Паспортная часть

ФИО: #####

Возраст: 37 лет.

Профессия: кондитер.

Место жительства: г. Москва.

Дата поступления: 02.02.11.

Жалобы (при поступлении)

на кровянистые выделения из половых путей;

на тянущие боли в правой подвздошной области.

Anamnesis vitae.

Наследственность: бабка и дед умерли рано, причина неизвестна. У матери артериальная гипертензия, варикозная болезнь.

Росла и развивалась нормально. В детстве болела корью, краснухой, ОРВИ. Профессиональных вредностей нет. Соблюдает диету с ограничением соленого, сладкого. Вредные привычки: курение с 16 лет по ½ пачки в день; алкоголь употребляет редко, предпочитает вина.

Аллергические реакции - отмечала появление сильного кожного зуда после приема препарата “Эгилок” (метопролол).

Сопутствующие заболевания

1) АГ с 18 лет, повышение АД до 160/100 мм рт.ст.

2) Хронический бронхит в течение последних 10 лет, обострения 2-3 раза в год.

) Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Операция флебэктомии на левой ноге несколько лет назад. На правой ноге случай тромбофлебита несколько лет назад, выполнялась кроссэктомия.

Акушерско-гинекологический анамнез

Менархе с 13 лет, регулярные, установились сразу, продолжительностью 4 дня, длительность цикла 21 день. Менструации безболезненны, выделения умеренные. Последняя нормальная менструация 09-13.01.11. Начало половой жизни в 18 лет. Беременность одна, в 93/94 г. закончилась родами в срок, с рождением здорового ребенка. Беременность протекала с сильным токсикозом в первой половине, и эпизодами повышение АД во второй половине, роды осложнились значительным повышением АД, потребовалось исключение потужного периода - использование акушерских щипцов. Гинекологических заболеваний ранее не выявлялось.

Anamnesis morbi.

Пациентка впервые стала отмечать симптомы 20.01.11, когда на фоне полного благополучия появились безболезненные обильные кровянистые выделения из половых путей. Выделения продолжались около 2-х недель, затем прекратились, временами их количество уменьшалось или увеличивалось. К врачу не обращалась, самостоятельно лечением не занималась. После исчезновения симптомов чувствовала себя удовлетворительно. Утром 02.02.11 посетила врача в поликлинике, была госпитализирована в срочном порядке. Вечером 02.02.11 появились постоянные боли в правой подвздошной области тянущего характера, низкой интенсивности, усиливающиеся в лежачем положении.

Ststus praesens.

Состояние удовлетворительное. АД мм рт.ст., ЧСС 76/мин, ЧДД /мин.

Пациентка нормостенического телосложения, повышенного питания.

Кожные покровы и видимые слизистые светло-розовые, отмечается шелушение кожи на лице и руках, герпетические высыпания на верхней губе слева. Оволосение по женскому типу. На коже живота - стрии. Подкожно-жировая клетчатка утолщена, более выражено в области живота и бедер. Отеков нет. На голенях выявляются расширенные подкожные вены.

Границы сердца в пределах нормы. Тоны ясные, патологических тонов и шумов нет.

Дыхание свободное. При перкуссии звук легочный над всей поверхностью легких. При аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких.

Живот мягкий и безболезненный при пальпации во всех отделах.

Нарушений мочеиспускания нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные влагалищного исследования

Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы без особенностей. Влагалище рожавшей, стенки не опущены. Шейка нормальной длины, цилиндрическая, не эрозирована, не кровоточит, тракции за шейку безболезненны. Наружный зев щелевидный. Тело матки в положении антефлексио, увеличено до 5 недель беременности, безболезненное, подвижное. Длина матки по зонду 7 см. Придатки не увеличены, безболезненны. Параметриии свободны. Задний, левый, правый, передний своды выражены, безболезненны. Выделения умеренные, кровянистые, с неприятным запахом.

Предварительный диагноз

Аденомиоз? Субсерозная миома матки? Дисфункция яичников репродуктивного периода, ДМК? Гиперпластический процесс в эндометрии?

План обследования

1. Рутинные методы исследования.

2. УЗИ органов малого таза. Цель: для оценки структуры эндометрия и миометрия, предварительного заключения о наличии или отсутствии миомы матки, аденомиоза; для оценки структуры придатков и яичников - поиск причины болей в правой подвздошной области.

. Раздельное диагностическое выскабливание сиенок полости матки и цервикального канала, с последующим гистологическим исследованием. Показания: жалобы на длительные (около 2 недель) обильные кровянистые выделения из половых путей, предположительно вне фазы менструации. Цель: остановка кровотечения, оценка состояния эндометрия для определения фазы менструального цикла, заключения о наличии или отсутствии гиперплазии эндометрия.

. Консультация терапевта. Для уточнения диагноза и терапии АГ, хронического бронхита.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования

1. Клинический анализ крови:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Единицы СИ |
|  | 02.02.11 | 08.02.11 |  |  |
| Гемоглобин | 137 | 165 | 130-160 | г/л |
| Эритроциты | 4,17 | 4,74 | 4,0-5,0 | 1012/л |
| MCV | 94,7 | 94,3 | 80-95 | фл |
| MCH | 32,4 | 34,8 | 27-31 | пг |
| MCHC | 347 | 369 | 330-370 | г/л |
| Тромбоциты | 214 | 159 | 180-320 | 109/л |
| Лейкоциты | 8,3 | 4,1 | 4,0-9,0 | 109/л |
| Гранулоциты | 56 | 46 | 48-78 | % |
| Лимфоциты | 38,2 | 50,4 | 19-37 | % |
| Моноциты | 5,8 | 3,6 | 3-11 | % |

Заключение: относительный лимфоцитоз, остальные показатели в пределах нормы.

2. Клинический анализ мочи 04.02.11:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма |
| Цвет | Сол.-желтый | Сол.-желтый |
| Прозрачность | Полная | Полная |
| Удельный вес | 1020 | 1002-1030 |
| Белок | Нет | Нет |
| Глюкоза | Нет | нет |
| Лейкоциты | нет | 0-2 в п/з |
| Эритроциты | нет | 0-2 в п/з |
| Реакция | 6,5 | <7,0 |
|  |  |  |

Заключение: все показатели в пределах нормы.

3. Определение группы крови:

Группа крови - A(II).

Резус фактор - положительный. Kell - положительный.

4. Биохимический анализ крови 03.02.11:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Единицы СИ |
| Общий белок | 67,6 | 66-87 | г/л |
| Глюкоза | 4,37 | 3,89-5,83 | ммоль/л |
| АЛТ | 13,1 | <41 | Ед/л |
| АСТ | 20,7 | <41 | Ед/л |
| Na | 141,7 | 136-145 | ммоль/л |
| K | 4,33 | 3,5-5,5 | ммоль/л |
| Общий билирубин | 10,9 | <20,5 | мкмоль/л |
| Креатинин | 82,3 | <150 | Мкмоль/л |

Заключение: все показатели в пределах нормы.

5. Анализ отделяемого из влагалища 07.02.11:

Эпителий - много.

Лейкоциты - 20-25-30 в п/з.

Эритроциты - до 50 в п/з.

Микрофлора - смешанная, много.

Гонококки - отрицательно.

Заключение: признаки инфекции половых органов.

6. ЭКГ 03.02.11:

Ритм синусовый, ЧСС 70/мин, ЭОС вертикальная. Патологии не выявлено.

7. УЗИ матки и придатков 03.02.11:

Матка: длина 54 мм, переднее-задний размер 42 мм, контуры ровные, структура миометрия неоднородная, ячеистая. М-эхо 6,3 мм, контуры ровные, структура эндометрия несколько неоднородная.

Правый яичник: размеры 47×30, контуры ровные, кистозное образование.

Левый яичник: размеры 38×17, контуры ровные, структура кистозно-измененная.

Заключение: Аденомиоз. Кистозное образование в правом яичнике. Кистозно-измененный левый яичник.

Раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала 03.02.11: соскоб умеренный, отмечается шероховатость по передней и особенно по задней стенкам матки.

Данные патогистологического исследования:

Материал: I - сгусток крови. II - соскоб.

В соскобах I и II кусочки слизистой оболочки цервикального канала с клеточной гиперплазией, пласты слущенного многослойного плоского эпителия, фиброзно-железистый полип.

Патогистологическое заключение: фиброзно-железистый полип цервикального канала, пласты пролиферативного эпителия.

Клинический диагноз

Основной: Дисфункция яичников репродуктивного периода, ДМК.

Сопутствующие заболевания: Аденомиоз. Кистозное образование в правом яичнике. Кистозно-измененный левый яичник. Хронический кольпит. Фиброзно-железистый полип цервикального канала. Артериальная гипертензия 2 степени. Хронический бронхит. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Обоснование диагноза:

1. Диагноз “Дисфункция яичников репродуктивного периода, ДМК” поставлен на основании: жалоб пациентки на длительные безболезненные обильные кровянистые выделения из половых путей; данных анамнеза - короткий менструальный цикл (21 день), появление кровотечения через 7 дней после менструации, т.е. в середине менструального цикла; данных физикального обследования - выявления признаков повышенной массы тела, что, в сочетании с АГ, является признаком метаболического синдрома, который приводит к гиперэстрогении; данных УЗИ - кистозно-измененный левый яичник, кистозное образование в правом яичнике; данных патогистологического заключения - пласты пролиферативного эндометрия в соскобе из тела матки, полученные через 21 день после окончания последней нормальной менструации, когда должна была наличествовать фаза секреции или начало фазы отторжения.

2. Диагноз “Аденомиоз” поставлен на основании: жалоб пациентки на длительные безболезненные обильные кровянистые выделения из половых путей, появившихся через 7 дней после менструации, т.е. в середине менструального цикла; данных влагалищного исследования - увеличение размеров тела матки до 5 недель беременности; данных физикального обследования - выявления признаков повышенной массы тела, что, в сочетании с АГ, является признаком метаболического синдрома, который приводит к гиперэстрогении; данных УЗИ - неоднородная, ячеистая структура миометрия; интраоперационных данных - отмечалась шероховатость по передней и особенно по задней стенкам матки при проведении РДВ. Для подтверждение диагноза необходимо дальнейшее наблюдение гинеколога, проведение УЗИ в I и II фазах цикла, в последующем проведение гистероскопии.

. Диагноз “Кистозное образование в правом яичнике” поставлен на основании: жалоб пациентки на на тянущие боли в правой подвздошной области; данных УЗИ - увеличение размеров правого яичника до 47×30, выявление кисты. На основании имеющихся данных нельзя исключить диагнозы эндометриоидной кисты яичника, цистаденомы, рака яичника.

. Диагноз “Кистозно-измененный левый яичник” поставлен на основании данных УЗИ.

. Диагноз “Хронический кольпит” поставлен на основании: данных влагалищного исследования - отмечались выделения с неприятным запахом; анализа отделяемого - увеличение числа лейкоцитов до 20-30 в п/з, большое количество микрофлоры. Для уточнения диагноза в дальнейшем требуется проведение кольпоскопии.

. Диагноз “Фиброзно-железистый полип цервикального канала” поставлен на основании: данных патогистологического исследования соскоба из цервикального канала.

. Диагноз “Артериальная гипертензия 2 степени” поставлен на основании данных анамнеза о периодическом повышении АД до 160/100 мм рт. ст. Для уточнения диагноза требуется консультация терапевта.

. Диагноз “Хронический бронхит” поставлен на основании данных анамнеза о курении с 16 лет по ½ пачки в день, ранее установленном данном диагнозе. Для уточнения диагноза требуется консультация терапевта.

. Диагноз “Варикозная болезнь вен нижних конечностей” поставлен на основании данных анамнеза о наличии данного заболевания, проводимых оперативных вмешательствах, данных физикального обследования - выявления расширенных подкожных вен.

Дифференциальный диагноз

Диагноз “Дисфункция яичников репродуктивного периода, ДМК” следует дифференцировать от:

1. Рака тела матки. Данный диагноз можно заподозрить на основании внезапного начала кровотечения, на фоне относительного благополучия по гинекологической области, безболезненности и большой длительности кровеотечения, увеличения тела матки в размерах при влагалищном исследовании. Диагноз исключается на основании данных патогистологического исследования соскоба со стенок полости матки - не выявлено признаков гиперплазии эндометрия.

2. Субмукозная миома матки. Данный диагноз можно заподозрить на основании начала кровотечения в середине менструального цикла, на фоне относительного благополучия по гинекологической области, увеличения матки при влагалищном исследовании. Однако при УЗИ не выявлено наличия миоматозного узла.

Диагноз “Кистозное образование правом яичнике” следует дифференцировать от:

1. Рака яичника. Данные УЗИ не позволяют исключить данную патологию. Необходимо и динамическое наблюдение в течение нескольких месяцев (лет) с УЗИ и исследованием уровня онкомаркеров.

Тактика ведения

Необходимости в специфической терапии основного заболевания на данный момент нет.

1. Стационарное наблюдение в течение нескольких дней, с контролем уровня лейкоцитов, гемоглобина, температуры для исключения осложнений операции РДВ.

2. Промывание влагалища 0,2% раствором хлоргексидина 2 раза в день, с целью проведения санации влагалища по поводу хронического кольпита.

. Анализ крови на онкомаркеры СА-125, СА-19.9, СА-72.4. Обоснование: наличие образования правого яичника подозрительного на рак яичника.

В дальнейшем, после выписки из стационара:

. Наблюдение гинекологом по месту жительства.

. Через 1 месяц повторить УЗИ органов малого таза (определить, нет ли роста кисты правого яичника) и анализ на онкомаркеры СА-125, СА-19.9, СА-72.4 - для исключения рака яичника.

. Через 2 месяца проведение гистероскопии для уточнения диагноза.

Предполагаемый этиопатогенез заболевания у пациентки:

Пациентка с 18 лет страдает артериальной гипертензией, при осмотре выявляется повышенная масса тела. Эти признаки являются компонентами метаболического синдрома, составной частью которого являются также гормональные нарушения. В частности, при метаболическом синдроме повышается уровень эстрона, вследствие увеличения конверсии андростендиона ароматазой жировой ткани. На протяжении длительного времени гиперэстрогения являлась относительно компенсированной, поэтому у пациентки сохранялся регулярный двухфазный менструальный цикл, не возникало бесплодия. Однако, уже с раннего возраста, наблюдалось нарушение менструальной функции - укорочение менструального цикла до 21 дня. При этом постепенно развивались органические изменения в женских половых органах - кистозные изменения яичников, аденомиоз (на фоне гиперэстрогении). В итоге развилась декомпенсация этих нарушений в виде персистенции фолликула. Остановка развития фолликула привела к пргестерондефицитному состоянию на фоне гиперэстрогении, далее к увеличению продолжительности и интенсивности пролиферативных процессов эндометрия. Сосудистые изменения в эндометрии из-за повышенной пролиферации, усугубляемые нарушениями микроциркуляции вследствие длительно существующей артериальной гипертензии, вызвали нарушение кровообращения, длительное и неравномерное отторжение эндометрия без его секреторной трансформации. В дальнейшем, при проведении РДВ через 21 день поле окончания последней нормальной менструации, была получена морфологическая картина пролиферативной фазы, хотя к этому времени в норме у данной пациентки, уже должна была быть секреторная фаза или фаза отторжения.

яичник кистозный лечение акушерский

Эпикриз

Папциентка #######, 37 лет, находилась в ГКБ №61.

В клинике с 02.02.11 по \_\_\_\_\_\_\_.

Клинический диагноз:

Основной: Дисфункция яичников репродуктивного периода, ДМК.

Сопутствующие заболевания: Аденомиоз. Кистозное образование в правом яичнике. Кистозно-измененный левый яичник. Хронический кольпит. Фиброзно-железистый полип цервикального канала. Артериальная гипертензия 2 степени. Хронический бронхит. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, на тянущие боли в правой подвздошной области.

Анамнестические данные: 1 беременность, 1 роды, менструальный цикл 21 день, последняя нормальная менструация 09-13.01.11. 20.01.11 появились безболезненные обильные кровянистые выделения из половых путей, продолжались около 2-х недель. Вечером 02.02.11 появились постоянные боли в правой подвздошной области тянущего характера, низкой интенсивности, усиливающиеся в лежачем положении.

При физикальном исследовании пациентки: при поступлении состояние удовлетворительное, повышенного питания, увеличен слой ПЖК.

При влагалищном обследовании: матка увеличена до 5 недель беременности, подвижна, безболезненна, наличие скудного кровянистого отделяемого с неприятным запахом.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

Группа крови - A(II).

Резус фактор - положительный. Kell - положительный.

В периферической крови относительный лимфоцитоз.

Анализ отделяемого из влагалища 07.02.11: Эпителий - много. Лейкоциты - 20-25-30 в п/з. Эритроциты - до 50 в п/з. Микрофлора - смешанная, много. Гонококки - отрицательно. Заключение: признаки инфекции половых органов.

УЗИ матки и придатков 03.02.11: неоднородная, ячеистая структура миометрия. М-эхо 6,3 мм, несколько неоднородная структура эндометрия. Увеличенный правый яичник с кистозным образованием. Кистозно-измененная структура левого яичника. Заключение: Аденомиоз. Кистозное образование в правом яичнике. Кистозно-измененный левый яичник.

Лечение:

Пациентке проводилось раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала 03.02.11, показание - жалобы на длительные (около 2 недель) обильные кровянистые выделения из половых путей, предположительно вне фазы менструации. Интраоперационно: соскоб умеренный, отмечается шероховатость по передней и особенно по задней стенкам матки. Патогистологическое заключение полученного материала: фиброзно-железистый полип цервикального канала, пласты пролиферативного эпителия.

Далее пациентке проводилось стационарное наблюдение в течение нескольких дней, с контролем уровня лейкоцитов, гемоглобина, температуры для исключения осложнений операции РДВ, промывание влагалища 0,2% раствором хлоргексидина 2 раза в день, с целью проведения санации влагалища по поводу хронического кольпита.

Рекомендации после выписки:

. Наблюдение гинекологом по месту жительства, УЗИ матки в I и II фазы цикла для подтверждения диагноза аденомиоза. Консультация гинеколога по поводу дальнейшего обследования и ведения с данным заболеванием.

. Через 1 месяц повторить УЗИ органов малого таза (определить, нет ли роста кисты правого яичника) и анализ на онкомаркеры СА-125, СА-19.9, СА-72.4 - для исключения рака яичника.

. Через 2 месяца проведение гистероскопии для уточнения диагноза.