Паспортные данные

1. *Ф.И.О. больной:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. *Год рождения (возраст):* 1949 г.р. (56 лет)
3. *Место работы:* пенсионерка
4. *Производственные и бытовые вредности:* 14 лет работала в ртутном цеху
5. *Домашний адрес:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. *Семейное положение:* замужем
7. *Дата поступления в клинику:* 26.10.2005 г.

## Жалобы

На ноющие тянущие боли внизу живота.

## Анамнез функций

Менструальная функция: менструации появились в 14 лет, установились сразу, регулярные по 5-6 дней через 24 дня, обильные, безболезненные. После начала половой жизни, родов характер менструаций не менялся. Последняя менструация была в 2002г.

Секреторная функция: бели умеренные, слизистые, без запаха.

Половая функция: половая жизнь с 22 лет, в браке. Половые контакты 2-3 раза в неделю, противозачаточными средствами не пользовалась. Удовлетворение от половой жизни получает.

Детородная функция: Беременностей 2, абортов 3, выкидышей нет. В период беременности токсикоза не было. Послеродовый период без особенностей.

Функции смежных органов: мочеиспускание безболезненное, цвет мочи обычный. Стул нерегулярный со склонностью к паносам.

## Anamnesis vitae.

**(Анамнез жизни)**

Родилась в Саранске. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставала. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, хронический гастрит. Аллергологический анамнез без особенностей. Гепатит, туберкулез, венерические, онкологические заболевания у себя и родственников отрицает. Трансфузионный анамнез без особенностей.

**Anamnesis morbi**

**(Анамнез развития данного заболевания)**

Больной себя считает с марта 2003 г. когда впервые была обнаружена миома матки (соответствующая 6-7 недельной беременности) с быстрым ростом. Регулярно наблюдалась у гинеколога, в последние 2 недели отмечает наличие периодических колющих болей в правой паховой области после физической нагрузки. Обратилась к гинекологу, была направлена в ГКБ №4, для проведения обследования.

## Status praesens

## (Объективное исследование)

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Настроение спокойное. Телосложение правильное. Рост 168 см, вес 65 кг. Тип конституции: нормостенический.

Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Подкожно-жировой слой умеренно выражен. Отеков нет.

Частота дыхания 16/мин, глубина дыхания умеренная, ритм пра­вильный. Дыхание через нос, свободное. Форма грудной клетки нормостеническая, симметрична. Лопатки находятся на одном уровне. При дыхании наблюдается равномерное движение обеих половин грудной клетки. В акте дыхания дополнительная дыхательная муску­латура не принимает участие. Грудные железы без особенностей.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластич­ность сохранена. Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках.

При сравнительной перкуссии грудной клетки легочный звук по всем полями.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек легких |
| Спереди | На 3 см. выше ключицы |
| Сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

|  |
| --- |
| Ширина полей Кренига |
| Слева | Справа |
| 6 см. | 6 см. |
| Нижний край легких |
| Линия | Справа | Слева |
| Парастернальная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-го грудного позвонка  | Остистый отросток 11-го грудного позвонка |

|  |
| --- |
| Подвижность нижнего края легких |
|  | Вверх | Вниз |
| Линия | Слева | Справа | Слева | Справа |
| Средняя подмышечная | 2 см. | 2 см. | 2 см. | 2 см. |
| Задняя подмышечная | 2 см. | 2 см. | 2 см. | 2 см. |

Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пульс ритмичный, с частотой 72 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, симметричен. Артериальное давление 130 и 90 мм.рт.ст. Область сердца не изменена.

Верхушечный толчок умеренной силы, локализуется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины, 4 межреберье |
| Левая | На 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье |
| Верхняя | По верхнему краю 3 ребра |
| Границы абсолютной тупости сердца |
| Правая | По левому краю грудины |
| Левая | На 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии |
| Верхняя | На уровне хряща 4 ребра |

Поперечник сердца 11 см, ширина сосудистого пучка - 5 см.

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичны.

Слизистая рта розовая, чистая. Язык розовый, чистый, влажный. Десны не кровоточат.

Живот округло-овальной формы, симметричный, не вздут. Рас­ширения подкожных вен живота и наличия грыжевых выпячиваний не отмечается. Асимметрия и деформация правого и левого подреберья отсутствует. Видимая пульсации печени не отмечается.

При перкус­сии тимпанический звук над всей поверхностью живота.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц (диффузного и ограниченного) не определяется. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых выпячиваний, флюктуации свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образ­цову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого, умеренной плотности, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., вяло перистальтирующе­го. Смещается на 3-4 см. Слепая кишка пальпируется в форме гладкого, безболезненно­го, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно уп­ругого и слабо подвижного цилиндра, толщиной около 4 см., подвижностью 1-2 см. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде безболезненного, умеренно упругого, гладкого, малоподвижного цилиндра толщиной 2-2,5 см., не урча­щие, безболезненные. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого, толщиной около 2 см. Желудок: поверхность гладкая, болезненность и урчание отсутствуют. Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см выше пупка. Консистенция желудка упругая. Поджелудочная железа не пальпируется.

Симптомов раздражения брюшины нет.

При аускультации выслушива­ется умеренная кишечная перистальтика. При осмотре правое подреберье не изменено. При пальпации печень определяется у края реберной дуги, безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край закруглен. Желчный пузырь пропальпировать не удалось.

|  |
| --- |
| Размеры печени по Курлову |
| По срединно-ключичной линии справа | 10 см. |
| По срединной линии | 9 см. |
| По левому краю реберной дуги | 8 см. |

При осмотре левое подреберье не деформировано. Перкуторно размеры селезенки - 6х4 см.

Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области от­рицательный с обеих сторон. Перкуторный звук над мочевым пузырем тимпанический, поверхность при пальпации гладкая, эластичная.

Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Поколачивание по плоским костям безболезненно.

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, Гортнера отрицательны.

Дермографизм красный, нестойкий. Зрачковый рефлекс содружественный. Тремора рук и век не наблюдается. Симптом Кернига отрицательный. Сухожильные рефлексы симметричны, умеренной силы. Обоняние, слух и вкусовая рецепция не нарушены. Холодовая, тепловая и температурная чувствительность не изменена.

Мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках те­ла. Мышечный тонус и сила нормальные, одинаковые с обеих сторон.

Конфигурация суставов не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется. Движение свободное. Изменения окраски кожных покровов над суставами не наблюдается.

Деформаций позвоночника, верхних и ниж­них конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

Гинекологическое исследование

*Осмотр*: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Промежность высокая, целая. Половая щель не зияет, прикрыта половыми губами. Слизистая вульвы бледно-розовая, без видимых изменений. При натуживании опущение или выпадение стенок влагалища не происходит. Заднепроходное отверстие закрыто, тонус сфинктера сохранен.

*Исследование с помощью влагалищных зеркал*: шейка матки цилиндрической формы, влагалищная часть до 1см, плотная, наружный зев (ц\к) закрыт. Выделения слизистые без запаха.

*Влагалищное исследование:* влагалище ёмкое. Шейка матки практически сглажена, отклонена вправо. Слизистая шейки матки не изменена. Маточный зев в виде поперечной щели. Своды свободные.

*Бимануальное исследование*: тело матки в anteflexio, увеличено до 5-6 недель беременности, округлой формы, узловатое, с неровными контурами, умеренно подвижное, болезненное, плотной консистенции. Справа по ребру фиксируется фиброматозный узел 4х3,5х3,5см,смещается вместе с телом матки. Придатки с обеих сторон без особенностей.

## План дополнительных методов исследования.

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Сахар крови.
4. Анализ кала на яйца глист.
5. Рентгенография органов грудной клетки
6. ЭКГ.
7. Анализ крови на RW, ВИЧ.
8. Биохимический анализ крови.
9. Аспирация из полости матки.
10. Мазок на гонококк из уретры и цервикального канала.
11. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки.
12. Коагулограмма.
13. Мазок на степень чистоты из заднего свода влагалища.
14. Определение группы крови и Rh принадлежность.
15. УЗИ матки и придатков.
16. Гистеросальпингография.
17. Кольпоскопия.

**Результаты дополнительных методов исследования.**

*1. Общий анализ крови 27.10.05*

Гемоглобин – 146 г/л

Эритроциты – 3,7 \* 1012/л

Лейкоциты – 4,0 \* 109/л

Палочкоядерные – 2 %

Сегментоядерные – 67 %

Лимфоциты – 30 %

Моноциты – 11 %

СОЭ – 11мм/ч

Заключение: в пределах нормы.

*2. Общий анализ мочи 27.10.05*

 Цвет – желтый

 Прозрачность – прозрачная

 Удельный вес – 1010

 Реакция – щелочная

 Белок – (-)

 Лейкоциты – 1-2 в п/зр

 Эпителий – 5-6 в п/зр

Заключение: в пределах нормы.

*3. Сахар крови 27.10.05* – 4,8 ммоль/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

*4. Анализ кала на яйца гельминтов. 27.10 05*

Заключение: яйца гельминтов не обнаружены

*5. Рентгенограмма органов грудной полости. 27.10.05*

Заключение: патологии не обнаружено.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Уретра | Цервикальный канал |
| Гонококки | - | - |
| Проч. бактерии | грам +/- кокки не выявляются | грам +/- кокки не выявляются |
| Лейкоциты | 2-4 в п/з | 3-6 в п/з |
| Эпителий | 2-5 в п/з | 2-7 в п/з |
| Трихомонады | - | - |
| Слизь | В значительном кол-ве |

*10. Мазок на гонококк из уретры и цервикального канала. 27 10 05*

##

*11. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки. 27 10 05*

Заключение: цитограмма без особенностей.

## Предварительный диагноз

Миома матки больших размеров, с атипичным расположением узла (шеечный узел).

## Дифференциальный диагноз

Учитывая схожесть клинической картины наблюдаемой у нашей больной с беременностью и раком тела матки, необходимо провести дифференциальную диагностику между этими болезнями.

Дифференциация миомы от беременности.

Данные анамнеза: Последняя менструация была 26.09.03, 15.10.03. появились умеренные кровянистые выделения, а при беременности наблюдается аменорея. В марте 2003 была диагностирована миома матки.

Общий осмотр: нагрубание молочных желез, выделение молозева, пигментация околососковых кружков - характерные изменения молочных желез при беременности отсутствуют. У пациентки молочные железы нормальной формы, мягкие, околососковые ореолы темно-розового цвета.

При осмотре наружных половых органов: слизистая оболочка половых органов, влагалища, влагалищной части шейки матки бледно-розового цвета, однако при беременности, как правило, наблюдается цианоз.

При бимануальном исследовании тело матки anteflexio, увеличено до 11-12 недель беременности, умеренно подвижное, безболезненное, плотной консистенции, при беременности матка эластичной или мягкой консистенции, шаровидной или овоидной формы.

Для подтверждения диагноза и исключения беременности целесообразно провести ультразвуковое исследование и тесты на беременность.

Дифференциация миомы от рака тела матки.

Для рака тела матки наиболее характерным симптомом в начальных стадиях заболевания является появление молочных белей, чего у нашей пациентки не отмечалось.

Кровянистые выделения, при раке носят контактный характер или появляются при физической нагрузке. У данной пациентки кровянистые выделения носят неконтактный характер, впервые возникший.

Для рака характерен болевой синдром, в то время как наша пациентка жалоб на боли не предъявляет.

Рак тела матки должен характеризоваться быстрым прогрессированием опухолевого процесса с появлением симптомов поражения соседних и отдаленных органов и систем, а также явлениями раковой интоксикации. Диагноз рака тела матки окончательно может быть выставлен при гистологическом исследовании. У нашей пациентки при исследовании мазков на онкоцитоз из шейки матки и цервикального канала атипичные клетки не выявлены.

Исходя из вышеизложенного можно с высокой долей вероятности верифицировать у нашей больной миому матки.

## Окончательный диагноз и его обоснование.

Диагноз: Узловая миома матки больших размеров, с атипичным расположением узла (шеечный узел).

Выставлен на основании:

*Анамнеза развития данного заболевания:* больной себя считает с марта 2003 г. когда впервые была обнаружена миома матки (9-10 недель беременности) с быстрым ростом. С 2002 г. месячные стали более обильными, чем обычно, по 7-8 дней, через 25-26 дней. Последняя менструация 26 сентября. протекала без особенностей. 15 ноября появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, обратилась к гинекологу, была направлена в Городскую клиническую больницу №4, госпитализирована в гинекологическое отделение.

*Гинекологического исследования:*

*Осмотр:* слизистая вульвы бледно-розовая, без видимых изменений.

*Исследование с помощью влагалищных зеркал*: шейка матки практически сглажена, отклонена вправо, верхняя губа представлена фиброматозным узлом, вероятно исходящим из передней стенки матки, задняя губа истончена. Выделения кровянистые.

*Влагалищное исследование:* влагалище ёмкое. Шейка матки практически сглажена, отклонена вправо. Слизистая шейки матки не изменена. Маточный зев в виде поперечной щели. Своды свободные.

*Бимануальное исследование*: тело матки anteflexio, увеличено до 11-12 недель беременности, умеренно подвижное, безболезненное, плотной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

 *Результатов лабораторных и дополнительных методов исследований:*

*Общий анализ крови*

Гемоглобин – 116 г/л

Эритроциты – 3,7 \* 1012/л

Лейкоциты – 4,0 \* 109/л

Палочкоядерные – 1 %

Сегментоядерные – 58 %

Лимфоциты – 30 %

Моноциты – 11 %

СОЭ – 18 мм/ч

Заключение: увеличение СОЭ.

*Аспирация из полости матки.*

Микроскопия: циллиндрический эпителий с явлением пролиферации.

Заключение: признаки пролиферативного процесса

## Этиология и патогенез

Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени окончательно не решен. До сравнительно недавнего времени полагали, что в развитии миомы матки 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 тела матки. Идентификация флоры путем проведения вы­сокоспецифичных полимеразных цепных реакций на на­личие участков ДНК возбудителей показала присутствие в миоматозных узлах «проблемных» возбудителей ЗППП (в подслизистых узлах — Chlamydia Trachomatis, в межмышечных-подбрюшинных — Ureaplasma urealyticum).

Морфологические исследования показали скопления укрупненных гладкомышечных клеток вокруг воспали­тельных инфильтратов в миометрии.

Несомненно, половые гормоны регулируют рост миомы матки, особенно на этапах клинически определяемых узлов, когда в них сформировано значительное количество экстрацеллюлярного матрикса, повышающего чувствитель­ность миомы к стероидным гормонам. В миоматозных уз­лах эстрогенные рецепторы повышены в 2 раза, а прогесте-роновые — в 3 раза в сравнении с окружающим миометрием. Следовательно, обе группы женских половых гормонов могут играть существенную роль в росте сформировавших­ся миоматозных узлов.

Таким образом, 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. С этой точки зрения 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.

Кроме того, в патогенезе миомы матки играют опреде­ленную роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов ин­фекции. Точкой приложения повреждающего фактора яв­ляется сосудистая стенка. Механизм запуска этой реакции неспецифичен. 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.

## Лечение

 1. Предоперационная подготовка.

 Стол №15.

 Диета: полноценное, достаточно калорийное, богатое витаминами питание.

 Режим: полупостельный.

 С гемостатической целью.

Препарат увеличивает образование в стенках капилляров мукополисахаридов большой молекулярной массы и повышает устойчивость капилляров, нормализует их проницаемость при патологических процессах, улучшает микроциркуляцию; оказывает также гемостатическое действие. Гемостатический эффект связан, по-видимому, с активирующим действием на формирование тромбопластина. Препарат стимулирует образование III фактора свертывания крови, нормализует адгезию тромбоцитов. Препарат не влияет на протромбиновое время, не обладает гиперкоагуляционными свойствами и не способствует образованию тромбов.

 Rp.: Sol. Etamsylati natrii 12,5 % - 2 ml

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

   S. Внутримышечно 1мл однократно.

Кальций играет важную роль в жизнедеятельности организма. Ионы кальция необходимы для осуществления процесса передачи нервных импульсов, сокращения скелетных и гладких мышц, деятельности мышцы сердца, формирования костной ткани, свертывания крови, а также для нормальной деятельности других органов и систем.

 Rp.: Sol. Calcii chloride 1 % - 200 ml N 10

   D.S. Внутривенно, капельно 1 раз в день.

 2. Оперативное лечение.

Операция: надвлагалищная ампутация матки без придатков. Дренирование брюшной полости.

Обезболивание: внутривенный многокомпонентный наркоз с интубацией трахеи, ИВЛ.

 3. Постоперационный период:

 Диета: стол № 0.

 Режим: постельный.

 Rp.: Sol. Calcii chloride 1 % - 200 ml N 10

   D.S. Внутривенно, капельно 1 раз в день.

 С антибактериальной целью.

Оказывает антибактериальное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии; эффективен также в отношении некоторых грибов (рода Candida и др.).

 Rp.: Tab. Nitroxolini 0,05 N 50

   D.S. По 2 таблетки 4 раза в день.

  Трансфузиозная терапия:

 С общеукрепляющей и дезинтоксикационной целью.

Изотонический раствор применяют для пополнения организма жидкостью, вместе, с тем он является источником легкоусвояемого организмом ценного питательного материала. При сгорании глюкозы в тканях выделяется значительное количество энергии, которая служит для осуществления функций организма.

При введении в вену гипертонических растворов повышается осмотическое давление крови, усиливается ток жидкости из тканей в кровь, повышаются процессы обмена веществ, улучшается детоксикационная функция печени, усиливается сократительная деятельность сердечной мышцы, расширяются сосуды, увеличивается диурез.

Аскорбиновая кислота играет важную роль в жизнедеятельности организма. Благодаря наличию в молекуле диенольной группы ( - СОН=СОН - ) она обладает сильно выраженными восстановительными свойствами. Участвует в регулировании окислительновосстановительных процессов углеводного обмена, свертываемости крови, регенерации тканей, образовании стероидных гормонов. Одной из важных физиологических функций аскорбиновой кислоты является ее участие в синтезе коллагена и проколлагена и нормализации проницаемости капилляров

Rp.: Sol. Glucosi 5 % - 400 ml

 Sol. Ac. ascorbinici 5 % - 10 ml

 M.D.S. Внутримышечно 1мл однократно.

## Для стимуляции работы кишечника.

Прозерин обладает сильной обратимой антихолинэстеразной активностью. По периферическим эффектам близок к физостигмину и галантамину. Подобно другим четвертичным аммониевым соединениям оказывает преимущественное влияние на периферические системы и трудно проникает через гематоэнцефалический барьер.

Применяют при миастении, двигательных нарушениях после травм мозга, параличах, в восстановительном периоде после перенесенного менингита, полимиелита, энцефалита и т. п., при атрофии зрительного нерва, невритах, для предупреждения и лечения атонии кишечника и мочевого пузыря.

 Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 400 ml

 Sol. Proserini 0,05 % - 1 ml

 M.D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

С целью улучшения водно-солевого обмена.

Раствор оказывает гемодинамическое действие, уменьшая гиповолемию, препятствуют сгущению крови и развитию метаболического ацидоза, улучшают капиллярное кровообращение, усиливают диурез, оказывают дезинтоксикационное действие.

 Применяют для борьбы с обезвоживанием и интоксикацией организма при различных заболеваниях.

 Rp.: “Disol” 400 ml

 D.S. Внутривенно капельно 1 раз в день.

## Дневник

*29.10.2003 г.*

Жалоб не предъявляет. Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД - 20 /мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС - 75 /мин. АД – 130 и 80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей отсутствуют. Лечение продолжать.

## Прогноз

* для жизни – благоприятный;
* для выздоровления – благоприятный;
* для трудоспособности – благоприятный.

**Эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1965 г.р., находится на стационарном лечении в гинекологическом отделении Городской клинической больницы №4 с 16.10.03 с диагнозом: узловая миома матки, с атипичным расположением узла (шеечный узел). При поступлении жалоб не предъявляла. Из истории развития заболевания: больной себя считает с марта 2003 г. когда впервые была обнаружена миома матки (9-10 недель беременности) с быстрым ростом. С 2002 г. месячные стали обильными, по 7-8 дней, через 25-26 дней. Последняя менструация 26 сентября. протекала без особенностей. 15 ноября появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, обратилась к гинекологу, была направлена в Городскую клиническую больницу №4, госпитализирована в гинекологическое отделение.

Объективно выявлено: исследование с помощью влагалищных зеркал: шейка матки практически сглажена, отклонена вправо, верхняя губа представлена фиброматозным узлом, вероятно исходящий из передней стенки матки, задняя губа истончена. Выделения кровянистые.

Влагалищное исследование: влагалище ёмкое. Шейка матки практически сглажена, отклонена вправо. Слизистая шейки матки не изменена. Маточный зев в виде поперечной щели. Своды свободные.

Бимануальное исследование: тело матки anteflexio, увеличено до 11-12 недель беременности, умеренно подвижное, безболезненное, плотной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Результаты дополнительных методов исследования:

*1. Общий анализ крови*

Гемоглобин – 116 г/л

Эритроциты – 3,7 \* 1012/л

Лейкоциты – 4,0 \* 109/л

Палочкоядерные – 1 %

Сегментоядерные – 58 %

Лимфоциты – 30 %

Моноциты – 11 %

СОЭ – 18 мм/ч

Заключение: увеличение СОЭ.

*2. Общий анализ мочи*

 Цвет – желтый

 Прозрачность – прозрачная

 Удельный вес – 1017

 Реакция – щелочная

 Белок – (-)

 Лейкоциты – 1-2 в п/зр

 Эпителий – 1-2 в п/зр

 Соли оксалаты +

 фосфаты ++

Заключение: оксалатурия, фосфатурия.

*3. Сахар крови* – 4,8 ммоль/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

*4. Анализ кала на яйца гельминтов.*

Заключение: яйца гельминтов не обнаружены

*5. Рентгенограмма органов грудной полости.*

Заключение: патологии не обнаружено.

*6. ЭКГ*.

 Заключение: ритм синусовый, 65 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Синдром укороченного интервала PQ.

*7. Коагулограмма.*

 Время свертывания – 8 мин.

 Время кровоточивости – 30 с.

 Протромбиновый индекс – 94 %.

 Фибриноген – 4000 мг/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

*8. Биохимический анализ крови.*

 Общий билирубин – 8,5 мкмоль/л

 прямой – “-”

 непрямой – 8,5 мкмоль/л

 Креатинин – 0,07 ммоль/л

 Мочевина – 4,53 ммоль/л

Заключение: данные анализа в пределах нормы.

*9. Аспирация из полости матки.*

 Микроскопия: циллиндрический эпителий с явлением пролиферации.

Заключение: признаки пролиферативного процесса.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Уретра | Цервикальный канал |
| Гонококки | - | - |
| Проч. бактерии | грам +/- кокки в единичном кол-ве | грам +/- кокки в единичном кол-ве |
| Лейкоциты | 2-4 в п/з | 10-12 в п/з |
| Эпителий | 2-3 в п/з | 3-5 в п/з |
| Трихомонады | - | - |
| Слизь | В значительном кол-ве |

*10. Мазок на гонококк из уретры и цервикального канала.*

##

*11. Мазок на онкоцитологию из цервикального канала и шейки матки.*

Заключение: цитограмма без особенностей.

Проведено лечение: предоперационная подготовка (этамзилат натрия, хлористый кальций); операционное лечение: надвлагалищная ампутация матки без придатков, дренирование брюшной полости; пост операционное лечение: хлористый кальций, общеукрепляющяя и дезинтоксикационная терапия (глюкоза, аскорбиновая кислота), улучшение водно-солевого обмена (дисоль), антибактериальная терапия (нитроксалин). На фоне проводимой терапии отмечается улучшение состояния, уменьшились симптомы заболевания.

 Выписана домой в удовлетворительном состоянии со следующими рекомендациями:

1. наблюдение у гинеколога.

2. половой покой в течении 1 месяца.

3. ограничение физической нагрузки.