**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Фамилия, имя, отчество** - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Год рождения (возраст)** - 30.10.1938 (62 года)

**Национальность** - русская

**Образование -** среднее

**Место работы** - пенсионерка

**Семейное положение - вдова.**

**Домашний адрес** - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата поступления в клинику-** 11 сентября 2001 г.

**Кем направлена** - консультативная поликлиника

**II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Больная предъявляет жалобы на постоянные тянущие боли внизу живота, периодические мажущие выделения из половых путей.

**III. АНАМНЕЗ ФУНКЦИЙ**

**1. Менструальная функция:** Месячные появились в 17 лет, ус­тановились сразу. По 6-7 дней через 28 дней, регулярные, слабо бо­лезненные, умеренные. После начала половой жизни и после родов ха­рактер менструаций не изменялся. Последняя менструация - 18 лет на­зад.

**2. Секреторная функция:** не нарушена.

**3. Половая функция:** половую жизнь начала в 21 год в браке. Брак был единственный (муж умер 15 лет назад). До этого половой жизнью была удовлетворена. Случайную половую жизнь отрицает. Противозачаточными средствами никогда не пользовалась.

**4. Детородная функция:** количество беременностей - 5; всего из них: родов - *2,* медицинских абортов - 3. Беременности и роды про­текали нормально, в послеродовых и послеабортных периодах ослож­нений не было. Детей кормила грудью до 1,5 лет.

**5. Функции смежных органов:** жалоб на патологию мочевой системы больная не предъявляет. Мочеиспускание безболезненное, 4-6 раз в сутки. Цвет мочи - соломенно-желтый. На функцию кишечника больная также не жалуется. Стул - безболезненный, оформленный, ко­ричневого цвета, 1 раз в сутки.

**IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Пациентка родилась 30 октября 1938 года в деревенской семье, третьим по счету ребенком. О выкидышах и мертворождениях матери не знает. В своем раннем развитии (физически и психически) от свер­стников не отставала. Перенесенных детских инфекций вспомнить не может. В школу пошла с 7 лет, училась преимущественно на «хорошо».

Замужем с 21 года, имеет двух детей: сына (40 лет) и дочь (36 лет).

Жилищно-бытовые условия хорошие, проживает одна в собствен­ной квартире. Питание достаточное, регулярное (3-4 раза в день). Из перенесенных заболеваний больная отмечает болезнь Боткина, про­студные заболевания. Наличие туберкулеза и венерических заболева­ний, а также наличие в прошлом травм, ранений, хирургических опера­ций пациентка отрицает. Из имеющихся заболеваний больная отмечает у себя хронический пиелонефрит (диагноз установлен в 1987 г.). Ал-

лергологический анамнез без особенностей. Переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей пациентке ранее никогда не прово­дились.

**v. АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

С июля 2001 года пациентку начали беспокоить слабовыраженные боли внизу живота ноющего характера. Больная не придала им особого значения. С 20 августа 2001 года появились мажущие выделения из половых путей (розового цвета), после чего пациентка обратилась к гинекологу в поликлинику по месту жительства (которого не посещала 18 лет с момента наступления менопаузы). Прошла обследование (УЗИ от 27 августа 2001 г., заключение: узловатая миома матки больших размеров), после чего была направлена на лечение в 21 гинекологиче­ское отделение 4 городской больницы.

**VI. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

1. **Общие данные наружного исследования**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положе­ние больной в постели активное. Телосложение - правильное/ рост -средний (166 см). По типу конституции пациентка нормостеник.

Кожные покровы бледно-розового цвета, нормально пигментиро­ваны, нормальной влажности и эластичности. Пролежней, трофических язв, высыпаний, расчесов, рубцов и т.д. на коже не обнаружено. Ово-лосенение по женскому типу. Ногти правильной формы. Подкожно-жировой слой выражен умеренно, величина кожной складки - около

1,5 см. Опухолевидных образований/ подкожной эмфиземы - нет. Оте­ков не обнаружено.

Нос правильной формы. Губы красно-розового цвета, без герпе-тических высыпаний. Слизистая оболочка полости рта красного цвета, без изъязвлений и геморрагии. Состояние десен и зубов удовлетвори­тельное. Увеличения миндалин не наблюдается. Язык чистый, влаж­ный, красно-розового цвета.

**2. Ориентировочное исследование нервной системы**

Пациентка достаточно контактна. Дермографизм розовый нестойкий. Зрачковый рефлекс присутствует, не изменен. Выражение лица спо­койное. Состояние психики не нарушено. Интеллект нормальный. Тип высшей нервной деятельности, по сложившемуся у меня впечатлению, - сильный, подвижный, уравновешенный. Поражения черепно-мозговых нервов не отмечается, сухожильные рефлексы умеренно вы­ражены, кожная чувствительность не снижена.

**3.Органы грудной клетки Границы относительной тупости сердца.**

Правая граница -1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая граница -1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Верхняя граница - III ребро.

Поперечник относительной тупости сердца -12 см.

Тоны сердца во всех точках аускультации приглушены. Ритм сер­дечной деятельности - нормосистолия.

Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполне­ния и напряжения, частотой 76 в минуту. Артериальное давление -130/80 мм рт. ст.

Тип дыхания - грудной. Форма грудной клетки - правильная. Грудная клетка эластичная/ безболезненная. Дыхание везикулярное, частота -18 раз в минуту.

Ширина полей Кренига над верхушками правого и левого легкого одинаковая и равна 4 см.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная линия Среднеключичная линия Передняя подмышечная линия  Средняя подмышечная линия  Задняя подмышечная линия  Лопаточная линия  Околопозвоночная линия | Пятое межреберьеVI ребро VII ребро  VIII ребро  IX ребро  X ребро  Остистый отросток  XIрудного позвонка | -  -  VII ребро  VIII ребро  IX ребро  X ребро  Остистый отросток  XIрудного позвонка |

Состояние грудных желез удовлетворительное, правильной фор­мы, без рубцов. Околососковые ореолы и соски не изменены.

**4. Желудочно-кишечный тракт**

Конфигурация живота нормальная, без выпячиваний. Видимой перистальтики кишечника не наблюдается. При проведении ориенти­ровочной поверхностной пальпации болезненности со стороны живота выявлено не было. Напряжения брюшной стенки у больной не отмеча­ется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Грыж и расхожде­ния прямых мышц живота не обнаружено.

Сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого плотноватого цилиндра диаметром около 2 см. Безболезненна. Перистальтики сигмо-видной кишки при пальпации замечено не было. Кишка хорошо смеща­ется в обе стороны на 3-4 см.

## Слепая кишка. Пальпируется хорошо в виде умеренно напряженного, несколько расширяющегося книзу цилиндра с закругленным дном, диаметром около 2 см. При надавливании на кишку слышно урчание. Кишка безболезненна. Подвижность - 2-3 см.

Поперечная ободочная кишка. Прощупывается в форме идущего

поперечно цилиндра умеренной плотности толщиной 2-2,5 см, легко перемещающегося вверх и вниз, неурчащего и безболезненного.

Желудок. Его нижняя граница (большая кривизна) располагается

на 2 см выше пупка по обе стороны от срединной линии тела. Пальпи- руется в виде валика. Желудок безболезненный, мягкой консистенции, при надавливании на него слышно урчание. Наличие опухолей на пе­редней стенке желудка при пальпации не выявлено. Привратник про­щупывается в виде тяжа. При его перекатывании под пальцами слышно слабое урчание.

Асимметрия и деформация в зоне правого подреберья не опреде­ляются. Пульсация печени отсутствует. Печень по срединно-ключичной линии располагается у края реберной дуги и не выступает за ее преде­лы. Край печени мягкий, безболезненный, острый, поверхность печени - ровная.

Определение размеров печени по Курлову:

1) расстояние между верхней и нижней границами печени по среднеключичной линии - 9 см:

2) расстояние между верхней и нижней границами печени по пе­редней срединной линии - 8 см;

3) расстояние от нижней границы печени по левой реберной дуге до верхней границы печени по передней срединной линии -7см.

**5. Мочевыделительная система**

При осмотре поясничной и надлобковой областей деформации, припухлости и гиперемии кожи выявлено не было. Отеки, характерные для почечных заболеваний, отсутствуют.

При поколачивании по поясничной области больная жалоб на бо­лезненность не предъявила (отрицательный симптом Пастернацкого).

**VII. гинекологическое исследование**

**1. Осмотр:** Наружные половые органы развиты правильно. Ово­лосение по женскому типу, умеренное. Область ануса и больших поло­вых губ без видимых патологических изменений. Слизистая входа во влагалище обычного цвета, влажная, чистая. Стенки влагалища не вы­падают.

**2. Исследование с помощью влагалищных зеркал:** Слизи­стая влагалища обычной окраски без видимых патологических изменений. Шейка цилиндрической формы,\_плотная. Наружный зев приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плотное образование.

**3**. **Влагалищное исследование:** влагалище емкое, без видимых патологических изменений. Влагалищные своды высокие, свободные. Влагалищная часть шейки матки развита нормально, цилиндрической формы, не деформирована. Наружный зев приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плотное образование.

**4. Двуручное (бимануальное) исследование.** Матка округлой формы с неровными контурами, увеличена до 20-21 недели беременно­сти, умеренно подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон без особенностей.

### VIII. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**1. Общий анализ крови** (12.09.2001 г.).

НЬ=136 г/л.

Лейкоциты - 5,6\* 10**9** в 1 л.

Нейтрофилы: палочкоядерные - 4%,

сегментоядерные - 67%.

Лимфоциты - 25%.

Моноциты - 4%.

СОЭ = 25 мм/ч.

Все показатели общего анализа крови (кроме повышенной СОЭ) находятся в пределах нормы.

**2. Общий анализ мочи** (12.09.2001 г.).

Цвет - желтый.

Прозрачность - (+).

Удельный вес -1015.

Реакция мочи - нейтральная.

Белок - отсутствует.

Лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Клетки плоского эпителия - 0-1 в поле зрения. Все показатели общего анализа мочи больной находятся в преде­лах нормы.

**3. Анализ на сахар крови** (12.09.2001 г.).

Сахар крови - 4,2 ммоль/л. Содержание сахара крови - в норме (3,5 - 5,5 ммоль/л).

**4. Анализ кала на яйца глист** (13.09.2001 г.).

Яйца глист не обнаружены.

**5.Флюорография органов грудной клетки** (25.02.2001 г.). Патологических изменений со стороны органов грудной клетки не обнаружено.

**6. Исследование мазков на гонококки** (12.09.2001 г.). Из уретры:

эпителий плоский: 2-4 в п/зр.

лейкоциты: 5-10 в п/зр.

Флора –

Из цервикального канала:

эпителий плоский: 2-4 в п/зр.

лейкоциты: 8-15 в п/зр.

Флора –

Гонококки не обнаружены.

**7. Цитологическое исследование:**

*Цервикальный канал:* типичный цервикальный эпителий, лейко­циты, эритроциты.

*Шейка матки:* типичный плоский эпителий, лейкоциты и эритроциты.

**8. УЗИ матки** (27.08.2001 г.).

Определяется округлый одиночный субмукозный узел однородной структуры, выполняющий всю полость матки и увеличивающий ее до размеров 20-21 нед. беременности.

**IX. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб, анамнеза заболевания и жизни, а также данных объективного обследования выставляется предварительный диагноз: **"Фибромиома матки больших размеров, одиночный субмукозный узел".**

**x. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

У данной больной ведущими симптомами заболевания являются постоянные, тянущие боли внизу живота, скудные кровянистые выде­ления, возникшие в менопаузальный период. Данные симптомы могут встречаться при раке тела матки, с которым необходимо дифференци­ровать фибромиому матки.

Для рака тела матки наиболее характерным симптомом в началь­ных стадиях заболевания является появление "молочных" белей, чего у нашей больной не отмечалось. Кровянистые выделения при раке тела матки носят контактный характер или появляются после физической нагрузки. У нашей больной кровянистые выделения носят неконтакт­ный, постоянный характер. Боли при раке тела матки в зависимости от стадии опухолевого процесса носят различный характер: в ранних ста­диях заболеваниях боли носят схваткообразный характер, после кото­рых появляются патологические выделения (гной, кровь); в дальней­шем боли становятся ноющими, усиливающимися в ночное время; кро­ме того, появляются нарушения со стороны соседних органов. Хотя при фибромиоме схваткообразные боли могут иметь место при рождении субмукозного узла, тем не менее, после этих болей нет патологических

выделений. Так как рак тела матки является злокачественным новооб­разованием, то он будет характеризоваться быстрым прогрессирова-нием опухолевого процесса (прорастание в соседние органы, появле­ние лимфогенных и гематогенных метастазов), а соответственно появ­лением симптомов поражения не только соседних органов, но и отда­ленных органов и систем, а также проявлением раковой интоксикации. Окончательный диагноз рака тела матки может быть верифицирован гистологическим исследованием. Таким образом, на основании разли­чий в клинической картине заболевания, данных объективного и инст­рументального обследований можно исключить диагноз рак тела матки у данной больной.

Постоянные тянущие боли внизу живота, усиливающиеся при фи­зической нагрузке также наблюдаются при неосложненной псевдому-цинозной кистоме. Возраст больной является характерным для возник­новения данной патологии, поэтому необходимо дифференцировать фибромиому с псевдомуцинозной кистомой. При неосложненной псев-домуцинозной кистоме нет кровянистых выделений, при бимануальном исследовании в области придатков матки определяется овальное, мно­гокамерное образование эластической консистенции, с узловатой по­верхностью, что визуализируется при ультразвуковом исследовании. Кроме того, частым осложнением псевдомуцинозной кистомы является полный перекрут ножки, что сопровождается картиной острого живота. У нашей больной при бимануальном исследование определяется обра­зование в полости матки, что подтверждается данными УЗИ. Таким образом, диагноз псевдомуцинозной кистомы должен быть исключен из ряда возможных у данной больной.

**XI. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ (клинический) ДИАГНОЗ**

**основной** - Фибромиома матки больших размеров, одиночный субмукозный узел.

**осложнения - нет.**

**сопутствующие заболевания** - Хронический пиелонефрит, стадия стойкой ремиссии (последнее обострение - 1995 г.).

**XII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Миома матки - доброкачественная опухоль, развивающаяся из мышечной ткани. Миома матки является наиболее распространенным заболеванием. Среди гинекологических больных миома матки наблюда­ется у 10-27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1-2.5% женщин.

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 гиперэстро-гения. Однако новейшими исследованиями установлено, что повышен­ное содержание эстрогенов наблюдается далеко не у всех больных, а ведущим факторов в развитии миомы матки является нарушение мета­болизма эстрогенов (преобладание эстрона и эстрадиола в фолликули-новой, а эстриола в лютеиновой фазе цикла) и функции желтого тела. Важную роль в возникновении и развитии миомы матки, являющейся гормональнозависимым новообразованием, играют 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.

Развитие и рост миомы во многом обусловливаются состоянием рецепторного аппарата матки. Специфические белки (рецепторы), вступая в связь с гормонами, образуют комплекс эстроген-рецептор или гестаген-рецептор. Нарушения рецепторного аппарата могут способст- вовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный). Как и при всяком патологическом процессе, изменение кровоснабжения ве- дет к существенным нарушениям функционального состояния органа. У больных с миомой матки наблюдается выраженные изменения гемоди- намики малого таза, что является одним из факторов, способствующих г более благоприятному развитию опухоли.

В генезе миомы матки играют роль изменение иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции (хронический воспалительный процесс придатков матки, тонзиллогенная интоксикация, ревматизм и др.), а также наследствен- ная предрасположенность.

Таким образом, патогенез миомы матки очень сложен. В развитии

заболевания играют существенную роль нарушения гипоталамо-гипофизарной системы функции яичников, надпочечников, щитовидной

железы, гормональные сдвиги в ранних стадиях развития опухоли не-

резко выражены, что обусловлено адаптационной способностью орга-

низма. Однако по мере развития миомы матки, снижения компенсатор-

ных механизмов на первый план начинают выступать более глубокие

нарушения функции многих эндокринных желез, играющих важную роль в развитии этой опухоли.

У больных миомой матки отмечается снижение активности и ре-

зервных возможностей симпатико-адреналовой системы, что отражает

компенсаторно приспособительные возможности организма в условиях развития патологического процесса.

Предрасполагающими моментами в развитии миомы матки явля­ются преданемические состояния и железодефицитная анемия. Наблю­даемые у больных с миомой матки подобные гематологические сдвиги вызывают нарушение окислительно-восстановительных процессов в ор­ганизме женщины и тем самым создают более благоприятные условия для роста миомы.

Следовательно, миома матки является полигландулярным заболе­ванием, при котором в патологический процесс вовлечены многие ор­ганы и системы женского организма.

Подтверждением вовлечения в патологический процесс гипота-ламо-гипофизарной системы служат нарушения функции щитовидной железы, молочных желез, надпочечников. Так, при наличии миомы матки у 2/3 больных обнаруживают фиброзно-кистозную мастопатию, реже кисты, фиброаденомы. У половины больных с миомой матки от­мечаются нарушения функции щитовидной железы, часто сопровож­дающиеся повышением ее функции.

Важную роль в патогенезе миомы матки играют нарушения функ­ции яичников, подтверждением чего служит и обнаружение мелкокис-тозных изменений яичников у 50-60% женщин в этой группе больных.

**XIII. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

**РЕЖИМ:** общий.

**ДИЕТА:** стол № 15 с включением в рацион подсолнечного, куку­рузного, соевого масла, содержащих полиненасыщенные жирные ки­слоты. Рекомендуется употребление минеральных вод - Есентуки 4,

Есентуки *17,* Боржоми, Смирновская - за 30 минут до еды, чередуя с приемом яблочного, свекольного, сливового или картофельного сока.

Поскольку фибромиома матки достигает больших размеров (20-21 нед. беременности) и она имеет субмукозную локализацию, сопровож­даясь кровотечениями, единственным методом лечения пациентки яв­ляется оперативное вмешательство (радикальное) - надвлагалищная ампутация матки. Выбор оперативного вмешательства обусловлен рас­положением миомы в теле матки и стремлением, во избежание воз­можных послеоперационных осложнений, сохранить архитектонику влагалища и топографию мочевого пузыря и прямой кишки.

Послеоперационное консервативное лечение - соответственно состоянию пациентки после вмешательства.

**XIV. ДНЕВНИК**

**14.09.2001 г.**

Больная предъявляет жалобы на постоянные тянущие боли внизу живота.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, по­ложение в постели - активное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски и умеренной влажности. Температура тела - 36,7 °С. Грудная клетка безболезненная, в легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания - 17 в минуту.

Сердечные тоны ясные, ритм сердечной деятельности - нормоси-столия. ЧСС - 68 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс симметричный, умеренного наполнения и напряжения.

Живот при пальпации слабоболезненный в околопупочной облас­ти/ мягкий. Печень не выступает из-под края реберной дуги, при паль­пации край печени мягкий, острый, легко подворачивающийся, безбо­лезненный.

Симптом Пастернацкого - отрицательный. Диурез со слов больной не нарушен.

**17.09.2001 г.**

Жалобы на постоянные тянущие боли внизу живота.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые без высыпаний. Температу­ра тела - 36,5 °С. Грудная клетка безболезненная, в легких - дыхание везикулярное/ хрипов, крепитации, шума трения плевры - нет. Частота дыхания - 18 в минуту.

Тоны сердца ясные. АД - 130/80 мм рт. ст. Пульс умеренного на-^ полнения и напряжения, частота - 76 в минуту.

Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный. При пальпации край печени мягкий, острый, легко подворачивающийся.

Симптом Пастернацкого - отрицательный. Отеков, характерных для почечных заболеваний, нет. Диурез со слов больной не нарушен.

**18.09.2001 г.**

Жалобы на постоянные тянущие боли внизу живота. Объективно: общее состояние пациентки удовлетворительное, положение в постели активное, сознание ясное. Температура тела -36,6 °С. В легких - дыхание везикулярное, побочных дыхательных шу­мов нет. Частота дыхания - 16 в минуту.

Тоны сердца ясные. АД - 120/75 мм рт. ст. Пульс симметричный/ частота - 76 в минуту.

Живот пальпаторно - слабоболезненный в околопупочной облас­ти, мягкий. Печень не выступает из-под края реберной дуги, при пальпации - край мягкий, острый, легко подворачивающийся. Селезенка не пальпируется.

Симптом Пастернацкого - отрицательный. Отеков, характерных для почечных заболеваний, нет. Диурез со слов больной не нарушен.

**ХV. ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Для выздоровления прогноз при правильно выполненной опера­ции - благоприятный. Для жизни прогноз также благоприятный при тех же условиях. Для трудоспособности - относительно благоприятный.

**XVI.ЭПИКРИЗ**

Пациентка Глазкова Зинаида Александровна, 62 лет, поступила в 21-е гинекологическое отделение 4 городской больницы с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота (с июля 2001 г.) и периодиче-

ские мажущие выделения из половых путей (с 20 августа 2001 г.).

В клинике было проведено обследование - клинический анализ крови и мочи, специальные гинекологические исследования, УЗИ орга- нов малого таза. На основании жалоб на постоянные тянущие боли внизу живота и периодические скудные кровянистые выделения из по-

ловых путей; на основании объективных данных: наружный маточный

зев приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плотное

образование, матка при бимануальном обследовании округлой формы с неровными контурами, увеличена до 20-21 недели беременности, уме­ренно подвижная; на основании данных УЗИ: определяется округлый одиночный субмукозный узел однородной структуры, выполняющий ^ всю полость матки пациентке был выставлен окончательный клиниче­ский диагноз: «Фибромиома матки больших размеров, одиночный суб­мукозный узел».

Больной показано оперативное лечение - надвлагалищная ампу-

тация матки. При правильно проведенной операции прогноз для вы- здоровления - благоприятный. Профилактика осложнений и рецидива

заболеваний заключается в наблюдении в женской консультации и

своевременном направлении для дальнейшего лечения.

#### Подпись куратора \_\_\_\_\_\_\_\_

# РЕЦЕНЗИЯ НА ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ: