МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент -------------

Преподаватель: к.м.н. --------------

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Клинический диагноз:

Основной: Атипическая гиперплазия эндометрия.

Сопутствующие заболевания: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Гипертоническая болезнь I ст., наружный эндометриоз.

Куратор: студентка V курса

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

Дата начала курации: 22.05.2008

Дата окончания курации: 24.05.2008

Пенза, 2008 г.

**I. Паспортные данные**

1. Ф.И.О.: ---------------------
2. Пол: женский
3. Возраст: 0.01.1956 г. (52 года)
4. Адрес: г. Пенза, улица Вадинская
5. Место работы, должность: начальник производственного отдела ЗАО «Агроспецпредприятие»
6. Группа крови: А (II)
7. Резус фактор: положительный
8. Дата и время поступления: 13.05.2008 года в 9:30
9. Дата начала курации: 22.05.2008 года
10. Дата окончания курации: 24.05.2008 года

**II. Жалобы**

На мажущие кровянистые выделения из половых путей, ноющие боли внизу живота, общую слабость, быструю утомляемость.

**III. История заболевания (Anamnesis morbi)**

Последняя менструация была с 17.01.2008 г. по 22.01.2008 г., в срок, обычного характера, болезненные. Затем последовал трёхмесячный перерыв. 5 апреля 2008 года начались мажущие выделения коричневой окраски, которые продлились в течение 14 дней. 21 апреля женщине проводилось раздельное выскабливание полости матки, по результатам которого обнаружена атипическая гиперплазия эндометрия. Рекомендована госпитализация в гинекологическое отделение № 2 МУЗ ГКБ им. Захарьина для дообследования и лечения.

**IV. История жизни (Anamnesis vitae)**

Пациентка родилась 01.01.1956 года в городе Пенза, в полноценной семье, первым ребёнком по счёту. Росла и развивалась без отклонений, соответственно возрасту. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала. С 3 лет посещала детский сад. С 6 лет обучалась в Пензенской средней школе. По окончании школы поступила в Саратовский Сельскохозяйственный Университет, не закончив который, вышла замуж и переехала в г. Пензу, где устроилась на работу начальником производственного отдела ЗАО «Агроспецпредприятие».

Соматический анамнез: хронических заболеваний не отмечает, на «Д» учёте не стоит. Операций, травм не было.

Менструальная функция: Месячные начались в 11 лет, были в течение полугода нерегулярными, кровянистые выделения длились в течение 4 - 5 дней, первые 2 дня обильные, а затем скудные. Позднее (к 14 годам) установился менструальный цикл – 20 дней, продолжительность менструации 5 дней. Отмечает умеренную болезненность в первый, второй день, обильность умеренная. Дата последних месячных – с 17.01.2008 г. по 22.01.2008 г.

Сексуальная функция: Половая жизнь с 16 лет, один половой партнёр, методы контрацепции не применялись. При половых сношениях болей и кровянистых выделений не отмечала.

Паритет: В анамнезе – 6 беременностей, 4 аборта ( в 1976, 1978, 1980, 1983 годах), 2 родов. Адекватной реабилитации после медицинского аборта не проводилось. Выкидышей не было. В 2003 году проводилось выскабливание полости матки, результат – патологии не обнаружено, гормональной терапии не проводилось.

Бытовой анамнез: Материально-бытовые условия хорошие, живёт в 2-х комнатной квартире вместе с мужем. Климатические условия благоприятные. В зонах экологических бедствий не пребывала.

Питание: Питается регулярно 4 - 5 раз в день.

Перенесенные заболевания: Пиелонефрит, мочекаменная болезнь, миома матки, эндометриоз, гипертоническая болезнь I ст. Кроме того, болела ОРЗ, гриппом.

Вредные привычки: Курение, приём алкоголя, наркотиков отрицает.

Аллергический анамнез: без особенностей (аллергических реакций пациентка не отмечает).

Гемотрансфузий: не переносила.

Венерические заболевания, туберкулёз, гепатит, онкозаболевания у себя и у родственников отрицает.

**V. Настоящее состояние (Status praesens)**

Общий осмотр

Общее состояние больной: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеническое (над- и подключичные ямки умеренно выражены, направление рёбер приближается к горизонтальному, ширина межрёберных промежутков 1 см, эпигастральный угол равен 90°, лопатки плотно прилегают к задней поверхности грудной клетки, переднезадний размер приближается к боковому). Рост - 156 см, вес - 75 кг. Индекс массы тела составляет 24,0 (данный показатель соответствует верхней границе нормы (по рекомендациям ВОЗ)).

Развитие молочных желез соответствует V степени зрелости по Таннеру (зрелая грудь; сосок выражен, выступает над ареолой, пигментация достаточная).

Температура: 36,60 С.

Исследование кожи и слизистых оболочек: Кожный покров розового цвета, чистый. Тургор кожи сохранен, кожа умеренно влажная, эластичность не снижена. Пастозности и отёков нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Ногтевые пластинки овальной формы, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Кровоизлияний, расчёсов, рубцов, язв, пролежней, сосудистых изменений, в виде «сосудистых звёздочек» или телеангиоэктазий - нет. Видимые опухоли (ангиома, атерома и т. д.) так же отсутствуют. Слизистая носа, полости рта и твёрдого нёба розовая, влажная, высыпаний нет. Дёсны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены. Язык обычной формы и величины, чистый, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая зева розовой окраски, влажная, высыпаний и налётов нет. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая. Налётов, изъязвлений, рубцов нет.

Подкожно-жировая клетчатка: развитие подкожной жировой клетчатки умеренное. Толщина кожной складки в области реберных дуг по парастернальной линии и у нижнего угла лопатки - 2,5 см., в области пупка толщина жировой складки - 3 см. Подкожные вены малозаметны, подкожные опухоли не визуализируются.

Лимфатические узлы: подчелюстные - округлой формы, эластичные, гладкие, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, кожа над лимфатическими узлами не изменена; затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подъязычные, подмышечные, над-, подключичные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы - не пальпируются.

Мышцы: Мышечный корсет развит удовлетворительно, тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон.

Костная система: Кости не деформированы, обычной формы; болезненности при пальпации, поколачивании, симптома «барабанных палочек» нет. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы.

Суставы: правильной формы, активные и пассивные движения в полном объёме, безболезненные. Гиперемии, отёчности и изменения температуры кожи над суставами нет.

Система органов дыхания (Systema respiratorium)

Осмотр

Форма носа, гортани не изменена. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, гиперстенического типа (над- и подключичные ямки умеренно выражены, направление рёбер приближается к горизонтальному, ширина межрёберных промежутков 1 см, эпигастральный угол 90°, лопатки плотно прилегают к задней поверхности грудной клетки, переднезадний размер приближается к боковому). Окружность грудной клетки 104 см. Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная - 2 см. Тип дыхания - грудной. Дыхание ритмичное с частотой 17 дыхательных движений в минуту, средней глубины. Дыхательные движения симметричны, отставания одной половины грудной клетки, участия дополнительной мускулатуры в дыхании нет.

Пальпация грудной клетки

При пальпации грудной клетки по ходу межрёберных нервов, мышц и рёбер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, эластичность сохранена. Голосовое дрожание не изменено, одинаково с обеих сторон.

Перкуссия

При проведении сравнительной перкуссии лёгких был выявлен ясный лёгочный звук над всеми лёгочными полями.

Данные топографической перкуссии:

Высота стояния верхушек лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Слева  | Справа  |
| Спереди | На 3 см выше верхнего края ключицы | На 3 см выше верхнего края ключицы |
| Сзади  | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина верхушечных полей (поля Кренига) - 5,1 см справа и 5,2 слева.

Результаты топографической перкуссии:

|  |
| --- |
| Нижняя граница: |
| Топографические линии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Окологрудинная | VI межреберье | - |
| Срединно-ключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII межреберье |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная |  Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Активная подвижность нижнего края лёгких по задней подмышечной линии - 6,3 см справа и 6,4 слева.

Аускультация

При аускультации выслушивается неизменённое везикулярное дыхание по всем лёгочным полям. Крепитации и других побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена, одинакова над всей поверхностью лёгких.

**Сердечнососудистая система (Systema cardiovasculare)**

Исследование сердца.

Осмотр сердечной области. Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Видимая пульсация в области сердца, ярёмной ямки, подложечной области отсутствует.

Осмотр артерий и вен: «пляска каротид» не просматривается, извитость артерий и вен нормальная.

Пальпация. При пальпации верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, шириной 2 см, высотой 0,5 см, резистентный, сильный. Сердечный толчок не определяется. Аортальной пульсации и пульсации лёгочной артерии нет.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца:

верхняя - на уровне III ребра;

правая - в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Конфигурация сердечной тупости нормальная. Размеры поперечника сердца - 11 см, расстояние от левой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии - 8 см, от правой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии - 3 см. Ширина сосудистого пучка - 6 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

верхняя - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

правая - в IV межреберье по левому краю грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Аускультация сердца. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на лёгочной артерии и на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет.

**Исследование сосудов**

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 80 ударов в минуту, частый, умеренного наполнения и напряжения, высокий, регулярный. Дефицит пульса не определяется. При пальпации аорты выявлена слабая её пульсация в ярёмной ямке.

Аускультация сосудов. При выслушивании брюшного отдела аорты, чревной артерии (в области мечевидного отростка), почечных артерий патологических шумов не выявлено.

Артериальное давление на правой руке 130 и 70 мм. рт. ст., на левой руке 130 и 80 мм. рт. ст.

Пищеварительная система (Systema digestorium)

Стул регулярный, оформленный.

Осмотр

Полость рта: слизистая бледно-розового цвета, умеренной влажности, налётов, трещин, язв нет. Зубы ровные, санированы. Дёсны, мягкое и твёрдое нёбо бледно-розовой окраски, безболезненные, налётов, геморрагий, изъязвлений нет. Язык чистый, влажный, нормальной окраски, состояние сосочкового слоя в норме. Миндалины обычной величины, формы, розовой окраски, без налётов и гнойных пробок.

Живот: симметричен, округлой формы, равномерно участвует в акте дыхания; окружность живота на уровне пупка - 105 см.

Перкуссия

Перкуторный звук - тимпанический. Свободная или осумкованная жидкость в брюшной полости не обнаружена.

Пальпация

При пальпации живот мягкий, безболезненный. Состояние мышц живота (тонус в норме, напряжение мышц среднее, расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии, пупочная грыжа отсутствуют). Поверхностных опухолевых образований не выявлено. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Аускультация

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника ритмичный, средней громкости.

Печень и желчный пузырь

Осмотр

Выпячивания печени нет, деформация в области печени отсутствует.

Пальпация

Край печени острый, мягкий, поверхность ровная, консистенция уплотненная, безболезненная. Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Курвуазье, Кера, Лепене, Мюси, Мерфи - отрицательные.

Перкуссия

Границы абсолютной тупости печени по Курлову:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя | Нижняя |
| Правая срединно-ключичная | VII ребро | на уровне края рёберной дуги |
| Передняя срединная | - | на уровне края рёберной дуги |
| Левая реберная дуга | - | на уровне левой парастернальной линии |

Наличие симптома Ортнера не выявлено.

Размеры печени по методу М.Г. Курлова:

1. по правой срединно-ключичной линии - 9 см;
2. по передней срединной линии - 8 см;
3. по левой рёберной дуге - 7 см.

Аускультация

Шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

Селезёнка

Осмотр

Наличия ограниченного выпячивания в области левого подреберья и ограничения этой области в дыхании не обнаружено.

Пальпация: не пальпируется.

Перкуссия: перкуторные границы селезёнки в норме (длинник селезёнки, располагается по X ребру, составляет 6 см, а поперечник 4 см).

Аускультация: признаков периспленита не выявлено.

Поджелудочная железа

Болезненность в области её проекции отсутствует.

Пальпация: поджелудочная железа не пальпируется.

Система органов мочеотделения (Systema urogenitale)

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Осмотр

Поясничная область: гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено.

Надлобковая область: ограниченного выбухания в надлобковой области нет.

Пальпация

Почки: не пальпируются в положении стоя и лёжа. При нажатии на верхнюю и среднюю, рёберно-позвоночную и рёберно-поясничную точки болезненность отсутствует.

Мочевой пузырь: не пальпируется.

Перкуссия

* поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
* надлобковая область: над лобком выявляется тимпанический перкуторный звук, увеличение мочевого пузыря не обнаружено.

Эндокринная система

Части тела развиты пропорционально. Симптомы гипотиреоза и гипертиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерных для акромегалии, нет. Рост - 156 см, вес - 75 кг. Индекс массы тела составляет 24,0 (данный показатель соответствует верхней границе нормы (по рекомендациям ВОЗ)). Пигментации кожного покрова, характерной для аддисоновой болезни, не обнаружено. Рост волосяного покрова соответствует возрасту и полу. Выпадения волос нет. Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Щитовидная железа не пальпируется.

Нервная система (Systema nervorum)

Состояние психики

Сознание ясное, пациентка ориентирована в пространстве и времени. В контакт вступает охотно. Умственное развитие соответствует возрасту и образованию, на вопросы отвечает внятно, адекватно, речевые команды воспринимает быстро. Повышенной раздражительности, апатии, депрессии, эйфории, слабодушия не отмечено. Мнительности и навязчивых страхов нет. В разговоре пациентки отмечается последовательное изложение событий, эмоциональных реакций при беседе не возникало.

Речь, гнозия, праксия

Речь нормальная (дизартрии, скандирования, монотонности, заикания нет). Обращённую речь понимает. Целенаправленные действия, понимание значения зрительных, слуховых раздражителей, ориентировка в пространстве и топография собственного тела сохранены.

Функции черепных нервов

I пара - обонятельный нерв (n. olfactorius): различает все виды ароматических запахов одинаково правым и левым носовым ходом, D=S.

II пара - зрительный нерв (n. opticus): острота зрения OD= 1, OS = 1. III, IV, VI пары - глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы (nn. oculomotorius, trochlearis et abducens): зрачки круглые c ровными краями, нормальной величины с обеих сторон, D=S. Реакция зрачков на свет - прямая: живая, равная, D=S; содружественная: живая, равная, D=S. Реакция зрачков на конвергенцию с аккомодацией живая, равная, D=S. Объём движений глазных яблок полный, D=S. Косоглазие, нистагм, птоз не определяются.

V пара - тройничный нерв (n. trigeminus): чувствительность на обеих половинах лица и передней трети головы сохранена, D=S. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы живые, равные, D=S.

Жевание осуществляется в полном объёме, ограничение движения нижней челюсти не определяется. Вкус на симметричных половинах передних двух третях языка сохранен.

VII пара - лицевой нерв (n. facialis): при наморщивании лба, нахмуривании бровей образуются симметричные складки; при оскаливании зубов углы рта располагаются на одном уровне; носогубная складка не выражена, симметрична.

VIII пара - слуховой и вестибулярный нервы (n. vestibulocochlearis): острота слуха для шепотной речи слева и справа составляет 6 м, D=S; для разговорной 25 м для левого и правого уха, D=S. Переносимость вестибулярных нагрузок хорошая.

IX и Х пара - языкоглоточный, блуждающий нервы (nn. glossopharyngeus et vagus): вкус на задней трети языка сохранен, глоточный и нёбный рефлексы живые и равные, D=S. Мягкое нёбо в тонусе, не свисает; язычок симметричен, расположен по центру. Акт глотания не нарушен. Фонация сохранена.

XI пара - добавочный нерв (n. accesorius): поднятие плеч, сведение лопаток, поворот головы в стороны выполняется в полном объёме, одинаково с обеих сторон, D=S. Сила мышц справа 5 баллов, слева 5 баллов (D=S).

XII пара - подъязычный нерв (n. hypoglossus): ограничение движения языка в стороны, девиация не выявляются. Акт членораздельной речи не нарушен.

Двигательная сфера

Сила мышц справа 5 баллов, слева 5 баллов (D=S), объём активных и пассивных движений полный, темп нормальный.

Симптомы орального автоматизма не выявляются.

Чувствительная сфера

Болезненность нервных стволов при пальпации и вытяжении не отмечается. Анестезия, дизестезия, гиперпатия в отношении всех видов чувствительности не выявляются.

Координация движений

Гиперкинезы: клонические и тонические судороги отсутствуют. Дрожания нет. Скандированная речь, адиадохокинез не выявляются.

Менингеальные симптомы

Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний) отрицательные.

Вегетативные функции

Дермографизм розовый. Потоотделение, салоотделение, слюноотделение в пределах возрастной нормы. Пролежней нет. Болезненность при пальпации вегетативных узлов и сплетений не определяется. Пароксизмальные вегетативные расстройства не выявлены.

**VI. Гинекологический статус (Status genoecologicus)**

1. Визуальный осмотр: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Строение больших и малых половых губ без визуальных особенностей: большие половые губы прикрывают малые половые губы. Длина клитора составляет 1,5 см. Уретра и парауретральные ходы визуально не изменены.
2. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища бледно-розовая, складчатость не нарушена, эпителий без нарушения покрова; влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, бледно-розовая без нарушения эпителиального покрова; наружный зев замкнут, в виде щели; выделения тёмно-коричневого цвета, кровянистые, умеренные, без запаха.
3. Бимануальное исследование: Тело матки в правильном положении, увеличено до 5-6 недель беременности, подвижное, плотное; безболезненное. Придатки справа и слева не определяются, безболезненные. Своды свободные, безболезненные.

**VII. Предварительный диагноз**

Атипическая гиперплазия эндометрия. Миома матки в сочетании с аденомиозом.

Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: на мажущие кровянистые выделения из половых путей, ноющие боли внизу живота, общую слабость, быструю утомляемость.

Данных истории развития заболевания: Последняя менструация была с 17.01.2008 г. по 22.01.2008 г., в срок, обычного характера, болезненные. Затем последовал трёхмесячный перерыв. 5 апреля 2008 года начались мажущие выделения коричневой окраски, которые продлились в течение 14 дней.

**VIII. Этиология, патогенез данного заболевания**

Патологические, пролиферативные изменения слизистой оболочки матки называются «Гиперпластическими процессами эндометрия». Они возникают самостоятельно или появляются на фоне разных заболеваний половых органов (опухоли яичников, миома матки, эндометриоз). Также большое место занимают обменно-эндокринные нарушения, например, изменение жирового обмена.

 С возрастом увеличивается активность гипоталамического центра, регулирующего секрецию ФСГ. Секреция ФСГ возрастает, вызывает компенсаторное усиление деятельности яичников: яичники начинают в возрастающем количестве секретировать вместо классических эстрогенов (эстрадиола и эстрона) так называемые неклассические фенолстероиды, которые вырабатываются за счет разрастания тека-ткани. Источником гиперэстрогении (особенно, в менопаузе) следует считать избыточную массу тела и обусловленную этим повышенную ароматизацию андрогенов в эстрогены в жировой ткани. Таким образом, неспецифические для репродуктивной системы нарушения жирового обмена опосредованно (через измененный стероидогенез) приводят к гиперэстрогении и возникновению гиперпластических процессов эндометрия.

Эндометрий является органом-мишенью для половых гормонов из-за присутствия в нем специфических рецепторов. Сба­лансированное гормональное воздействие через цитоплазматические и ядерные рецепторы обеспечивает физиологические циклические превращения слизистой оболочки матки. Нарушение гормонально­го статуса может приводить к изменению роста и дифференцировки клеточных элементов эндометрия и повлечь за собой развитие ги­перпластических процессов.

Ведущее место в патогенезе ГПЭ отводится относительной или абсолютной гиперэстрогении, отсутствии антиэстрогенного влия­ния прогестерона или недостаточном влиянии. Причины гиперэстрогении: ановуляция, обусловленная персистенцией или атрезией фолликулов; гиперпластические процессы в яичниках или гормонопродуцирующие опухоли яичников (стромальная гиперплазия, текоматоз, гранулезоклеточная опухоль, тека-клеточные опухоли и т.д.); нарушение гонадотропной функции гипофиза; гиперплазия коры надпочечников; неправильное использование гормональных препаратов (эстрогены, антиэстрогены).

Однако ГПЭ могут развиваться и при ненарушенных гормональ­ных соотношениях. В развитии таких патологических процессов ведущая роль отводится нарушениям тканевой рецепции. Инфекционно-воспалительные изменения в эндометрии могут приводить к развитию ГПЭ у 30% больных.

В патогенезе ГПЭ большое место занимают также обменно-эндокринные нарушения: изменения жирового обмена, метаболизма половых гормонов при патологии гепатобилиарной системы и же­лудочно-кишечного тракта, иммунитета, функции щитовидной железы.

Я.В. Бохман выдвинул концепцию о двух патогенетических ва­риантах ГПЭ. Первый вариант характеризуется многообразием и глубиной гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена и проявляется в ановуляторных маточных кро­вотечениях, бесплодии, позднем наступлении менопаузы, гипер­плазии тека-ткани яичников, в сочетании с феминизирующими опу­холями яичников и синдромом поликистозных яичников. Зачастую возникают миомы матки и диффузная гиперплазия эндометрия, на фоне которой возникают полипы, очаги атипической гиперплазии эндометрия и рак. Обменные нарушения приводят к ожирению, гиперлипидемии и сахарному диабету. При втором патогенетическом варианте указанные эндокринно-обменные нарушения выражены нечетко или вообще отсутствуют; фиброз стромы яичников сочетается с нормальным строением или атрофией эндометрия, с появлением полипов, очаговой гиперплазии (в том числе и атипической) и рака эндометрия.

В последние годы выявлена сложная система факторов, участвующих в клеточной регуляции, и расширены представления о межклеточном взаимодействии и внутриклеточных процессах в гормонозависимых тканях. Так, установлено, что в регуляции пролиферативной активности клеток эндометрия наряду с эстрогенами участвуют ряд биологически активных соединений (полипептидные факторы роста, цитокины, метаболиты арахидоновой кислоты), а также система клеточного и гуморального иммунитета. В регуляции процессов тканевого гомеостаза и патогенезе пролиферативных заболеваний важная роль принадлежит не только усилению клеточной пролиферации, но и нарушению регуляции клеточной гибели (апоптоз). Резистентность клеток эндометрия к запрограммированной клеточной гибели (апоптозу) приводит к накоплению измененных и избыточно пролиферирующих клеток, что свойственно неопластическим изменениям эндометрия.

Таким образом, патологическая трансформация эндометрия — сложный биологический процесс, затрагивающий все звенья нейрогуморальной регуляции организма женщины.

**IX. План ведения больной**

1. Кольпоскопия шейки матки.
2. Общий анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. Биохимический анализ крови.
5. Определение группы крови и резус-фактора.
6. УЗИ органов малого таза.
7. Кровь на RW.
8. Консультация терапевта.
9. Оперативное лечение.

**X. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

1. Общий анализ крови

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| показатель | 16.05.2008 | 22.05.2008 | норма |  |
| WBC | 11,4 | 6,3 | 4,0-9,0 | 10³/mL |
| RBC | 4,65 | 4,25 | 3,50-5,0 | 10 6/mL |
| HGB | 119 | 105 | 120-166 | g/L |
| MCV | 73,8 | 72,9 | 80-100 | FL |
| MCH | 25,6 | 24,7 | 25,0-32,0 | Pg |
| MCHC | 347 | 339 | 200-360 | g/L |
| PLT | 255 | 338 | 160-380 | \*10³/mL |
|  | % |  | % | \*10³/mL |
| LY | 9,3 | 21,7 | 18,0-40,0 |  |
| MO | 10,0 | 9,0 | 2,0-9,0 |  |
| СЯН | 6 | - |  |  |
| Эо | 0,5 | 3,2 |  |  |
| BA | 0,5 | 0,3 |  |  |
| RDW | 14,3 | 14,3 | 11,5-14,5 | % |
| PCT | 0,20 | 0,26 | 0,08-1,0 | % |
| MPV | 7,8 | 7,6 | 6,0-10,0 | fL |
| PDW | 17,8 | 17,9 | 10,0-15,0 | % |
| СОЭ | 18 | 27 |  | Мм/ч |

Заключение: изменения в общем анализе крови видны по гемоглобину, лейкоцитам, скорости оседания эритроцитов, что можно связать с происходящей кровопотерей организма.

1. Общий анализ мочи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели исследуемой мочи | 13.05.2008. | 14.05.2008 | 16.05.2008 | Нормальные показатели |
| Количество | м/м | 1000 | 1100 | 800 - 1500мл |
| Прозрачность | полная | полная | мутная | прозрачная |
| Реакция | кислая | кислая |  | кислая |
| Цвет | соломенно-жёлтый | соломенно-жёлтый | розовая | соломенно-жёлтый |
| Плотность | м/м | 1021 | 1032 | 1015 - 1025 |
| Белок | отрица-тельный | 4 | 0,055 | отрица-тельный |
| Микроскопический анализ: |  |  |  |  |
| Эпителий плоский | 3 - 6 | 1 - 2 | - | 0 - 3 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2 - 3 | 0 -1 | 0 - 2 | 1 - 2 в поле зрения |
| Эритроциты | 5 - 7 | - | - | 0 - 1 в поле зрения |

Заключение: изменения в анализе можно связать с протеканием послеоперационного периода.

1. Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели исследуемой крови | 13.05.08. | Нормальные показатели | Единицы измерения |
| Фибриноген | 2,22 | 2,0 - 4,0 | г/л |
| Билирубин | 8,89 | 8,5 - 20,5 | мммоль/л |
| Глюкоза | 4,2 | 3,5 - 5,5 | ммоль/л |
| ПТИ | 89 | 80 - 105 | % |

Заключение: изменений в биохимическом анализе крови нет.

1. Группа крови (12.05.08 г.): А (I I) вторая, Rh (+) положительный.
2. УЗИ органов малого таза (11.05.08 г.): Тело матки - положение правильное, передне-задний размер 55 см., поперечный 56 см.. Толщина срединного М-эхо - 15 мм. Эндометрий повышенной эхогенности. Правый яичник - размеры 36×24×20 мм. Левый яичник - размеры 34×26×22 мм. По задней стенке матки ближе к переднему гиперпластические включения диаметром до 32 мм, по задней стенке гиперэхогенные включения диаметром до 15мм.

Заключение: Гиперплазия эндометрия. Миома матки с субсерозным ростом узлов.

1. Анализ крови на RW, ВИЧ (12.05.2008 г.) – отрицательный.

Консультация терапевта

Заключение: гипертоническая болезнь I ст., риск II ст., желудочковая экстрасистолия.

Патогистологическое исследование материала (15.05.2008)

Очаговая атрофия эктоцервикса с простой лейкоплакией. Эндоцервикс обычного строения. Железистая гиперплазия эндометрия с аденоматозом. Аденомиоз. Лейомиома матки.Серозные параовариальные кисты. Возростная инволюция маточных труб. Очаговый текоматоз яичников.

**XI. Клинический диагноз и его обоснование**

Клинический диагноз:

Основной: Атипическая гиперплазия эндометрия.

Сопутствующие заболевания: Миома матки в сочетании с аденомиозом. Гипертоническая болезнь I ст., наружный эндометриоз.

Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: на мажущие кровянистые выделения из половых путей, ноющие боли внизу живота, общую слабость, быструю утомляемость.

Данных истории развития заболевания: Последняя менструация была с 17.01.2008 г. по 22.01.2008 г., в срок, обычного характера, болезненные. Затем последовал трёхмесячный перерыв. 5 апреля 2008 года начались мажущие выделения коричневой окраски, которые продлились в течение 14 дней. 21 апреля женщине проводилось выскабливание полости матки, по результатам которого обнаружена атипическая гиперплазия эндометрия.

Данных объективного исследования: Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ЧСС 80 ударов в минуту. ЧДД 17 в минуту. При гинекологическом осмотре: выделения кровянистые, умеренные, без запаха; Матка увеличена до 5-6 недель беременности, плотная, безболезненная.

Данных гинекологического осмотра:

Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища бледно-розовая, складчатость не нарушена, эпителий без нарушения покрова; влагалищная часть шейки матки конической формы, бледно-розовая без нарушения эпителиального покрова; наружный зев замкнут, в виде щели; выделения тёмно-коричневого цвета, кровянистые, умеренные, без запаха.

Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: Изменения в анализах соответствуют кровопотере организма.

**XII. Дифференциальный диагноз**

Атипическую гиперплазию эндометрия нужно дифференцировать с эндометриозом, раком тела матки, саркомой матки и другими заболеваниями.

Ведущим симптомом эндометриоза является альгодисменорея. Болевой синдром развивается постепенно; наиболее выраженными при эндометриозе бывают боли в первые дни менструации, когда происходит отторжение слизистой матки (десквамация эндометрия). Сильными боли бывают при поражении перешейка матки, крестцово-маточных связок и при эндометриозе добавочного рога матки. Для определения локализации эндометриоза учитывают иррадиацию болей: при поражении углов матки боли отдают в соответствующую паховую область, при эндометриозе перешейка матки — в прямую кишку или влагалище. Как правило, с окончанием менструации болевые ощущения исчезают, или значительно ослабевают.

Менструальная функция нарушается по типу менометроррагии. Менструации бывают обильными и продолжительными (гиперпо-лименорея), кроме того, патогномонично появление сначала мажущих темных кровяных выделений за 2—5 дней до менструации и в течение 2—5 дней после нее. При распространенных формах аденомиоза к меноррагиям могут присоединиться маточные кровотечения в межменструальный период (метроррагии).

Вследствие мено- и метроррагии у больных с аденомиозом развиваются постгеморрагическая анемия и все проявления, связанные с хроническими кровопотерями: нарастающая слабость, бледность или желтушность кожных покровов и видимых слизистых, повышенная утомляемость и сонливость, снижение критической оценки своего заболевания.

Клинические проявления при саркоме матки связаны с местом расположения и скоростью опухолевого роста. Матка быстро увеличивается, по мере ее увеличения присоединяются нарушения менструального цикла, боли в малом тазу, обильные водянистые бели, иногда с неприятным запахом. При возникновении саркомы матки в миомоматозных узлах клинические проявления могут не отличаться от клинической картины миомы матки (субмукозной, субсерозной, интерстициальной).

При инфицировании опухоли и образовании обширных зон некроза появляется лихорадка, развиваются анемия и быстро наступает кахексия. От появления первых симптомов до обращения к врачу обычно проходит несколько месяцев.

По данным УЗИ можно заподозрить саркому матки на основании неоднородной эхогенности и узловой трансформации матки, участков с нарушением питания и некрозом в узлах. Появляется патологический кровоток со снижением индекса резистентности при допплерографии ниже 0,40.

Аспирационная биопсия малоинформативна при лейомиосаркоме, но позволяет заподозрить карциносаркому и эндометриальную саркому в 30% случаев. Диагностическая информативность гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания составляет 80—100%. Подтвердить саркому межмышечной локализации можно интраоперационно с морфологическим исследованием биоптата.

Важным диагностическим признаком является рост опухоли в по­стменопаузе.

Около 30% больных раком эндометрия поступают в клинику для лечения через 1—2 года от начала заболевания. В большинстве случаев это обусловлено бессимптомным течением заболевания. Наиболее частыми симптомами рака эндометрия являются серозные или мажущиеся кровянистые выделения. Последние преимущественно носят характер меноррагий или менометроррагий. Кровянистые выделения, возникающие в менопаузе и периодически повторяющиеся после физического напряжения, дефекации, тряской езды и т.д., а позднее принимающие постоянный сукровичный характер, являются весьма характерными симптомами для рака эндометрия. Появление обильных серозных белей у женщин пожилого возраста без сопутствующих воспалительных заболеваний матки, придатков, влагалища или шейки матки почти патогномонично для рака тела матки.

Нередкими симптомами описываемого заболевания являются схваткообразные боли внизу живота, которые возникают при затруднении оттока выделений из полости матки или в случае обтурации внутреннего зева и цервикального канала растущей опухолью. Когда раковая опухоль сдавливает нервные стволы или поражает лимфатические узлы, боли принимают постоянный характер. В ряде случаев больные жалуются на зуд наружных половых органов, повышение температуры тела, учащенное мочеиспускание.

При начальных формах рака эндометрия матка остается неизмененной. По мере развития опухолевого процесса она определяется несколько увеличенной, дряблой, плотной, слегка болезненной, а чаще безболезненной, приобретая ограничение в подвижности.

Информативность гистероскопии при раке эндометрия в постменопаузе составляет 98%, гистологическое исследование соскобов позволяет установит окончательный диагноз.

При исследовании патогистологического материала в раковой опухоли обычно значительно выражены изменения интерфазных ядер, их формы и размеров, строения интерфазного хроматина, количества и размеров ядрышек.

**XIII. Предоперационный эпикриз от 15.05.2008 года**

На операцию 15.05.08 г. подготовлена пациентка., 52 года с диагнозом – Атипическая гиперплазия эндометрия. Больная была экстренно госпитализирована 13.05.2008 г. во 2 гинекологическое отделение МУЗ ГКБ им. Захарьина из приёмного отделения, куда поступила вследствие самообращения.

Учитывая наличие мажущих кровянистых выделений, изменения в общем анализе крови пациентке показано оперативное лечение.

В клинике проведен курс предоперационной подготовки, включающий механическую очистку кишечника и премедикацию: в/м в 17:05 введены р-ры 1мл 2 % промедола, 1 мл 0,1 % атропина сульфата и 1 мл 1 % димедрола.

Планируется под эндотрахеальным наркозом произвести – лапаротомическую пангистерэктомию. Группа крови: А (II), резус-фактор – положительный. Предполагаемый объём кровопотери – минимальный, поэтому не требуется интраоперационной гемотрансфузии. Больная предупреждёна о возможных осложнениях и изменениях объёма оперативного вмешательства в процессе операции. Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. Аллергический анамнез – не отягощён. Согласие больной на операцию получено. Риск развития тромбоэмболических осложнений средний.

**XIV. Протокол операции**

15.05.08 г. 10:50 - 11:40

Операция: Лапаротомия. Пангистерэктомия. Разъединение спаек.

Диагноз до операции: Атипическая гиперплазия эндометрия.

В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом, брюшная полость вскрыта, разрезом по Пфаненштилю.

Обнаружено: Матка увеличена до 5 - 6 недель беременности, бугристая, с субсерозным узлом по передней стенке матки диаметром 4 см., по задней стенке диаметром 3 см., яичники не изменены. На трубах гидатиды диаметром 2 – 3 см. петли кишечника интимно подпаяны к заднее стенке матки в области крестцово-маточных связок.

Произведено: Пангистерэктомия типичным способом, петли кишечника с трудом отсепарованы от задней стенки матки. Гемостаз. Перитонизация. Туалет брюшной полости. Брюшная полость ушита послойно наглухо. Йодасептичекая наклейка. Моча по катетеру светлая 100 мл.

Макропрепарат: Матка, придатки на разрезе без особенностей.

Диагноз после операции: Атипическая гиперплазия эндометрия. Миома матки в сочетании с аденомиозом. Наружный эндометриоз. Спаечный процесс в малом тазу.

**XV. Рекомендации по ведению послеоперационного периода:**

1. Перевязки каждый день до снятия швов.
2. Снятие швов на 7 сутки после операции.
3. С целью устранения болевого синдрома в послеоперационном периоде -Анальгин, Димедрол; с целью восполнения ОЦК – растворы электролитов; атибактериальная терапия; антиагреганты и антикоагулянты для профилактики тромбоэмболических осложнений.

**XVI. Список используемой литературы:**

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. С-Пб. Гиппократ, 1992

2. Гинекология: учебник / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко и др.; под ред. Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД», 2004.

3. Макаров О. В., Озолиня Л. А.и др. Эндометрий: современные методы диагностики и лечения. – Медицинская сестра, 2004, № 1.

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И. Эндометриоз. – М.: Медицина, 1998.
2. Справочник по онкогинекологии / Под ред. Н.Н.Александрова. – Мн.: Беларусь,1980
3. Диагностика предопухолевых и опухолевых процессов шейки матки/ Ганина К.П., Коханевич Е.В, Мельник А.Н. – Киев: Наук.думка,1984.