1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

# Ф.И.О.:

##### **Возраст**: 49 лет

**семейное положение**:

**пол**:

**национальность**:

**образование**:

**место постоянного жительства**:

**место работы**

**профессия**:

**Ф.И.О.: адрес, телефон ближайших родствнников:** муж

**Дата поступления**: 26 ноября 1999 года

### **II. ЖАЛОБЫ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ**

Жалоб на момент курации не предъявляет.

### **III. ANAMNESIS**

* **Наследственность**  не отягощена.
* **Перенесенные общие заболевания:**  Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания один – два раза в год, острый бронхит в 1973 году.
* **Менструальная функция:**
* Первая менструация в возрасте 15 лет.
* Установились сразу
* Менструации по три дня, через 30 дней, регулярные.
* Менструации умеренные, до 1989 года безболезненные, с 1989 года менструации сопровождаются болями, которые появляются за неделю до менструации и продолжаются во время и после менструации. Боли жгуче-тянущего характера, постоянные.
* После начала половой жизни и родов характер менструаций не изменился.
* Последняя менструация
* **Секреторная функция** не нарушена, выделения умеренные, слизистые без запаха.
* **Половая функция:**
* Половой жизнью живет с 21 года.
* Половая жизнь регулярная
* Случайных половых связей не имеет.
* Либидо в норме.
* Чувство удовлетворения испытывает.
* Болей при сношениях нет
* После половых сношений кровянистых выделений из половых путей не отмечает.
* От беременности не предохранялась
* **Детородная функция:**
* Первая беременность через восемь лет после начала половой жизни, то есть в 29 лет.
* Была одна беременность, которая закончилась срочными родами, лицом женского пола с весом 3500 граммов. Во время родов акушерских операций и пособий не проводилось.
* **Перенесенные гинекологические заболевания:** отрицает
* **История развития данного заболевания:**

Считает себя больной с 1989 года, когда впервые появились боли жгуче-тянущего характера за неделю до, во время и неделю после месячных. За медицинской помощью до 1996 года с данными жалобами к врачу не обращалась. В 1996 году на профосмотре обнаружили эндометриоз, была назначена консервативная терапия, которую больная не получала. В 1997 году по поводу основного заболевания была проведена правосторонняя овариоэктомия и надвлагалищная ампутация матки. После проведенного лечения наступил период относительного благополучия (уменьшилась интенсивность и сила боли). За период с 1997 по 1999 год боли постепенно нарастали, но связь с месячными и продолжительность остались прежними. В 1999 году на профосмотре выявили опухоль левого яичника. Было рекомендовано оперативное лечение. По данной рекомендации больная поступила в 3 городской родильный дом, в гинекологическое отделение на плановое оперативное лечение. 29.09.99 года была проведена левосторонняя овароэктомия, которая была произведена нижнесрединным доступом с иссечением старого рубца. Во время операции выявили отсутствие матки, правых придатков и левой трубы. В области левых придатков – двухкамерная киста. Придатки изменены, увеличены, общим размером 15\*10\*10 см, слева опухоль спаяна с сигмовидной кишкой , снизу с мочевым пузырем, а справа на кисте располагаются петли тонкого отдела кишечника. Путем вылущивания постепенно произведено выделение опухоли левого яичника, справа – со вскрытием брыжейки тонкого отдела кишечника. После удаления этой двухкамерной опухоли в глубине раны (около шейки матки) найдена эндометриоидная киста 2,5\*2\*2 см. Капсула яичника вылущена.

**IV. ОБЪЕКТИВНОЕ ИСЛЕДОВАНИЕ**

А. Общее исследование:

1. Общее состояние: удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, в месте и времени ориентируется, при вступлении в контакт адекватен, выражение лица доброжелательное, телосложение правильное. Конституция: нормостеническая. Рост 165 см, вес 65 кг Кожные покровы чистые, смуглые, влажные, патологических высыпаний нет. Пигментаций не обнаружено, тургор нормальный. Ногти не деформированы. Слизистые оболочки губ, полости рта розовые влажные, высыпаний нет. Выраженность подкожной клетчатки нормальная, толщина складки на животе на уровне пупка 1,5 см. Лимфатические узлы – подключичные, надключичные, подмышечные и узлы Зоргиуса не пальпируются. Мышцы развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус и сила не изменены, при пальпации болезненности нет. Костная система: при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет. Варикозно расширенных вен и отеков нет.
2. Молочные железы: правильной формы, кожа молочных желез чистая, при пальпации – безболезненны, эластичной консистенции, дольки пальпируются хорошо, патологических образований нет. Соски не выступают над уровнем околососкового кружка, при надавливании на околососковую область патологических выделений нет.
3. Система дыхания: форма грудной клетки нормостеническая, деформаций нет. Правая половина грудной клетки при дыхании симметрична левой, тип дыхания смешанный. Надключичные ямки симметричны, западаний и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки не расширены, одинаковые по всей грудной клетке. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки не снижена как в переднезаднем, так и в боковых направлениях. Голосовое дрожание проводится во всех отделах симметрично. Сравнительная перкуссия: отмечается легочной перкуторный звук над всеми полями. Топографическая перкуссия: граница верхнего края правого лёгкого спереди - 3 сантиметра над ключицей, левого 3 сантиметра над ключицей, сзади - на уровне VII шейного позвонка. Поля Кренинга 6 см. с обеих сторон.

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 4 м/р | - |
| L. axilaris media | 8 м/р | 9 м/р |
| L. scapularis | 9 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

###### Подвижность нижнего края легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Вдох | Выдох | Суммарное | Вдох | Выдох | Суммарное |
| L. mediaclavicularis | 3см | 2см | 5см | - | - | - |
| L. axilaris media | 3см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |
| L. scapularis | 3 см | 3 см | 6 см | 2.5см | 3см | 5.5см |

Аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет.

5. Сердечно-сосудистая система: Деформации грудной клетки в проекции сердца нет. Локализация верхушечного толчка на 1.5см. кнутри от L. Mediaclavicularis в 5 м/р, локализован, умеренной силы и высоты. Патологических пульсаций в области шеи, яремной ямки, сердца, подключичных областях не наблюдается.

 Перкуссия:

 Границы относительной сердечной тупости:

правая граница - 4м/р на 1см к наружи от правого края грудины

верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

левая - в 5 м/р на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Правый контур сердца

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела

3 м/р на 1 см от правого края грудины

Левый контур сердца

5 м/р на 1.5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, на 7 см влево от передней срединной линии тела

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии

Поперечник сердца 12 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: по левому краю грудины на уровне 4 м/р

Верхняя: на уровне хряща 3 ребра слева

## Левая: на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5 см.

Аускультативно - сердечные тоны ясные, расщепления и раздвоения тонов не наблюдается, ритма перепела, галопа, «щелчок открытия» не выявляется. ЧСС 76 в 1 минуту, патологических шумов не наблюдается, прослушиваются функциональные систолические шумы на клапане аорты.

Исследование сосудов: Артерии - стенки эластичные, пульс умеренного наполнения и напряжения, правильной формы, ритмичный, синхронный на симметричных артериях. Артериальное давление на обеих руках одинаковое 115/75 мм.рт.ст. Вены при пальпации безболезненные, не расширены.

**6.** Система пищеварения: Запаха изо рта не наблюдается. Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины без особенностей. Язык влажный, налета нет, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Искусственных зубов и протезов нет. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается, в нижней трети по средний линии живота послеоперационный шов размером 12х5см. Пальпаторно: при поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в области операционной раны, тестообразной консистенции; при глубокой пальпации – сигмовидная кишка: поверхность ровная безболезненная, урчания не наблюдается, перестальтика вялая; слепая кишка умеренно напряжена, безболезненна, поверхность ровная, подвижная; поперечно-ободочная кишка умеренно уплотнена, безболезненна; восходящая и низходащая части толстого кишечника умеренно уплотнены, безболезненна, подвижны, мало перестальтирующие, поверхность ровная; желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется из-за болезненности в области операционной раны. Печень по краю реберной дуги, край плотный, ровный, безболезненный, ординаты Курлова 9х8х7. Селезенка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4.

7. Система мочевыделения: При осмотре в области почек патологических выпячиваний, изменения кожных покровов, рубцов не наблюдается. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация мочевого пузыря и мочеточниковых точек безболезненная.

8. Эндокринная система: Область щитовидной железы не увеличена, щитовидная железа не изменена, не пальпируется, болезненности при пальпации нет. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

9. Нервная система и органы чувств: Память и сон считает удовлетворительными, настроение приподнятое, раздражительности и плаксивости не отмечает, охотно вступает в контакт. Слух в норме; шепотная речь – 6 метров. Дермофрагизм красный, стойкий, исчезает через 40 секунд, тремора рук нет.

Б. Гинекологическое обследование

1. Состояние наружных половых органов: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу, верхняя граница роста волос горизонтальная линия. (рис1)

1. Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал:

Per speculum: влагалище цилиндрической формы, без патологических изменений, слизистая влагалища не менена. Шейка матки чистая, конической формы, плотная, слизистая без особенностей. Наружный зев канала шейки матки сомкнут.

Рис 2

#### Рис 1

1. двуручное влагалищное иследование: влагалищное иследование 2 и 1 пальцем левой руки раздвигают большие и малые половые губы; правой рукой производиться введение 2 и 3 пальца во влагалище. При этом предоставляется возможность определить ширину входа во влагалище, состояние промежности, мышц тазового дна, длину влагалища, глубину влагалищных сводов, длину и состояние влагалищной части шейки матки и придатков (положение, величина, консистенция, подвижность, болезненность). Это иследование может также дать представление о состояние стенок таза. (рис2)

Per vaginum: стенки влагалища растяжимы, тело матки не пальпируется, движение за шейку болезненно. Своды глубокие не нависают. Параметрии свободные. Придатки не пальпируются. Выделения слизистые.

В. Диагноз

* **основной:** Опухоль левого яичника.
* **Сопуствуюшие:**
* **Осложнения:** Обширный спаечный процесс брюшной полости.

Г. План обследования

* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Кал на Я/Г
* Кровь на RW
* Кровь на ВИЧ
* Кровь на биохимию
* Сахар
* Фибриноген
* ПТИ
* Мочевина
* Биллирубин
* Общий белок
* АСТ, АЛТ
* УЗИ органов малого таза
* ЭКГ
* Флюорография ОГК

Д. Результаты обследования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ОАК** от 30.11.99**Эр-** 3,4х1012 г/л**Hb-**108г/л**ЦП** 0,9**L-**5,2х109 г/л**Э**-2,**П**-1,**С**-66,**Л**-21,**М**-10**СОЭ-**7 мм.часЗаключение: нормохромная пост- геморрагческая анемия | **ОАМ** от30.11.99**Цвет-**с/желтый**Реакция -** кислая**Уд.вес –** 1018**Белок –** 0,09 г/л **Эп. плоский –** ед. в п/з**L –** 4-5в п/з**Эр –** 10-15 в п/зЗаключение: протеинурия, микрогематутурия. | **Биохимия крови** от 16.11.99**О.белок –** 80,6 г/л**Мочевина –** 6,2**Креатинин –** 80**Биллирубин –** 15,3 ммоль/л**Фибриноген Б –** отр**ПТИ –** 93% Заключение: в пределах нормы.  |

**Кровь на RW** от 16.11.99 - «отр»

**Мазок** от 16.11.99.

***С*** – **L** – ед. в п/з, **Эп** – 4-3-4 в п/з, **флора** – Гр ± палочки

 *П* – **L** – ед в п/з, **Эп** – ед. в п/з, **флора** – Гр ± палочки

**ЭКГ** от 19.11.99 – ритм синусовый, ЧСС64 в 1 минуту.

**Флюорография** от 23.11.99 – ОГК без патологии.

**V. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ и диф. диагноз**

* **основной:** Опухоль левого яичника.
* **Сопутствующие:**
* **Осложнения:** Обширный спаечный процесс брюшной полости.

Диагноз выставлен на основании: жалоб на боли в низу живота связанные с месячными; анамнеза эндометриоз –как фактор риска развития опухоли; клиники – во время гинекологическом исследовании до оперативного вмешательства при двуручном исследовании слева определялось плотное умеренно болезненное, слабо подвижное округлое образование размером8х8 см; по данным визуального осмотра во время лапоратомии.

Дифференцировку опухоли яичника следует проводить с:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | Опухоль яичника | Миома матки | Воспалительные заболевания придатков | Рак трубы |
| Анамнез | Наследственный фактор, функция деторождаемости и беременностей | Наследственность, связь с месячными, быстрота наростания симптомов | Частые простудные заболевания, венерические болезни. | Наследственный фактор, функция деторождаемости и беременностей |
| Клиника | Боль при месячных, при вагинальном исследовании определяется уплотненное образование больших или малых размеров в области проекции придатков.  | Изменение характера менструаций, ациклические кровотечения. Увелечние объема матки. | Повышение температуры тела, боль в низу живота, симптомы раздражения брюшины. | Боль иррадиирующая в нижний отдел живота, выделение блей серозно-гнойного характера. |
| Инструментальные методы диагностики | УЗИ картина, Данные цитологического исследования. | УЗИ картина, Данные цитологического исследования, железодифицитная анемия. | Гнойная кровь. Диспротеинэмия,  | УЗИ картина, Данные цитологического исследования. |

**VI. План лечения**

Восстановление ОЦК, (кровопотеря во время операции) физиологический раствор, глюкоза 5% внутривенно.

Полимеризующая смесь внутривенно для более быстрого восстановительного периода.

Более подробно лечение в листе назначений.

**VII. Дневник**

02.12.99 – жалоб нет, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, патологических высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные ЧСС72 в 1 минуту АД 120/70. Живот мягкий умерено болезненный в области операционно-косметического шва. Диурез в норме, стула нет.

На перевязке: края раны чистые, видны очаги грануляций. Повязка сухая. Патологических выделений нет.

Лечение продолжить, режим диета тоже.

03.12.99 - жалоб нет, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, патологических высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные ЧСС70 в 1 минуту АД 125/75. Живот мягкий умерено болезненный в области операционно-косметического шва. Диурез в норме, стула нет.

Лечение продолжить, режим диета тоже.

06.12.99 - жалоб нет, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, патологических высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные ЧСС72 в 1 минуту АД 120/70. Живот мягкий умерено болезненный в области операционно-косметического шва. Диурез в норме, самостоятельный стул.

На перевязке: края раны чистые, гранулированные, кожа вокруг спокойна. Повязка сухая. Патологических выделений нет.

Лечение продолжить, режим диета тоже.

07.12.99 жалоб нет, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, патологических высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные ЧСС72 в 1 минуту АД 120/70. Живот мягкий умерено болезненный в области операционно-косметического шва. Диурез в норме, стула нет.

Лечение отменено, готовится к выписке.

**VIII. Этиология и патогенез**

В настоящее время этиология и патогенез опухоли яичников, изучены недостаточно. Опухоли яичников исключительно разнообразны по своему гистогенезу.

***Теория эмбриональных зачатков*** направлена на объяснение развития группы опухолей из тканей, не свойственных яичнику. Согласно ей недифференцированные мезенхимальные элементы остаются в яичнике с периода раннего эмбриогенеза. В различные периоды жизни женщины под действием гормональных или других стимулирующих факторов возникает патологическая дифференциация мезенхимальных клеток с их последующей малегнизацией. Процессы пролиферации в тканях яичника стимулируют гонадотропные гормоны. Эмбриональные зачатки тканевых элементов, не свойственных яичнику, также начинают реагировать на влияние гонадотропных гормонов, но механизм этого влияния изучен недостаточно.

Ведущей является теория ***дисгормочальных, опухолей яичников,*** так как яичники являются основным местом секреции половых гормонов и регулируются гипоталамо-гипофизарно-яичниковым комплексом. Ведущая роль в данной теории отводится гонадотропной гиперстимуляции яичников. Возрастное повышение концентрации гонадотропинов в крови сочетается с увеличением заболеваемости опухолями яичников, а длительное применение эстроген-гестагенных контрацептивов, снижающих секрецию гонадотропинов, сопровождается уменьшением частоы опухолей яичников в 2-3 раза.

Гормональную зависимость опухолей яичников подтверждают особенности менструальной и генеративной функции (раннее менархе, раннее или позднее наступление менопаузы, пониженная детородная функция), частое нахождение рецепторов эстрогенов и прогестерона, ФСГ и ЛГ в опухолях яичников.

Для опухоли яичников характерна высокая частота первично множественных опухолей с преимущественной локализацией в теле матки, молочных железах и толстой кишке. Сочетание опухолей яичника и рака молочной железы, рака тела матки, гиперпластических процессов в эндометрии также позволяет отнести опухоли яичников к гормонозависимым опухолям и подтверждает роль эндокринно-обменных нарушений в патогенезе опухоли яичников с отягощенной наследственностью.

Существуют семьи, в которых зарегистрировано много случаев рака, включая и опухоль яичников. У больных опухолью яичников 38% выявляется ***наследственная отягощенностъ,*** в том числе при раке яичников - 14,6% случаев.

Имеется предположение, что осложнения беременности (ранние и поздние гестозы, инфекции) приводят к антенатальным поражениям фолликулярного аппарата яичников плода. Это может создать в последующем риск развития опухоли яичников.

применительно к данной больной можно предположить, что здесь имеет место теория дисгормональных нарушений, в течение жизни всего одна беременность и это при регулярной половой жизни без предохранения.

**IX. Эпикриз и прогноз**

Больная ФИО. 49 лет поступила на плановое лечение в гинекологическое отделение 4 род.дома с жалобами на постоянные пекушии боли в низу живота возникающие за неделю до месячных и продолжающиеся неделю после них. Данные жалобы беспокоят в течение 10 последних лет. При обследовании была диагностирована опухоль левого яичника. 29.09.99 года была проведена левосторонняя овароэктомия, которая была произведена нижне-срединным доступом с иссечением старого рубца. Во время операции выявили отсутствие матки, правых придатков и левой трубы. В области левых придатков – двухкамерная киста. Придатки изменены, увеличены, общим размером 15\*10\*10 см, слева опухоль спаяна с сигмовидной кишкой, снизу с мочевым пузырем, а справа на кисте располагаются петли тонкого отдела кишечника. Путем вылущивания постепенно произведено выделение опухоли левого яичника, справа – со вскрытием брыжейки тонкого отдела кишечника. После удаления этой двухкамерной опухоли в глубине раны (около шейки матки) найдена эндометриоидная киста 2,5\*2\*2 см. Капсула яичника вылущена.

Послеоперационный период протекал без осложнений. За время нахождения в стационаре были произведены следующие анализы:

ОАК от 30.11.99 Эр- 3,4х1012 г/л Hb-108г/л  ЦП 0,9, L-5,2х109 г/л Э-2,П-1,С-66,Л-21,М-10, СОЭ-7 мм.час,

ОАМ от30.11.99, Цвет-с/желтый, Реакция – кислая, Уд.вес – 1018, Белок – 0,09 г/л

Эп. плоский – ед. в п/з, L – 4-5в п/з, Эр – 10-15 в п/з

Биохимия крови от 16.11.99, О.белок – 80,6 г/л, Мочевина – 6,2, Креатинин – 80

Биллирубин – 15,3 ммоль/л, Фибриноген Б – отр, ПТИ – 93%

Кровь на RW от 16.11.99 - «отр»

Мазок от 16.11.99.

*С* – L – ед. в п/з, Эп – 4-3-4 в п/з, флора – Гр ± палочки

 *П* – L – ед в п/з, Эп – ед. в п/з, флора – Гр ± палочки

ЭКГ от 19.11.99 – ритм синусовый, ЧСС64 в 1 минуту.

Флюорография от 23.11.99 – ОГК без патологии.

и получала следующее лечение: Физ. Раствор 400.0 в.в №3, р-р глюкозы 5% 400.0 №3, р-р глюкозы 20% 200.0+KCL 10% 40.0+инсулин 8 ед. в/в капельно № 5.

Выписывается с улучшением в удовлетворительном состоянии под наблюдение ж/к по месту жительства. Рекомендовано физический и половой покой в течение 1 месяца. Прогноз для жизни благоприятный. Для детородной функции крайне неблагоприятный, для половой жизни благоприятный.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Онкогеникология под редакцией В.А. Поляковой
2. Гинекология под редакцией Л.Н. Васильевой
3. Справочник практического врача
4. Большая медицинская энциклопедия
5. Роберт М. Янгсон «Хирургия»