ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

*ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ВОЗРАСТ*: 46 года

*НАЦИОНАЛЬНОСТЬ*: русская

*ПРОФЕССИЯ*: комбинат «Сура», рабочая

*ДОМАШНИЙ АДРЕС*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ И БЫТОВЫЕ ВРЕДНОСТИ: отрицает

*СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*: замужем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ДАТА*  *ПОСТУПЛЕНИЯ*: 26.03.2001г.

*НАПРАВЛЕНА*: МСЧ «Электровыпрямитель»

## ЖАЛОБЫ

Предъявляет жалобы на обильные длительные менструации (8-9 дней); сильные боли внизу живота, появляющиеся за 1-2 дня до начала очередной менструации, прекращающиеся в межменструальный период; слабость, головокружение, тошноту.

## Анамнез функций

*Менструальная функция*: Первые менструации в 16 лет, установились сразу, регулярные по 5 дней через 30 дней, не обильные, безболезненные. После начала половой жизни и первых родов (1975 год) характер менструаций не изменился. В 1977 году после медицинского аборта отмечает нарушение менструального цикла (отсутствие менструаций более 6 месяцев – вторичная аменорея). В 1979 году – вторые роды, после которых цикл восстановился по 5 дней через 30 дней. Последние 3 года отмечает обильные длительные болезненные менструации (по 8-9 дней через 30 дней). Дата последней менструации – 25 марта 2001 года.

*Секреторная функция*: Бели обильные, слизистые, без запаха.

*Половая функция*: Половая жизнь с 19 лет, в браке. Половые контакты 2-3 раза в неделю, противозачаточными средствами не пользовалась.

*Детородная функция*: Первая беременность в 1975 г. закончилась рождением доношенного мальчика с массой 3500 г. Беременность протекала без особенностей, токсикоза беременности не наблюдалось. Грудью кормила 18 месяцев. Вторая беременность в 1977 г. закончилась медицинским абортом в срок – 10 недель. Третья беременность – в 1979 г. закончилась рождением доношенной девочки с массой 3200 г, отмечалась слабость родовой деятельности, ребенок родился в асфиксии. Послеродовый период без особенностей. Грудное вскармливание – до 12 месяцев.

*Функции смежных органов*: Со стороны мочевой системы: мочеиспускание - частое, безболезненное. Суточный диурез в норме. Со стороны кишечника - без патологии. Стул нерегулярный - склонный к запорам.

## ANAMNESIS VITAE

Место рождения: г. Саранск.

Условия жизни: Удовлетворительные.

Развитие:  (физическое, психическое) в соответствии с возрастом; в развитии от сверстников не отставала. Училась хорошо.

Трудовая деятельность: Работать начала с 18 лет. В настоящее время работает на комбинате «Сура» рабочей. Вредность: отрицает. Рабочий день: 8 часов. Отдых: Активный, пассивный. Отпуск использует ежегодно.

Семейное положение: Замужем с 19 лет, имеет двоих детей. Бюджет семьи: Средний.

Отношения в семье и на работе: В семье отношения хорошие, на работе хорошие.

Питание: Регулярное, в необходимом объеме, по возможности разнообразное.

Жилищные условия: Удовлетворительные.

Наследственность: Со слов больной - не отягощена.

Перенесенные заболевания: В детском возрасте: ветряная оспа, ОРЗ, грипп, корь, которые, со слов больной, протекали без особенностей и осложнений. В юношеском и зрелом возрасте: ОРЗ, грипп, ангина, которые так же протекали без особенностей, артериальная гипертензия.

Перенесённые гинекологические заболевания: Вторичная аменорея, миома матки с 1991 года.

Аллергологический анамнез: без особенностей.

Эпидемиологический анамнез: Туберкулез, вирусный гепатит, венерические, онкологические заболевания у себя и у родственников отрицает. Контакта с инфекционными больными в течение последних 1,5 - 2 месяцев не было. За пределы города в течение последних 2-х месяцев не выезжала.

Трасфузионный анамнез: Кровь и ее компоненты не переливались.

## ANAMNESIS MORBI

Больной себя считает с 1991 года, когда при очередном профилактическом осмотре гинекологом МСЧ «Электровыпрямитель» было обнаружено увеличение матки до 8-9 недель беременности. После проведения УЗИ был выставлен диагноз: Миома матки. С этого времени регулярно (1 раз в 6 месяцев) наблюдалась у гинеколога. По его рекомендации пила минеральную воду (Боржоми, Смирновская) чередуя ее с приемом картофельного сока. В течение семи лет с 1991-98гг. заболевание протекало бессимптомно, роста опухоли не было (матка оставалась увеличенной до 8-9 недель беременности). Последние 3 года стали беспокоить обильные, длительные менструации, слабость, головокружение. Последние 6 месяцев к вышеперечисленным жалобам присоединился болевой синдром, который появлялся за 1-2 дня до начала менструаций и прекращался в межменструальный период. По направлению гинеколога МСЧ для уточнения диагноза и дальнейшего лечения госпитализирована в 21-е гинекологическое отделение 4 ГКБ.

## ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

### Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение спокойное. Гиперстеник.

Кожные покровы чистые, бледно-розовые, умеренной влажности; тургор и эластичность нормальные. Подкожно-жировой слой умеренно выраженный, толщина кожной складки на уровне 9-10 ребра по средней подмышечной линии - 2 см. Волосяной покров умеренный, оволосение по женскому типу. Ногти прозрачные, миндалевидной формы.

Периферические лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не увеличены, при пальпации безболезненные, подвижные, не спаяны с окружающими тканями.

### Органы дыхания

*Осмотр*: Дыхание через нос, свободное. Форма грудной клетки - гиперстеническая. Тип дыхания грудной. Число дыхательных движений в минуту - 20. Дыхание глубокое, ритмичное. Движения обеих половин грудной клетки при дыхании равномерны. Одышки в покое, при разговоре не наблюдается.

*Пальпация грудной клетки*: При пальпации грудная клетка безболезненна, ригидна. Голосовое дрожание равномерно на симметричных участках.

*Перкуссия*: 1) *Сравнительная перкуссия*. По всем полям ясный легочный звук.

2) *Топографическая перкуссия*. Верхушки легких спереди выступают над ключицами на 3 см. Высота положения верхушек сзади - уровень остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренига: левое - 6 см, правое - 5 см.

*Нижние границы легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Правое | Левое |
| Парастернальная | 6 межреберье | - |
| Среднеключичная | 7 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Средняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Задняя подмышечная | 10 ребро | 10 ребро |
| Лопаточная | 11 ребро | 11 ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток ХI гр. Позвонка | Остистый отросток XI гр. позвонка |

*Подвижность нижнего края легких:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Линия | Слева | | Справа | |
|  | вниз | вверх | вниз | вверх |
| Среднеключичная | - | - | 3 см | 2 см |
| Средняя подмышечная | 3 см | 3 см | 2 см | 2 см |
| Лопаточная | 3 см | 3 см | 2 см | 2 см |

*Аускультация легких*: По всем легочным полям выслушивается везикулярное дыхание. Хрипы не определяются. Бронхофония одинакова с обеих сторон в симметричных точках.

### Сердечно-сосудистая система

*Осмотр*: Область сердца не изменена, патологической пульсации в области шеи, сердца и надчревия не выявлено.

*Пальпация*: Верхушечный толчок умеренной силы, определяется в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Симптом "кошачьего мурлыканья" не определяется. Сонные артерии при пальпации мягкие. Артериальный пульс на лучевых артериях ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота пульса - 88 ударов в минуту.

*Перкуссия*:

*Границы относительной сердечной тупости*

Правая - 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая - 5 межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии.

Верхняя - на 3 ребре по левой окологрудинной линии.

Поперечник сердца - 13 см.

*Границы абсолютной сердечной тупости*

Правая - 4 межреберье по левому краю грудины.

Левая - 5 межреберье на среднеключичной линии.

Верхняя - 4 ребро по левой окологрудинной линии.

*Аускультация сердца*: Тоны сердца приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений 88 в минуту. Патологические шумы не выслушиваются, шум трения перикарда не определяется. При аускультации сосудов патологии не найдено. Артериальное давление 160/100 мм рт.ст.

### Пищеварительная система

*Полость рта*: видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розового цвета. Зубы санированы. Миндалины бледно-розового цвета, не увеличены. Язык сухой, у корня обложен белым налетом.

*Осмотр живота*: Живот овальный, симметричный.

*Пальпация живота*: При поверхностной ориентировочной пальпации и живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско патологии не выявлено.

*Перкуссия*: Тимпанический звук по всем областям.

*Аускультация*: При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальтика.

**Гепатолиенальная система:**

*Осмотр*: Асимметрии и деформации в области правого и левого подреберья не определяется.

*Перкуссия*:

*Границы абсолютной печеночной тупости*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя граница | Нижняя граница |
| Левая парастернальная | - | На 1 см ниже края  реберной дуги |
| Передняя срединная | - | Граница между верхней и средней третями расстояния от мечевидного отростка до пупка |
| Правая парастернальная | 6-е межреберье | На 2 см ниже правой реберной дуги |
| Правая среднеключичная | Верхний край VII ребра | На 1 см ниже края реберной дуги |
| Пр. передн. подмышечная | 7-е межреберье | Нижний край X ребра |

*Размеры печени по Курлову*: 9 х 8 х 7 см

*Размер тупости селезенки по Образцову*: 7 х 5 см

*Пальпация*: Край печени острый, безболезненный, поверхность гладкая. Размеры печени не увеличены. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

### Мочевыделительная система

Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное 4-5 раз в сутки. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета.

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Осмотр*: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, рубцов и кондилом - нет.

*Исследование с помощью влагалищных зеркал*: Влагалище свободное, без рубцовых изменений. Слизистая влагалища визуально - розовая, чистая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, расположена по проводной оси малого таза, наружный зев закрыт. Слизистая шейки матки не изменена. Выделения слизистые, умеренные.

*Бимануальное исследование*: Тело матки в anteflexio, увеличено до 9 недель беременности. Узловатое (пальпируются 2 узла – справа и на задней поверхности слева), подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные.

## ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови от 28.03.01

гемоглобин – 84 г/л

лейкоциты – 4 х 109/л

с – 64%

л – 30%

м – 6%

СОЭ – 24 мм/ч

Общий анализ мочи от 20.03.01

цвет – желтый

прозрачность – прозрачная

удельный вес – 1020

реакция – кислая

белок – (-)

лейкоциты – 1-2 в п/зр

эпителий – 0-1 в п/зр

Сахар крови от 20.03.01

сахар крови – 4,4 ммоль/л

Коагулограмма

протромбиновый индекс – 88%

фибриноген – 2,86 г/л

Анализ крови на RW и ВИЧ

Реакция Вассермана №133 от 20.03.01 – отр.

Антитела к ВИЧ не обнаружены.

Флюорография №151 от 20.03.01

Органы грудной полости без видимой патологии.

Мазок из уретры и шейки матки от 29.03.01

|  |  |
| --- | --- |
| Уретра  гонококк – не обнаружен  кокки, диплококки, грам+ в малом количестве  лейкоциты – 4-6 в п/зр  эпителий – 5-8 в п/зр | Шейка матки  гонококк – не обнаружен  кокки, диплококки, грам+ в малом количестве  лейкоциты – 4-7 в п/зр  эпителий – 5-9 в п/зр |

Мазок на гонококки от 02.04.01

При бактериологическом исследовании культура гонококка не выявлена.

Мазок на онкоцитологию из эндоцервикса и эктоцервикса от 29.03.01

Цитограмма без особенностей.

Цитологическое исследование мазка-отпечатка из ц/к от 27.03.01

На фоне эритроцитов обнаружены скопления клеток цилиндрического эпителия с признаками пролиферации.

Раздельное диагностическое выскабливание полости матки от 26.03.01

В асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы. Длина полости матки по зонду 10 см. Кюреткой N2 произведено диагностическое выскабливание цервикального канала. Соскоб не получен, взят мазок-отпечаток. Выскабливание полости матки: деформации стенок нет, соскоб обильный, отправлен на гистологию. Шейка матки обработана раствором йода.

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Узловатая миома матки с болевым синдромом. Гиперполименорея, приводящая к анемии. Железодефицитная постгеморрагическая анемия. Артериальная гипертензия II ст. НК 0.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В плане дифференциальной диагностики миому матки следует дифференцировать от следующих сходных с ней патологий: кистомой яичников, маточной беременностью, генитальным внутренним эндометриозом.

1.  Кистома яичника. Для миомы матки и кистомы яичников свойственны жалобы на боли в нижних отделах живота и пояснице, нарушение менструальной функции, слабость, дизурические расстройства. Для кистомы яичников характерны: при влагалищном исследовании пальпируется опухолеподобное образование сбоку от матки, округлой формы, тугоэластической консистенции, безболезненное, ограниченной подвижности, а при миоме матки определяется увеличение размеров матки, которая имеет неровную бугристую поверхность, плотной консистенции. При пункции заднего свода влагалища - наличие в брюшной полости асцитической жидкости при кистоме яичника. Для уточнения диагноза необходимо провести ряд дополнительных исследований: УЗИ, диагностическое выскабливание с последующей гистологией, лапароскопию, гистеросальпингографию (при миоме матки получаются контуры матки, изменённые фиброматозными узлами, исключающие отнесение пальпируемой опухоли к новообразованиям придатков матки) и флебографию (при наличии опухоли яичника сосудистый рисунок соответствует нормальному, характерному для неувеличенной матки и лишь смещенному в ту или иную сторону).

Для миомы матки и маточной беременности свойственно увеличение размеров матки при пальпации. Для маточной беременности характерно наличие субъективных признаков беременности, которые отсутствуют при миоме матки; отсутствие менструационной функции; положительные тесты на беременность; соответствие между увеличением размеров матки и сроками беременности, которого не наблюдается при миоме матки; высокое содержание хорионического гонадотропина; в соскобе обнаруживается эндометрий с явлениями децидуальной реакции ворсинок хориона. Для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ.

Симптомология эндометриоза и миомы матки (гиперполименорея, альгоменорея) и данные объективного исследования (увеличение матки, бугристая ее поверхность) сходны. Дифференциальная диагностика возможна с учетом указаний на нарастание резкой болезненности во время менструации и при наличии изменений объема матки в различные фазы цикла. Боли при эндометриозе длительные, тянущие и не носят схваткообразного характера, как при субмукозной миоме. Кровянистые выделения из половых путей при эндометриозе могут появляться за 1-10 дней до менструации или после нее. Иногда диагноз эндометриоза может быть установлен только путем гистеросальпингографии (если имеется свободное сообщение эндометриоидных разрастаний с полостью матки, то контрастное вещество проникает в них и на рентгенограмме видны множественные округлые или удлиненные просветы, расположенные внутримышечно как отдельные лакуны или карманы).

## ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

*Основное заболевание* - Узловатая миома матки с болевым синдромом. Гиперполименорея, приводящая к анемии.

*Осложнение основного заболевания* - Железодефицитная постгеморрагическая анемия.

*Сопутствующие заболевания* - Артериальная гипертензия II ст. НК 0.

## ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Миома матки  – доброкачественная гормональнозависимая опухоль, развивающаяся из мышечной ткани. Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени не решен окончательно. До сравнительно недавнего времени полагали, что в развитии миомы матки важную роль играет гиперэстрогения. Однако новейшими исследованиями установлено, что повышенное содержание эстрогенов в крови и прогестерондефицитное состояние не является постоянным фактором в развитии миомы матки. Известна возможность развития миомы матки при овуляторном цикле, завершающаяся развитием беременности. Потому полагают что в патогенезе ФММ существенное значение имеет не только нарушение метаболизма, синтеза и состояния половых гормонов, а также:

1. Состояние рецепторного аппарата миометрия более высокая активность эстроген-рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами.

2. Повышение уровня эстроген-гормонов в крови сосудистого бассейна полого органа (местная гипергормонемия), локальные изменения холинергической инвервации.

3. Нарушения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка. Подобные нарушения могут носить первичный характер, либо по закону обратной связи эти органы вовлекаются в патологический процесс вторично.

4. Изменения в иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции (хронический воспалительный процесс придатков матки, тонзилогенные интоксикации, ревматизм и др.)

5. Наследственная предрасположенность.

6. Нарушение функции яичников (у 50-60% женщин с миомой матки обнаруживаются мелкокистозные изменения яичников).

7. Развитию ФММ сопутствуют увеличение кровопотери во время mensis, причинами которого может быть снижение сократительной способности матки, нарушение процессов отторжения функционального слоя эндометрия, замедление регенерации кровоточащей поверхности матки после дисквамации функционального слоя при сопутствующем хроническом базальном эндометрите.

ФАКТОРАМИ РИСКА  ЯВЛЯЮТСЯ :

1. Наследственная предрасположенность - миома матки, другие опухоли половых органов, мастопатии имеются у родственников первого и второго поколения.

2. Нарушение менструальной функции, начиная с менархе; в том числе сочетающиеся с половым инфантилизмом.

3. Расстройства менструальной функции, не поддающиеся излечению, особенно в сочетании с нарушением углеводного, липидного и жирового обменов (ожирение, сахарный диабет).

4. Нарушение менструальной и репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности), связанное с дезорганизацией функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе.

5. Рецидивирующие воспалительные заболевания внутренних половых органов, способствующих нарушению функции яичников (монофазные менструальные циклы, 2-хфазные циклы с функциональной недостаточностью желтого тела).

6. Неоднократные диагностические выскабливания слизистой оболочки тела матки и искусственные аборты, следствием которых могут быть воспалительные заболевания матки и изменение рецепторного аппарата эндометрия.

7. Экстрагенитальные заболевания, способствующие нарушению функции яичников и других желез внутренней секреции.

## ЛЕЧЕНИЕ

Принципы лечения фибромиомы матки основано на обоснованной концепции о гормонально-зависимом характере опухоли и использовании средств, задерживающих её развитие (торможение роста; усиление процессов атрофии в узлах ФММ).

1.Стол N 15.

2. Диета: ограничение легко усвояемых углеводов, животных жиров, включение в рацион растительного масла (кукурузное, соевое), содержащего полиненасыщенные жирные кислоты. Рекомендуется употребление минеральных вод – Ессентуки-4 за 30 мин. до еды, чередуя с приемом картофельного сока.

3. Витамины группы В (В1; В6), аскорбиновая кислота, оказывающие влияние на стероидогенез в яичниках и надпочечниках:

 Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3 % - 1 ml

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

  S. По 1 мл подкожно

Rp.: Sol. Pyridoxini 5 % - 1 ml

  D.t.d.N. 10 in amp.

  S. По 1 мл подкожно через день.

  Rp.: Sol. Ac. ascorbinici 5 % - 1 ml

  D.t.d. N. 10 in amp.

  S. По 2 мл внутримышечно 2 раза в день

4. Витамин А, снижающий чувствительность эффекторных органов к эстрагенам:

 Rp.: Dragee Retinoli acetatis N. 50

  D.S. По 1 драже 2 раза в день (с 5 по 25 день менструального цикла в течении 6 месяцев).

5. Гестагены, снижающие митотическую активность клеток опухоли, что способствует торможению её роста:

 Rp.: Tab. Norcoluti 0,005 N. 20

  D.S. По 2 таблетки 1 раз в день (с 5 по 25 день менструального цикла в течении 6 месяцев).

6. Железосодержащие препараты для нормализации уровня гемоглобина:

 Rp.: Dragee "Ferroplex" N. 100

  D.S.: По 1 драже 3 раза в день.

7. Антигипертензивное средство

Rp.: Tab. Enapi H N.50

D.S. По 1 таблетке утром и вечером

8. Физиотерапия (электрофорез с калия иодидом на низ живота ежедневно по 20 минут на 10 процедур)

9. Фитотерапия (хвощ полевой, пастушья сумка)

## ДНЕВНИК

06.04.2001г.

Жалобы на слабость, головокружение, тошноту по утрам. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, слегка бледноватые. Дыхательная система: аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Сердечно-сосудистая система: аускультативно - тоны сердца ясные, ритм правильный. Артериальное давление 160/100 мм.рт.ст. Частота сердечных сокращений - 75 в минуту. Пищеварительная система: Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

## ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, выздоровления и трудоспособности – благоприятный.

## ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 46 лет находится на стационарном лечении в 21-м гинекологическом отделении 4 ГКБ с 26.03.01 с диагнозом: Узловатая миома матки с болевым синдромом. Гиперполименорея, приводящая к анемии. Железодефицитная постгеморрагическая анемия. Артериальная гипертензия II ст. НК 0. При поступлении предъявляла жалобы на обильные длительные менструации (8-9 дней); сильные боли внизу живота, появляющиеся за 1-2 дня до начала очередной менструации, прекращающиеся в межменструальный период; слабость, головокружение, тошноту. Из истории развития заболевания: Больной себя считает с 1991 года, когда при очередном профилактическом осмотре гинекологом МСЧ «Электровыпрямитель» было обнаружено увеличение матки до 8-9 недель беременности. После проведения УЗИ был выставлен диагноз: Миома матки. С этого времени регулярно (1 раз в 6 месяцев) наблюдалась у гинеколога. По его рекомендации пила минеральную воду (Боржоми, Смирновская) чередуя ее с приемом картофельного сока. В течение семи лет с 1991-98гг. заболевание протекало бессимптомно, роста опухоли не было (матка оставалась увеличенной до 8-9 недель беременности). Последние 3 года стали беспокоить обильные, длительные менструации, слабость, головокружение. Последние 6 месяцев к вышеперечисленным жалобам присоединился болевой синдром, который появлялся за 1-2 дня до начала менструаций и прекращался в межменструальный период. Объективно выявлено: бимануально – Тело матки в anteflexio, увеличено до 9 недель беременности. Узловатое (пальпируются 2 узла – справа и на задней поверхности слева), подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные. Обследована: В общем анализе крови - гемоглобин – 84 г/л, СОЭ – 24 мм/ч.

Мазок из уретры и шейки матки от 29.03.01

|  |  |
| --- | --- |
| Уретра  гонококк – не обнаружен  кокки, диплококки, грам+ в малом количестве  лейкоциты – 4-6 в п/зр  эпителий – 5-8 в п/зр | Шейка матки  гонококк – не обнаружен  кокки, диплококки, грам+ в малом количестве  лейкоциты – 4-7 в п/зр  эпителий – 5-9 в п/зр |

Цитологическое исследование мазка-отпечатка из ц/к от 27.03.01

На фоне эритроцитов обнаружены скопления клеток цилиндрического эпителия с признаками пролиферации.

Раздельное диагностическое выскабливание полости матки от 26.03.01

В асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы. Длина полости матки по зонду 10 см. Кюреткой N2 произведено диагностическое выскабливание цервикального канала. Соскоб не получен, взят мазок-отпечаток. Выскабливание полости матки: деформации стенок нет, соскоб обильный, отправлен на гистологию. Шейка матки обработана раствором йода.

Для уточнения диагноза планируется проведение гистеросальпингографии, УЗ-исследования маки и придатков.

Проводится лечение: витамин В1, В6, С, А, норколут, ферроплекс, энап Н, физиолечение, фитотерапия.