Пензенский Государственный Университет

Пензенский Государственный Медицинский Институт

Кафедра Акушерства и Гинекологии

Зав кафедрой: проф., к. м. н. -------------

Преподаватель: доц. ----------------

История болезни

-------------------

Диагноз направившего учреждения: сальпингоофорит, киста правого яичника.

Предварительный диагноз: Киста правого яичника.

Клинический диагноз: Киста правого яичника.

Заключительный диагноз: Киста правого яичника.

Куратор: студент гр-------------------

Время курации: с 22 по 25 сентября 2004 года

Пенза 2004

**Паспортная часть**

* Ф.И.О.: ----------------
* Возраст: 30 лет (--------------)
* Место жительства: Пензенская область, --------------------
* Национальность: Русская
* Место работы: Магазин.
* Должность: Продавец.
* Дата поступления в отделение гинекологии областной больницы им. Н.Н. Бурденко: 14. 09. 2004.

**Жалобы**

На момент начала курации: 1) на тянущие ноющие боли в правой подвздошной области, постоянного характера. Не уменьшающиеся после приёма анальгетиков. Боли усиливаются при выполнении физической нагрузки.

**История развития заболевания**

Считает себя больной с конца мая 2004 года, когда впервые появились жалобы на боли тянущего и ноющего характера в правой подвздошной области. С 11. 06. – 24. 06. лечилась в районном стационаре с диагнозом: «хронический сальпингоофорит, киста правого яичника» (метрагил, диклофенак, хлористый кальций, цефазолин). Лечение успеха не принесло. Направлена на консультацию в поликлинику областной больницы им. Н. Н. Бурденко 28. 06. 2004. Пациентке предложена госпитализация, от которой она отказалась. В конце августа боли усилились, в связи с чем, пациентка обратилась повторно в поликлинику областной больницы. 14 сентября больная госпитализирована в 18 отделение гинекологии с диагнозом «киста правого яичника

**Анамнез жизни**

Родилась в семье интеллигенции, вторым ребёнком (кроме неё еще брат). Беременность протекала нормально, родилась в срок 36 – 38 недель, здоровой девочкой. Заболевания и вредные привычки матери во время беременности отрицает. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Из перенесённых в детстве заболеваний отмечает вирусный гепатит «А», паротит, частые ангины и простуды. Работает продавцом в течение последних 7 лет. Туберкулёз, ВИЧ, заболевания передающиеся половым путём в анамнезе отрицает. Травм и операций не было.

Месячные с 14 лет: безболезненные. Установились с 15 лет, по 6 дней, через 28 дней. В анамнезе 2 беременности, (1999 год, 2004 год). Роды в марте 2004 года путём кесарева сечения. Последние месячные 26 августа, без выскабливаний.

Пациентка бросила курить 2 недели назад. До этого курила 0, 5 пачек в день, алкоголь употребляет в умеренных количествах, муж не курит, вредных привычек не имеет. Отец здоров, у матери холецистэктомия в возрасте 46 лет. Гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей.

**Настоящее состояние**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

Конституциональный тип телосложения – нормостенический (над - и подключичные пространства умеренно выполнены жировой клетчаткой, ширина межрёберных промежутков 1 – 1,5 см, ребра расположены косонисходяще, подгрудинный угол равен 1000, лопатки прилегают к грудной клетке, толщина ПЖК в области спины 1,5 – 2 см., отношение поперечного размера грудной клетки к передне–заднему 2:1.

Рост – 165 см., вес – 82 кг. ИМТ = 30, 12. Температура тела – 36,80.

Видимый кожный покров розового оттенка, высыпаний, кровоподтёков, петехий, при осмотре не выявлено. Отмечается наличее безболезненных, мягких при пальпации рубцов в правой подвздошной области (операция по поводу острого аппендицита), в области шеи (зоб). Тургор кожи сохранён. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Характер волосяного покрова типично женский. Подкожно – жировая клетчатка развита умеренно с преимущественной локализацией на талии и бёдрах. На нижних конечностях отмечаются варикозно расширенные вены.

Подмышечные и паховые лимфатические узлы при пальпации безболезненны, мягкой консистенции, не спаяны с окружающими тканями, 1,5 – 2 см. в диаметре. Нижнечелюстные, околозатылочные, околоушные, передние и задние шейные, надключичные, локтевые и коленные лимфатические узлы не пальпируются.

Мускулатура развита удовлетворительно; мышечный тонус и сила сохранены, симметричны.

Конфигурация суставов обычна, дефигурации и деформации при осмотре не выявлено. Отёка, гипертермии околосуставных тканей нет. Объём активных и пассивных движений во всех суставах сохранён в полном объёме.

**Система органов дыхания**

# Осмотр

Форма грудной клетки нормостеническая - (над - и подключичные пространства умеренно выполнены жировой клетчаткой, ширина межрёберных промежутков 1 – 1,5 см, ребра расположены косонисходяще, подгрудинный угол равен 1000, лопатки прилегают к грудной клетке, толщина ПЖК в области спины 1,5 – 2 см., отношение поперечного размера грудной клетки к передне – заднему 2:1.

Окружность грудной клетки – 85 см., на вдохе – 89 см., на выдохе – 80 см.

Тип дыхания смешанный. Обе половины грудной клетки в дыхании участвуют симметрично. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. ЧДД – 18 в 1 минуту, дыхание ритмичное.

# Пальпация

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки одинаково.

# Перкуссия лёгких

При перкуссии симметричных отделов грудной клетки звук ясный лёгочный, одинаковый.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница лёгких | Справа | Слева |
| Высота стояния верхушек спереди | 4 см выше серединыключицы | 4 см выше серединыключицы |
| Высота стояния верхушек сзади | На уровне ост от-ка C VIII | На уровне ост от-ка C VIII |
| Ширина полей Кренига | 6 см | 6 см |
| Нижняя граница лёгких |  |  |
| По окологрудинной линии | 6 межреберье | Не определяется |
| По срединной ключичной линии | 6 ребро | Не определяется |
| По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| По лопаточной линии | 10 ребро | 10 рекбро |
| По околопозвоночной линии | Ост. отр-к Th XI | Ост. отр-к Th XI |

Дыхательная экскурсия нижнего края лёгких

По задней подмышечной линии = 8 см.

# Аускультация

Дыхание над симметричными участками грудной клетки в месте проекции лёгких везикулярное, одинаковое.

Хрипы, крепитации, шум трения плевры и другие побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинакова с обеих сторон.

**Система органов кровообращения**

# Осмотр

Кожный покров бледен, видимой пульсации сосудов шеи, пульсации в межреберьях, эпигастральной пульсации не наблюдается.

# Пальпация

Верхушечный толчок локализован (V межреберья на 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии), усилен, ограничен. Сердечные толчок не пальпируется.

Дрожания в области сердца не выявлено.

# Перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | Межреберье | Отношение к топографической линии |
| Правая | 5 межреберье | На 1 см. вправо от правого края грудины |
| Левая | 4 межреберье | На 1 см. вправо от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | 3 ребро | На середине расстояния между парастернальной и левой среднеключичной линией |

Поперечник относительной тупости сердца – 14 см.

Ширина сосудистого пучка – 5 см.

Конфигурация сердца нормальная.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы абсолютной тупости сердца | Межреберье | Отношение к топографической линии |
| Правая  | 5 межреберье | По правому краю грудины |
| Левая | 4 межреберье | 3 см. вправо от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | 3 межреберье | То же, что и при определении относительной границы |

# Аускультация

Сердечные тоны ритмичные. ЧСС – 72 удара в минуту. Дополнительные тоны, сердечные шумы и шумы трения перикарда при аускультации не выявлены.

# Исследование сосудов

При осмотре и пальпации сонных, височных, лучевых, подколенных артерий и артерий тыла стопы выявлена их пульсация. При определении артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, частота – 72 в минуту, умеренного наполнения, напряжении, обычной скорости.

При измерении артериальное давление на обеих руках по методу Короткова одинаково 110 – 70 мм. рт. ст.

Патологии вен при исследовании не выявлено

**Система органов пищеварения**

# Осмотр

Слизистая полости рта розовая влажная, на языке имеется белесоватый налёт. Живот округлый, симметричный, принимает участие в акте дыхания.

# Перкуссия

Перкуторно над всей поверхностью живота определяется характерный тимпанический звук. При перкуссии печени по Курлову, верхний край печени определяется по нижнему краю правого лёгкого – на уровне VI ребра. Нижняя граница по правой срединно-ключичной линии на уровне рёберной дуги, по предней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка, по левой рёберной дуге – на уровне левой парастернальной линии. Размеры печени: по правой средне-ключичной линии – 9 см, по передней срединной линии – 8 см, по левой рёберной дуге – 7 см. Симптом Ортнера отрицателен. Перкуссия селезёнки: длинник её при перкуссии по X ребру – 8 см, поперечник – 6 см.

# Пальпация

При поверхностной пальпации живот безболезнен, напряжения мышц брюшной стенки не выявлено, расхождения прямых мышц живота не наблюдается. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации живот безболезнен. Сигмовидная кишка при пальпации в виде гладкого, плотноватого, легко смещаемого цилиндра. Размером около 2,5 – 3 см. Слепая кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, 3 – 5 см. Поперечная ободочная кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, легко смещаемая, 5 - 6 см. Большая кривизна желудка в виде мягкого, гладкого, эластичного валика, практически безболезненна. Привратник при выполнении приёмов глубокой пальпации не выявлен.

Пальпация края печени не информативна. Определить её край не предоставляется возможным. Симптомы Керра, Мерфи, Мюсии отрицательны. Селезёнка при пальпации не прощупывается

# Аускультация

Перистальтика кишечника выслушивается шум трения брюшины, сосудистые шумы при обследовании не выявлены.

**Система органов мочеотделения**

Мочеиспускание безболезненное, частотой 6 – 7 раз в сутки.

Перкуссия

Симптом Пастернацкого (поколачивание по поясничной области) отрицателен обеих сторон.

**Status presens**

Молочные железы правильной округлой формы, симметричны, кожные покровы на них не гиперемированы. При пальпации мягкие. Узловых образований, уплотнений не выявлено.

Сосок цилиндрической формы. Ареола соска пигментировано.

Живот округлой формы, симметричный, при поверхностной пальпации безболезненный, при глубокой пальпации отмечает болезненность в правой подвздошной области.

**Status gynaecologicus**

Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу. Уретра и парауретральные ходы без патологии.

Осмотре шейки матки в зеркалах: стенки влагалища эластичны, слизистая оболочка розового оттенка. Шейка матки отклонена кпереди, наружный зев замкнут.

Влагалищное исследование: слева придатки не определяются, справа определяется болезненное округлое образование размерами 5 на 6 см. Матка не увеличена, подвижна, безболезненна, её поверхность гладкая.

**Предварительный диагноз**

Киста левого яичника.

**План обследования**

1. Анализ крови на группу и резус фактор.
2. Общий анализ крови.
3. Анализ крови для реакции Вассермана.
4. Общий анализ мочи.
5. ЭКГ.
6. Мазок из влагалища..
7. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин, глюкоза, ПТИ, фибриноген).
8. УЗИ органов малого таза.

**Результаты обследования**

1. Реакция Вассермана от 15 сентября 2004 года: экспресс – метод отрицательный.
2. Анализ крови на определение группы от 14 сентября 2004 года. 1 группа крови рез фактор положительный.
3. Общий анализ крови от 14 сентября 2004 года:

Гемоглобин – 142, 8 г\л

Эритроциты – 4, 5 \* 1012 л

Цветовой показатель – 0, 95 г\л

Тромбоциты – 220 тыс.

Лейкоциты - 8, 9 \* 109 л

РОЭ – 12 мм\ч.

4.Общий анализ мочи от 14 сентября 2004 года.

Количество -30 мл

Прозрачная

Цвет – насыщенно - жёлтый

Плотность – 1012 г\л

Белок – отр

Эпителий плоский – 7 – 9 в поле зрения

Лейкоциты – 10- 12 в поле зрения

1. Биохимический анализ крови от 25 февраля

Общий белок – 74 г\л

Мочевина – 4, 5 ммоль\л

Билирубин – 17,1 мкмоль\л

ПТИ – 80 %

1. ЭКГ от 16 сентября 2004:

Ритм синусовый, правильный. ЧСС – 72 в 1 минуту.

1. Мазок из влагалища от 20 мая 2004 года:

лейкоциты 1 -2 в поле зрения.

 роста гонококков не выявлено..

1. УЗИ: 8 сентября 2004 года.

матка: размеры 45 \* 43 \* 45 см. Контуры ровные. Структура миометрия однородная, толщина миометрия 14 мм. Свободной жидкости в малом тазу не обнаружено. Левый яичник: 32 \* 19 мм. Фолликулярный аппарат просматривается. Правый яичник: 41 \* 44 \* 27 мм с жидкостными образованиями 22 мм, неправильной формы. с плотной утолщенной капсулой, жидким содержимым.

Заключение: киста левого яичника.

**Этиопатогенез заболевания**

Опухоли и опухолевидные образования яичников – чрезвычайно часто встречающаяся патология по данным различных авторов, частота опухолей яичников за последние 10 лет увеличилась с 6 – 11 % до 19 – 25 %. Большинство опухолей яичников доброкачественные, на их долю приходится 75 – 87 % всех истинных опухолей яичников. Значительную часть кистозных образований яичников составляют опухолевидные ретенционные образования (70, 9%).

Гистогенез опухолей до конца не изучен, чем и объясняются разногласия о происхождении той или иной опухоли. Опухоли яичников имеют разнообразные клинико – морфологические проявления.

Покровный эпителий яичников, яйцеклетки на разных этапах созревания, гранулёзные клетки, тека – ткань, лейдиговские клетки, элементы мужской части яичника, рудиментарные эмбриональные структуры, тканевые дистопии, неспецифическая соединительная ткань, сосуды, нервы – все эти компоненты могут быть источниками самых разнообразных опухолей.

определённую роль в развитии опухолей яичника играет возраст женщины. Большинство опухолей яичников развивается в возрасте женщины от 31 до 60 лет, чаще старше 40 лет, 50 % составляют пациентки в постменопаузальном периоде. рост опухоли начинается задолго до её обнаружения. Каждая 3 – я больная наблюдается по поводу объёмного образования в придатках матки от нескольких месяцев до 4 – 5 лет и безуспешно лечится от предполагаемого воспаления. Перенесённые заболевания, преморбидный фон имеют большое значение в связи с нарушением рефлекторных взаимоотношений в системе гипоталамус – гипофиз – яичник.

Факторы риска по возникновению опухолей яичника определяют пути профилактики этого заболевания.

Факторы риска опухолей яичников: раннее или позднее менархе, позднее наступление менопаузы (позже 50 лет), нарушения менструального цикла. С риском возникновения опухолей яичников связаны и сниженная репродуктивная функция женщины, бесплодие, невынашивание. Хронические воспалительные заболевания придатков матки могут формировать преморбидный фон опухолевого процесса.

В последние годы изучена роль эпидемиологических и генетических факторов в развитии опухолевого процесса. Определённое значение имеют окружающая среда, питание, привычки, обычаи.

В современной онкогинекологии используется международная классификация опухолей яичников, основанная на микроскопической характеристике опухолей с учётом их клинического течения.

**Дифференциальный диагноз**

1) Дифференциальный диагноз при данной патологии необходимо проводить с субсерозной миомой матки.

При двуручном влагалищном исследовании у пациенток с цистаденомой в области придатков определяется объёмное образование сбоку или сзади от матки, округлой формы, тугоэлластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром от 5 до 15 см., безболезненное, подвижное при пальпации.

В случае субсерозной миомы матки пальпируется увеличенная матка с неровной поверхностью, миоматозные узлы плотные, при пальпации зачастую болезненные.

В нашем случае - при двуручном влагалищном исследовании слева придатки не определяются, справа определяется болезненное округлое образование размерами 5 на 6 см. Матка не увеличена, подвижна, безболезненна, её поверхность гладкая. То есть результаты пальпации говорят в пользу цистаденомы яичника.

При УЗИ в случае субсерозной миомы матки определяются округлые образования выходящие за пределы контура матки. Миоматозные узлы имеют слоистую структуру и, так называемую, капсул (уплотнённый гипертрофированный миометрий). Эхогенность повышенная и однородная, если нет внутриопухолевого распада.

При наличии цистаденомы яичника определяется округлое образование, диаметром 6- 8 см, толщина капсулы 0, 1 – 0, 2 см. Внутренняя поверхность опухоли гладкая. Содержимое однородное, гипоэхогеное. Часто могут определяться внутриопухолевые перегородки. Расположение обычно сбоку или сзади от матки.

В нашем случае определяется правый яичник: 41 \* 44 \* 27 мм с жидкостными образованиями 22 мм, неправильной формы с плотной утолщенной капсулой, жидким содержимым. Данные УЗИ говорят также в пользу цистаденомы яичника.

При эндоскопическом методе исследования (лапароскопии) в случае наличия доброкачественного образования яичника определяется объёмное образование округлой формы с гладкой блестящей белесоватой поверхностью. На поверхности капсулы определяется сосудистый рисунок. Содержимое серозной цистаденомы прозрачное, с желтоватым оттенком.

В случае наличия субсерозной миомы матки определяется объёмное образование на ножке, связанной с телом матки. Тёмно – бурого цвета, плотной тугоэлластичной консистенции.

Данный метод исследования не проводился в связи с тем, что диагноз был ясен и без применения инвазивных методик.

Исходя из всего вышеперечисленного, можно отметить, что в конкретном случае врач имеет дело не с субсерозной миомой матки, а с цистаденомой яичника.

**Клинический диагноз**

Киста правого яичника.

Обоснование.

1)На основании жалоб пациентки: тянущие ноющие боли в правой подвздошной области, постоянного характера. Не уменьшающиеся после приёма анальгетиков. Боли усиливаются при выполнении физической нагрузки.

2)На основании физикального исследования: при двуручном влагалищном исследовании слева придатки не определяются, справа определяется болезненное округлое образование размерами 5 на 6 см.

3)На основании результатов УЗИ: Правый яичник: 41 \* 44 \* 27 мм с жидкостными образованиями 22 мм, неправильной формы с плотной утолщенной капсулой, жидким содержимым.

**Лечение**

В данном случае лечение исключительно оперативное. Объём и доступ оперативного вмешательства определяется возрастом пациентки, злокачественностью процесса и сопутствующими заболеваниями.

Пациентка молодого возраста (30 лет), опухоль доброкачественная, малых размеров (5 – 6 см) сопутствующей патологии не выявлено.

Показано плановое оперативное лечение. Лапароскопия. Кистэктомия, сохранение яичника, придатков матки.

Операция 17. 09. 2004.

Лапароскопия, вылущивание кисты правого яичника. Время операции 11. 40. – 12. 25.

Интраоперационный диагноз: киста правого яичника с кровоизлиянием в капсулу.

Описание макропрепарата: образование округлой формы с гладкой блестящей поверхностью белесоватого цвета, диаметром 5 – 6 см., на поверхности определяется сосудистый рисунок. Содержимое прозрачное, с желтоватым оттенком.

Описание микропрепарата: наружная поверхность образования покрыта низким кубическим эпителием, под которым определяется соединительная ткань. Внутренняя поверхность выстлана реснитчатым эпителием. На отдельных участках реснички отсутствуют, эпителий атрофирован.

**План ведения пациентки после операции:**

1. Стол № 10.
2. Режим постельный первые сутки, палатный 2 – 3 сутки, затем общий с ограничением физической нагрузки.
3. Анальгин 50% 2 мл + димедрол 2% 1 мл в\м на ночь. № 5.
4. По показаниям при сильных болях – промедол 2 %. под контролем дежурного врача.
5. Снятие швов на 7 сутки после операции.