Паспортная часть

ФИО:

Возраст: 21 год

Национальность: русская

Место работы:

Адрес места жительства:

Семейное положение:

Дата и время поступления:

Жалобы при поступлении: жалобы на боли внизу живота, кровотечение из половых путей.

Жалобы на момент курации: незначительные тянущие боли внизу живота.

Анамнез жизни

В детстве развивалась гармонично. Образование средне-специальное. Труд сопряжен с подъемом тяжестей. Питание и условия быта удовлетворительные. Наследственность отягощена бронхиальной астмой (у бабушки). Аллергических реакций на лекарства, продукты питания и пр. нет. Гемотрансфузий не было. Наблюдалась с хроническим гастритом. Имеется миопия (-5,5). Был перелом правого запястья, лечилась гипсовой лангетой.

Специфические функции женского организма

Менструальная функция

Месячные начались в 14 лет. Цикл не установился до настоящего времени. С 16 лет аменорея чередуется с полименореей – кровянистыми выделениями по 3 месяца. Последняя менструация май 2011г.

Сексуальная функция:

Половую жизнь ведет с 16 лет, в браке не состоит. Имела 10 половых партнеров за последние 2 года. Половое влечение выражено. Половой жизнью живет, от беременности предохраняется презервативами. Сведений о здоровье половых партнеров нет.

Детородная функция.

Беременностей, родов не было.

Секреторная функция.

Бели не беспокоят.

Функция смежных органов: Нарушения мочеиспускания нет. Акт дефекации безболезненный.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной с 2008 года, когда проявилось нарушение менструального цикла по типу аменореи. За помощью обращалась в женскую консультацию. Рекомендовано лечение: Регулон. Принимала в течение 2 лет, с положительным результатом, менструальный цикл восстановился. Прекратила применение данного препарата с февраля 2011г. В феврале 2012 года снова обратилась в женскую консультацию. После обследования специалистами и взятия анализов на гормоны (ТТГ, Т4, пролактин) причина стойкой аменореи не была выявлена.

14 сентября 2012 года пациентка вновь обратилась за помощью в женскую консультацию в связи с тянущими болями внизу живота. Проведено УЗИ органов малого таза, сдан анализ крови на содержание гормонов (ТТГ, Т4, пролактин). 15 сентября появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. 16 сентября началось обильное кровотечение из половых путей. Пациентка вызвала скорую помощь и была доставлена в 1ГКБ.

Объективное исследование

Общий осмотр: рост 170 см, вес 67 кг, температура 36.6

Общее состояние удовлетворительное. Положение больной активное. Сознание ясное. Настроение бодрое. Телосложение нормостеническое.

Кожный покров бледно – розовый, чистый. Тургор и эластичность не снижены. Ногтевые пластинки пальцев рук и ног не изменены. Волосяной покров развит по женскому типу, но имеются довольно выраженное овосение средней линии живота до пупка. Отмечается наличие волос над верхней губой.

Подкожно–жировая клетчатка развита умеренно, распространена равномерно, толщина складки на уровне пупка равна 2 см. Отёков не выявлено.

Поднижнечелюстные, передние и задние ушные, затылочные, задние и передние шейные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные лимфоузлы пропальпировать не удалось.

Молочные железы одинаковых размеров, развиты правильно, при пальпации мягкие, безболезненные, соски чистые, выделения из них отсутствуют.

Мускулатура развита умеренно. Мышечная сила удовлетворительная. Нарушений функции мышц (дрожание, судороги) не выявлено. Верхние и нижние конечности правильной формы, симметричны.

Суставы верхних и нижних конечностей правильной конфигурации, болезненности при ощупывании и движении нет. Движения в суставах активны, в полном объеме.

Дыхательная система:

Осмотр: дыхание свободное, грудная клетка нормостенического типа. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания симметрично. Число дыхательных движений в минуту – 16. Глубина дыхания средняя, преимущественно грудной тип. Ритм дыхания правильный.

Пальпация: болезненность грудной клетки в межреберьях по окологрудинной, среднеподмышечной, околопозвоночной линиям отсутствует. Грудная клетка резистентна. Голосовое дрожание одинаково проводится в симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии выявлен ясный легочной звук над всей поверхностью грудной клетки.

Аускультация: с обеих сторон определяется везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры отсутствуют. Бронхофония выслушивается одинаково в симметричных участках.

Сердечно-сосудистая система:

Осмотр: видимые изменения не наблюдаются.

Пальпация: верхушечный толчок, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, симптом "кошачьего мурлыканья" не определяются.

Пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, не напряжён, удовлетворительного наполнения. Пульс – 80 ударов в минуту, артериальное давление равно 150/100 мм рт. ст.

Перкуссия: Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в норме. Сосудистый пучок во 2-м межреберье, шириной 6 см.

Аускультация: ритм сердца правильный, тоны сердца не приглушены. Внутрисердечных и внесердечных шумов нет.

Пищеварительная система:

Губы бледно-розового цвета, слизистая ротовой полости чистая, розовая, влажная, акт глотания свободный. Язык влажный, налета нет.

Осмотр живота: живот округлой формы, симметричный, не увеличен в объеме.

Пальпация:

1. поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный, расхождение прямых мышц отсутствует, передняя брюшная стенка не напряжена.

2. глубокую скользящую пальпацию патологии не выявила.

Печень: Размеры печени по Курлову: по среднеключичной линии справа – 9см, по передней срединной линии – 8см, по краю левой рёберной дуги – 7см, верхняя граница первого размера по средне-ключичной линии по 6-му ребру, нижняя по краю правой реберной дуги. Край печени не пальпируется.

Селезёнка: пропальпировать не удалось, при перкуссии длина по линии от пупка до 10 ребра равна 10см, ширина – 6 см.

Перкуторно жидкость в брюшной полости не определяется.

Склонность к запорам.

Нервная система:

Слух, обоняние, осязание не изменены. Поведение адекватное. Сон не нарушен. Дермографизм стойкий, линия красного цвета.

Эндокринная система:

Щитовидная железа визуально не обнаруживается, при пальпации увеличена. Вторичные половые признаки развиты по женскому типу. Индекс массы тела 23,1 – норма.

Мочеполовая система:

При осмотре поясничной области припухлостей, западений не выявлено, при пальпации поясничная область безболезненна, мочеиспускание не учащено, свободное, безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Гинекологическое исследование

1. Осмотр наружных половых органов.

Наружные половые органы развиты правильно по женскому типу. Оволосение на лобке по женскому типу. Перианальная область и большие половые губы без патологии.

2.Осмотр в зеркалах.

Слизистая влагалища складчатая, чистая. Шейка матки цилиндрической формы, сформирована, покрыта неизменённым эпителием. Наружный зев округлой формы, приоткрыт. Выделения из канала шейки матки носят менструальный характер, кровянистые, умеренные.

3. Пальцевое исследование.

Влагалище емкое, матка в типичном положении anteflexio, нормальных размеров, мягкая, эластичная. Слева придатки не определяются, справа придатки увеличены, безболезненны.

Данные лабораторных и инструментальных исследований

1. ОАК (16.09.12):

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты RBC\*1012/л | 4,81 |
| Гемоглобин Hb, г/л | 146 |
| Ht | 0,424 |
| Цв. Показатель MCHC, % | 0,9 |
| Ретикулоциты RTC, % | - |
| Тромбоциты PLT \*109/л | 275 |
| Лейкоциты WBC \*109/л* Палочкоядерные, %
* Сегментоядерные, %
* Эозинофилы EOS, %
* Базофилы BAS, %
* Лимфоциты LYM, %
* Моноциты MON, %
 | 9,82642-275 |
| СОЭ ESR, мм/час | 8 |

Заключение: незначительный лейкоцитоз.

1. ОАМ (17.09.12)

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | желт. |
| Прозрачность | прозрачная |
| Уд. вес | 1025 |
| Реакция | кислая |
| Белок  | 0.12 г/л |
| Глюкоза  | отриц. |

Заключение: повышение содержания белка в моче.

1. Коагулограмма (17.09.12) в норме
2. Биохимический анализ крови (17.09.12)

|  |  |
| --- | --- |
| Мочевина, ммоль/л | 3,12 |
| Биллирубин общий, мкМоль/л | 20,65 |
| * Прямой, мкМоль/л
* непрямой
 | 3,48- |
| Общий белок (г/л) | 66 |
| RW (реакция микропреципитации) | отрицательная |

Заключение: норма.

5. Кортизол крови (20.09.12):

Утренняя порция: Кортизол 582,9 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л);

Вечерняя порция: Кортизол 73,07 нмоль/л (норма 64-340 нмоль/л).

Заключение: повышение уровня в утренней порции крови.

6. Анализ крови на содержание гормонов ТТГ, ФСГ, ЛГ, Пролактина, Тестостерона и Дегидроэпиандростерон-сульфата (19.09.12):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ТТГ | 1,55 мкЕД/л | Норма: 0,27-4,20 |
| ФСГ | 5,19 мМЕ/мл |  |
| ЛГ | 6,24 мМЕ/мл |  |
| Пролактин | 201,1 мкМЕ/мл | Норма: 102-496 |
| Тестостерон | 0,434 нг/мл | Норма: 0,08-0,48 |
| Дегидроэпиандростерон-сульфат | 339,5 мкг/дл | Норма: 148,00-407,00 |

Заключение: норма.

7. УЗИ щитовидной железы и надпочечников (19.05.12):

Заключение: в правой доле щитовидной железы единичные гипоэхогенные фолликулы с нечеткими контурами до 0,4 см. Надпочечники не видны, в их проекции патологических образований не выявлено.

8. Снимок турецкого седла (18.09.12):

Заключение: Размеры, форма турецкого седла входят в границы физиологической нормы.

9. УЗИ органов малого таза (18.09.12):

Матка кпереди, контур ровный, миометрий однородный. Шейка матки обычной формы, структура однородна. Эндометрий однороден. Яичники фолликулярного строения, в полюсе правого фолликул 16,2 мм.

10. ЭКГ (17.09.12):

Заключение: ритм синусовый, ЧСС 75 уд/мин, электрическая ось не отклонена. Вариант нормы.

11. Исследование мазков из влагалища, шейки матки, цервикального канала, уретры (18.09.12):

Эпителий многослойный плоский (поверхностный, промежуточный) в небольшом количестве. Цилиндрический эпителий в скоплениях. Лейкоциты до 5 в поле зрения. Эритроциты сплошь. Флора (умеренно). Палочки (мелкие, очень мелкие); кокки (мелкие, крупные, диплококки)

Заключение эндокринолога:

Данных за гипотиреоз, пролактиному не получено. Имеется неполная гиперкортизолемия в утренние часы. Глюкозотолерантный тест без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. ЧСС 80 уд/мин, АД 120/70 мм рт.ст. на 25.09.12 назначен осмотр совместно с профессором Зыковой Т.А.

Диагноз: НМЦ по типу аменореи. Синдром поликистоза яичников (?). Диффузный зоб I степени.

Предварительный диагноз

Нарушение менструального цикла по типу вторичной стойкой аменореи. Синдром поликистоза яичников.

Окончательный диагноз с обоснованием

На основании жалоб: боли внизу живота, кровотечение из половых путей. На основании данных собранного анамнеза: менструальный цикл не установился (возраст первой менструации 14 лет) – аменорея чередуется с полименореей. Последняя менструация – май 2011г. На основании анамнеза заболевания: положительная динамика после употребления гормонального препарата Регулон и отрицательная после его отмены, продолжающаяся аменорея. На основании объективного обследования: оволесение белой линии живота до пупка, области над верхней губой. На основании лабораторных данных: незначительный лейкоцитоз крови, повышение уровня кортизола в утренней порции крови. На основании полученной консультации эндокринолога. На основании инструментальных данных: гипоэхогенные фолликулы в правой доле щитовидной железы, фолликул в правом яичнике 16,2мм можно поставить следующий клинический диагноз:

Основное заболевание: Нарушение менструального цикла по типу вторичной стойкой аменореи. Синдром поликистоза яичников.

Осложнения: Метроррагия.

Сопутствующие заболевания: Диффузный зоб I степени.

Синдром поликистозных яичников. Этиология. Патогенез.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ, известный также как синдром Штейна—Левенталя) — полиэндокринный синдром, сопровождающийся нарушениями функции яичников (отсутствием или нерегулярностью овуляции, повышенной секрецией андрогенов и эстрогенов), поджелудочной железы (гиперсекреция инсулина), коры надпочечников (гиперсекреция надпочечниковых андрогенов), гипоталамуса и гипофиза.

Точные причины развития синдрома неизвестны, однако большое значение придается патологическому снижению инсулин-чувствительности периферических тканей, прежде всего жировой и мышечной ткани (развитию их инсулинорезистентности) при сохранении инсулин-чувствительности ткани яичников. Возможна также ситуация патологически повышенной инсулин-чувствительности ткани яичников при сохранении нормальной чувствительности к инсулину периферических тканей.

В первом случае, как следствие инсулинорезистентности организма, возникает компенсаторная гиперсекреция инсулина, приводящая к развитию гиперинсулинемии. А патологически повышенный уровень инсулина в крови приводит к гиперстимуляции яичников и повышению секреции яичниками андрогенов и эстрогенов и нарушению овуляции, поскольку яичники сохраняют нормальную чувствительность к инсулину.

Во втором случае уровень инсулина в крови нормален, однако реакция яичников на стимуляцию нормальным уровнем инсулина патологически повышена, что приводит к тому же самому результату — гиперсекреции яичниками андрогенов и эстрогенов и нарушению овуляции.

Патологическая инсулинорезистентность тканей, гиперинсулинемия и гиперсекреция инсулина при поликистозе яичников часто (но не всегда) бывают следствием ожирения или избыточной массы тела. Вместе с тем эти явления и сами могут приводить к ожирению, так как эффектами инсулина являются повышение аппетита, повышение отложения жира и уменьшение его мобилизации.

В патогенезе поликистоза яичников придают значение также нарушениям регулирующих гипоталамо-гипофизарных влияний: избыточной секреции ЛГ, аномально повышенному соотношению ЛГ/ФСГ, повышенному "опиоидергическому" и пониженному дофаминергическому тонусу в системе гипоталамус-гипофиз. Состояние может отягощаться и труднее поддаваться лечению при наличии сопутствующей гиперпролактинемии, субклинической или клинически выраженной недостаточности щитовидной железы. Такие сочетания встречаются у этих женщин значительно чаще, чем в общей популяции, что может говорить о полиэндокринной или полиэтиологической природе синдрома Штейна-Левенталя.

Некоторые исследователи придают значение повышенному уровню простагландинов и других медиаторов воспаления в текальной ткани яичников и в фолликулярной жидкости у больных поликистозом яичников и считают, что в патогенезе синдрома поликистозных яичников может играть роль возникающее по невыясненным пока причинам "холодное", асептическое воспаление ткани яичников, перенесённые воспалительные заболевания женской половой сферы или аутоиммунные механизмы. Известно, что введение простагландина E1 в яичник или в питающий его сосуд вызывает у лабораторных крыс значительное повышение секреции андрогенов и эстрогенов тека-тканью яичника.

Лечение.

На сегодняшний день препаратами первой линии при лечении поликистоза яичников являются метформин и глитазоны (пиоглитазон, розиглитазон). К ним могут быть присоединены, при необходимости, антиандрогенные препараты (спиронолактон, ципротерона ацетат), эстрогены (этинилэстрадиол в виде отдельного препарата или в противозачаточных таблетках), прогестины, малые дозы дексаметазона (0.5-1 мг в вечернее время для подавления секреции надпочечниковых андрогенов).

Необходимы меры по нормализации массы тела: диета, физическая активность.

При наличии сопутствующей гиперпролактинемии показана её коррекция с помощью назначения бромокриптина. При выявлении субклинической, а тем более клинически выраженной недостаточности щитовидной железы она подлежит коррекции с помощью назначения экзогенного L-тироксина.

При необходимости индуцировать овуляцию, если она не восстанавливается спонтанно на фоне терапии метформином или глитазонами, женщине могут быть назначены клостилбегит или тамоксифен в середине цикла.

В случае резистентности ко всем применяемым методам лечения показана хирургическая операция (лазерная или диатермокоагуляция яичников либо их декапсуляция, частичная резекция).

Дневник

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Состояние больного |
| 17.09.2012 г. | Общее состояние – удовлетворительное, АД 120/80, ЧСС 70 уд/мин, ЧД 18 в мин, температура 36,6 ºС. Больная предъявляет жалобы на слабые тянущие боли внизу живота. Ночью спала хорошо. При осмотре язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. При аускультации тоны сердца ясные ритмичные, дыхание везикулярное. Кровянистые выделения из половых путей умеренные, со сгустками. Физиологические отправления в норме. |
| 18.09.2012 г. | Общее состояние – удовлетворительное, АД 110/75, ЧСС 65 уд/мин, ЧД 18 в мин, температура 36,5 ºС. Жалоб активно не предъявляет. Ночью спала хорошо. При осмотре язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. При аускультации тоны сердца ясные ритмичные, дыхание везикулярное. Кровянистые выделения из половых путей умеренные, безболезненные. Физиологические отправления в норме. |
| 19.09.2012 г. | Общее состояние – удовлетворительное, АД 120/75, ЧСС 68 уд/мин, ЧД 17 в мин, температура 36,6 ºС. Жалоб активно не предъявляет. Ночью спала хорошо. При осмотре язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. При аускультации тоны сердца ясные ритмичные, дыхание везикулярное. Со слов, кровянистые выделения из половых путей мажущие, скудные. Физиологические отправления в норме. |

пациент диагноз менструальный аменорея

Прогноз

Прогноз в отношении жизни – благоприятный, трудоспособности – благоприятный, менструальной, половой и детородной функции – сомнительный.

В реабилитации пациентка не нуждается. Рекомендовано диспансерное наблюдение у гинеколога в женской консультации.

Эпикриз

Пациентка М.В.Н., 21 год была доставлена скорой медицинской помощью в 1ГКБ 16.09.2012 г. часов с жалобами на тянущие боли внизу живот, кровотечение из половых путей.

Было проведено медицинское обследование. Общий осмотр выявил оволосение белой линии живота и области верхней губы. Лабораторные исследования показали: лейкоцитоз крови – 9,8\*109/л, остальные показатели ОАК в норме. СОЭ: 8 мм/час. Общий анализ мочи в норме: цвет – желтый, прозрачная, удельный вес: 1025, реакция - кислая, белок: 0,12 г/л, глюкоза – отрицательные. Биохимический анализ крови: мочевина 3,12 мМоль/л, общий билирубин 20,65 мкМоль/л, общий белок: 66 г/л.

Анализ крови на содержание гормонов ТТГ, ФСГ, ЛГ, Пролактина, Тестостерона и Дегидроэпиандростерон-сульфата – норма. Исследование уровня кортизола крови: наблюдается повышение содержания кортизола в утренней порции крови.

Данные инструментальных исследований:

* УЗИ щитовидной железы и надпочечников (19.05.12):

Заключение: в правой доле единичные гипоэхогенные фолликулы с нечеткими контурами до 0,4 см. Надпочечники не видны, в их проекции патологических образований не выявлено.

* Снимок турецкого седла (18.09.12):

Заключение: Размеры, форма турецкого седла входят в границы физиологической нормы.

* УЗИ органов малого таза (18.09.12):

Матка кпереди, контур ровный, миометрий однородный. Шейка матки обычной формы, структура однородна. Эндометрий однороден. Яичники фолликулярного строения, в полюсе правого фолликул 16,2 мм.

* ЭКГ (17.09.12):

Заключение: ритм синусовый, ЧСС 75 уд/мин, электрическая ось не отклонена. Вариант нормы.

* Исследование мазков из влагалища, шейки матки, цервикального канала, уретры (18.09.12):

Эпителий многослойный плоский (поверхностный, промежуточный) в небольшом количестве. Цилиндрический эпителий в скоплениях. Лейкоциты до 5 в поле зрения. Эритроциты сплошь. Флора (умеренно). Палочки (мелкие, очень мелкие); кокки (мелкие, крупные, диплококки)

* Пациентка была осмотрена эндокринологом (18.09.12 и 24.09.12).

Заключение: Диагноз: НМЦ по типу аменореи. Синдром поликистоза яичников (?). диффузный зоб I степени.

В ходе обследования был установлен клинический диагноз:

Основное заболевание: Нарушение менструального цикла по типу вторичной стойкой аменореи. Синдром поликистоза яичников.

Осложнения: Метроррагия.

Сопутствующие заболевания: Диффузный зоб I степени.

Пациентке назначено этапное консервативное лечение, включающее в себя:

* Мероприятия по снижению веса (низкокалорийная диета, физические упражнения);
* Терапию по снижению инсулинорезистентности (Метформин в течение 3-6 мес);
* Стимуляцию овуляции (Кломифен – применять с 5 по 9 день менструального цикла). При отсутствии положительных результатов лечения бесплодия Кломифеном – принимать препараты содержащие гонадотропин (Пергонал, Хумегон);
* Эстрогенные препараты;
* Для поддержания регулярной менструальной функции и снижения эффекта андрогенов назначают комбинированные эстроген-гестагенные препараты с добавкой антиандрогенных препаратов (Диане-35).

На данный момент оперативное лечение не показано.

Рекомендации по выписке из стационара:

* Полностью выполнять рекомендации лечащего врача;
* Соблюдать рациональный режим дня и питания (ограничение острой, соленой, жареной пищи, алкоголя);
* Регулярное посещение врача женской консультации.

Список используемой литературы

* 1. Гинекология: Под редакцией Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.
	2. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Под редакцией А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерков — Москва, Медицина, 2004 г.
	3. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
	4. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников.- М.: Триада-Х, 2001
	5. http://health.mainpage.ru/disease/sindrom\_polikistoznyh\_yaichnikov/