположенных вблизи сосудов. Таким образом образуются зоны роста, дающие начало развитию и росту миомотозных узлов.

 В 2007 году увеличение узлов могло спровоцировать оперативное вмешательство на матке(кесарево сечение).

**XIII. Лечение и профилактика**

Оперативное лечение:

7.02.2013 Выскабливание эндометрия РДВ

Консервативная терапия:

-Этамзилат 3,0 в/м (гемостатитик)

-Глюконат кальция 10% 5,0 в/м (регулятор кальциево-фосфорного обмена)

Профилактика: Диета ( снизить количество углеводной пищи), избегать стрессовых ситуаций. Регулярный профилактический осмотр и ультразвуковое исследование органов малого таза.

**XIV.Дневник**

11.02.2013г.

Пациентка жалуется на тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые не изменены. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. ЧСС 69 в минуту. Артериальное давление -120/80мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД-18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул был. Диурез достаточный.

**XV.Прогноз**

Прогноз для жизни благоприятный.

**XVI.Эпикриз**

Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 47 лет, поступила в гинекологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7.02.2013 года по направлению женской консультации поликлиники №8 с диагнозом: миома матки, больших размеров. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на слабость, тянущие боли внизу живота, болезненность при половых сношениях, обильные болезненные месячные. Была обследована клинически, лабораторно и инструментально, после чего был выставлен диагноз: субмукозная миома матки. 7.02.2013г. было произведено выскабливание эндометрия РДВ. Выписана 13.02.2013г. Прогноз для жизни благоприятный.