ГБОУ ВПО ВГМУ Минздрава России

Кафедра акушерства и гинекологии

**Зав. Кафедрой:** профессор, д.м.н.,

**Ишпахтин Ю.И.**

**Преподаватель:** доцент, к.м.н.,
**Храмова И.А.**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

, 30 лет

**Клинический диагноз:**

**Основной:** Апоплексия правого яичника, болевая форма.

**Сопутствующий:** не выявлено

**Осложнения:** не выявлено

Куратор: студентка 508 группы

лечебного факультета

Пятова И.В.

Владивосток

2012г.

**Паспортная часть:**

 Фамилия, имя, отчество:

 Возраст: 30 лет

 Пол: женский

 Национальность: русская

 Семейное положение: замужем

 Обрзование: среднее специальное

 Профессия: Бухгалтер

 Домашний адрес: г

 Дата поступления: 21.11.12

 Дата курации: 23.11.12

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

Жалобы на острую, резкую, внезапно возникнувшую боль внизу живота, справа, иррадиирующие в прямую кишку. Тошнота, головная боль, слабость.

**АNAMNESIS MORBI**

Считает себя больной с 21 ноября, когда на фоне рабочей нагрузки появилась резкая нестерпимая боль в низу живота, больше справа, с иррадиацией в прямую кишку. Больная была доставлена Скорой медицинской помощью в гинекологическое отделение родильного дома №3, где ей было проведено УЗИ матки и придатков, а так же пункция заднего свода влагалища, где было получено геморрагическое содержимое, на основании чего был выставлен диагноз: апоплексия правого яичника, болевая форма. Проведена лапаротомия.

**ANAMNESIS VITAE**

1. Наследственность: отягощена по поводу язвенной болезни (мать), гипертонической болезни (бабушка).

2. Аллергологический анамнез: не отягощен.

3. Перенесенные общие заболевания: ветряная оспа, коревая краснуха (в детском возрасте), гастрит в 20 лет, острый пиелонефрит в 2001году, хронический панкреатит с 2003года,

4. Менструальная функция: Менструации появились в 14 лет установились сразу. Регулярный менструальный цикл составляет 30 дней. Умеренные, продолжительность 4 дня, болезненные.

 Характер менструаций не изменился после начала половой жизни, родов, абортов.

 Последняя менструация : 14-18.11.12

5. Секреторная функция умеренная, без отклонений.

6. Половая функция: половая жизнь с 17 лет, живет регулярной половой жизнью с постоянным половым партнером. Имеет половое влечение, во время полового акта испытывает чувство удовлетворения. Болей и кровянистых выделений во время полового акта нет.

7. Контрацепция: в течение последних 4-х лет принимает «Регулон».

8. Репродуктивная функция: беременность наступила с началом половой жизни, всего было 3 беременности: 2001 год – срочные роды, 2004 год – медицинский артицифильный аборт в сроке 9 недель, 2006 год – медицинский артицифильный аборт в сроке 11 недель, течение абортов без осложнений, послеабортный период без осложнений.

**Status praesens**

 При общем осмотре: Состояние больной удовлетворительное, положение

активное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое. При осмотре кожных покровов кожа бледно - розовая, нормальной влажности, теплая на ощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен. При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения женский. Пальцы и ногти обычной формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол" нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные , исчерченности и ломкости ногтей нет. При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание нормальное, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и поколачивании безболезненны. В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении нет.

**Состояние по органам и функциональным системам**

**Система кровообращения**

Грудная клетка в области сердца не изменена. Усиление пульсации сонных артерий не наблюдается. Набухание и пульсация шейных вен отсутствует. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1.5см кнутри от l.medioclavicularis, площадью 1см, средней силы. Сердечный толчок не пальпируется. Эпигастральной пульсации нет. "Кошачье мурлыканье" на аорте и верхушке сердца не пальпируется.

 Патологической пульсации нет. Пульс одинаковый на обеих руках,

ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной формы.

Частота 80 уд/мин. Сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется.

 Границы относительной сердечной тупости:

 Правая: IV межреберье- правый край грудины.

 III межреберье - 1.5 см кнаружи от правого края грудины.

 Верхняя: III ребро между l.sternalis и l.parasternalis.

 Левая: V межреберье - 2 см кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

 IV межреберье - 1.5 см кнутри от l.medioclavicularis

 III межреберье - l.parasternalis

 Границы абсолютной сердечной тупости:

 Правая: IV межреберье - левый край грудины

 Верхняя: IV ребро у края грудины

 Левая: V межреберье - 2 см кнутри от левой границы относительной

сердечной тупости.

 Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в I-м и II-м межреберьях.

 При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов, патологических ритмов нет.

 Артериальное давление: 120/70 мм.рт.ст.

 .

**Система дыхания**

 Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Межрёберные промежутки хорошо контурируются, эластичные, безболезненные.

 Нос не деформирован. Дыхание свободное, ровное, нормальной глубины, ритмичное. Частота дыхательных движений -- 18 раз в минуту.

 Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных участках.

 При топографической перкуссии:

 Границы правого лёгкого:

 - l. parasternalis: верхний край 6-го ребра.

 - l. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 8-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

 - l. scapularis: 10-е ребро

 - l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

 Границы левого лёгкого:

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 9-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

 - l. scapularis: 10-е ребро

 - l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

 Верхушки обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади – на уровне VII шейного позвонка.

 Подвижность нижнего края обоих лёгких по l.axillaris media составляет 6 см.

 Ширина перешейков полей Кренинга -- 7 см справа и слева.

 Симптом Штернберга и Потенжера отрицательный.

 При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки.

 При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

**Система пищеварения и органы брюшной полости**

 Слизистые рта и мягкого нёба розовые, чистые, влажные. Зубы здоровые, белого цвета, нижние шестёрки с участками кариозной пигментации. Язык розовый, влажный, у корня обложен белым налётом.

 Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Пупок

не выпуклый, вены не расширены.

 При поверхностной пальпации: живот слегка напряжён,в правой подвздошной области болезненный.

 При глубокой пальпации: в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка плотно-эластической консистенции; безболезненная, подвижная, с ровной поверхностью, не урчащая, в правой подвздошной области пальпируется слепая кишка: безболезненная, подвижная, слегка урчащая. Поперечно-ободочная кишка обычной консистенции, пальпируется на уровне пупка, безболезненная. Большая кривизна желудка пальпируется в виде валика с ровной поверхностью, расположенного на 2 см выше пупка по обе стороны от средней линии тела привратник не пальпируется нижний край печени не выступает из под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9:8:6, селезёнка не пальпируется. Перкуторно определяется по l. axillaris media с 9-го ребра.

**Мочевыделительные органы**

 При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При поверхностной пальпации болезненность не определяется. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны. Мочеиспускание безболезненное.

**Нервная система**

 Больная к окружающему миру относится с интересом, способность сосредоточения сохранена, ориентируется во времени и пространстве, не страдает бессонницей, головокружений, обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Патологических рефлексов нет. Болевая и температурная чувствительность сохранены. Зрение в норме, нарушений вкуса нет.

**STATUS GENITALIS**

  Наружные половые органы  сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Губки уретры, парауретральные ходы и вестибулярные железы не изменены. Слизистая у входа во влагалище розового цвета.

  Осмотр при помощи зеркал: Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный. Слизистая влагалища и шейки матки розовая. Выделения е умеренные.

Бимануальное исследование: тело матки антефлексио верзио, обычной формы и величины. Девиация за шейку болезненна. Придатки: справа определяется несколько увеличенный 3х4х5 см яичник, болезненный при пальпации; слева: область придатков не изменена, безболезненна. Своды укорочены, болезненны, параметрия свободная.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

 Основной: Апоплексия правого яичника, болевая форма.

 Сопутствующий: нет

 Осложнения: нет

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. Клинический анализ крови
2. Биохимический анализ крови
3. Анализ крови на САСС
4. Анализ крови на а/т HCV
5. Анализ крови на HbsAg
6. Анализ крови на ЭДС
7. Анализ на ВИЧ
8. Общий анализ мочи
9. Кал на я/глистов
10. Анализ мазка на флору
11. Микроскопия осадка мочи
12. УЗИ матки и придатков
13. Диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

**Лабораторно-инструментальные обследования**

**1. Клинический анализ крови**

Эритроциты – 4,2 х1012 /л (*норма* – 3,8-5,1х1012 /л)

Гемоглобин – 130 г/л (*норма* – 120-140 г/л)

Лейкоциты – 17,2 х 109/л (*норма* – 4,3-11,3х109/л):

п/я – 5% (*норма* –1-6%)

с/я – 81% (*норма* – 47-72%)

эозинофилы – 2% (*норма* – 0-5%)

лимфоциты – 11% (*норма* –19-37%)

моноциты – 3% (*норма* – 3-11%)

Тромбоциты 323 х 109/л (*норма* – 170-380 109/л)

СОЭ – 15 мм/ч (*норма* – 4-12 мм/л)

**2. Биохимический анализ крови**

Общий белок – 78,7 г/л (*норма* - 60-80г/л)

Мочевина – 2,9 ммоль/л (*норма* – 2,50-8,33 ммоль/л)

Билирубин – 18,6 мкмоль/л (*норма* – 8,6 – 20,5 ммоль/л)

Креатинин - 66 мкмоль/л (*норма* – 53-120мкмоль/л)

Глюкоза – 4,3 ммоль/л (*норма* – 3,3-5,5 ммоль/л)

ALT – 16,3 U/l(*норма* – 7-40 ЕД/л)

AST – 8,7 U/l(*норма* – 0-30 ЕД/л)

**3. Анализ крови на САСС**

АПТВ – 34 сек. (*норма* 26-42 сек.)

Протромбиновый индекс – 92% (*норма* 85-105%)

Фибриноген – 2,53 г\л (*норма*  2-4 г\л)

**4. Анализ крови на а/т HCV: отрицательный**

**5. Анализ крови на HbsAg : отрицательный**

**6. Анализ крови на ЭДС: отрицательный**

**7. Анализ крови на ВИЧ: отрицательный**

**8. Общий анализ мочи**

Соломенно-желтая, прозрачная, кислая, плотность - 1030 (*норма* – соломенно-желтая, прозрачная, нейтральная – слабокислая, 1010-1030).

эритроциты – 1 в п.зр.; лейкоциты – нет; эпителий – 2-3 в п.зр.; Белок, сахар – нет

**9. Кал на я/глистов – отрицательный**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | С | V | U |
| GON | Не обнаружены | Не обнар. | Не обнар. |
| TRI | Не обнаружены | Не обнар. | Не обнар. |
| L | До 8 в п/зр | 5 -7 | Единичные |
| Эпителий | Единич | Единич. | Не обнар. |
| Флора | Смешанная | Смешанная | Смешанная |

**10. Анализ мазка на флору:**

**11**. **Микроскопия осадка мочи:** лейкоциты – 1-2 в п.зр.; плоские эпителиальные - 2-3в п.зр., слизь +, бактерии +.

**12**. **УЗИ матки и придатков:**

Матка: контуры чёткие, ровные, размеры 54х31х52, эхо структура эндометрия однородная, эндометрий визуализируется, полость матки 13 мм, контуры полости чёткие, ровные.

Левый яичник: Контуры чёткие, ровные, прилежит к ребру матки размером до 40х20 мм, эхо-структура неоднородная с множественными фолликулами до 6х7 мм.

Правый яичник: контуры нечёткие, неровные, увеличен в размерах 3х4х5 см. Эхо-структура неоднородная, определяется однокамерное с неопределённым жидким содержимым и нечёткими контурами образование 45х16 мм, остаточная полость кисты.

Позадиматочное пространство: справа в пузырно-маточном пространстве определяется около 30-40 мл жидкости. Небольшое количество жидкости в брюшной полости, преимущественно в правых отделах.

1. **Диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища** – 30 мл геморрагического экссудата.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Трубный выкидыш |  Острый аппендицит  |  Апоплексия яичника  |
| Имеется задержка менструаций  | Задержки нет | Задержки нет |
| Приступообразные боли внизу живота, сопровождающиеся головокружением, обмороками | Увеличивающиеся боли в эпигастрии, затем в правой подвздошной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой  | Резкие локальные боли, головокружение, обморок при массивных кровопотерях. |
| Температура тела нормальная | Температура тела повышена  | Температура тела нормальная |
| Френикус-симптом часто хорошо выражен  | Френикус-симптом отсутствует  | Положительный  |
| Напряжение мышц живота умеренное с обеих сторон | Выраженное напряжение мышц живота (справа) | Напряжение передней брюшной стенки на стороне поражения |
| Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный  | Положительный | Положительный |
| Влагалищное исследование болезненное | Безболезненное | Болезненное |
| Матка увеличена в размере, размягчена. В сводах определяется тестоватость. | Матка нормальных размеров. Своды свободные. | Матка нормальных размеров. Своды нависают. |
| Определяется увеличенная маточная труба | Придатки матки обычно не увеличены | Придатки увеличены на стороне поражения |
| Из половых путей появляются темно-кровянистые выделения | Кровянистые выделения отсутствуют | Кровянистые выделения отсутствуют |
| Может наблюдаться отхождение децидуальной оболочки | Не наблюдается  | Не наблюдается |
| Пункция заднего свода влагалища: свободная кровь темного цвета с мелкими сгустками не свертывается | Серозная жидкость | Кровь  |
| Умеренный лейкоцитоз  | Выраженный лейкоцитоз | Может быть умеренный  |
| Иммунологические реакции на беременность положительные | отрицательные | отрицательные |
| При лапароскопии удается обнаружить утолщение маточной трубы фиолетового цвета и свободную темную кровь в брюшной полости | При пельвиоскопии: неизмененные придатки, кровь в брюшной полости отсутствует.  | При лапароскопии: поврежденный яичник, кровь в брюшной полости. |

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.**

Диагноз «апоплексия правого яичника, болевая форма» выставляется на основании:

Жалоб: на острую резкую, боль внизу живота больше справа, иррадиирующие в прямую кишку, слабость, головную боль, тошноту.

Данных анамнеза: заболела остро на фоне рабочей нагрузки.

Данных осмотров: девиация за шейку матки болезненна. Придатки: справа определяется несколько увеличенный 3х4х5 см яичник, болезненный при пальпации; слева: область придатков не изменена, безболезненна.

Данных анализов: лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

Данных УЗИ: наличие свободной жидкости в брюшной полости объемом до 30мл.

Данных пункции заднего свода влагалища: геморрагическое содержимое.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

 Основной: Апоплексия правого яичника, болевая форма.

 Сопутствующий: нет.

 Осложнений: нет.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Наиболее частой причиной А. я. является разрыв менструального желтого тела, которое образуется в яичнике после овуляции. Возможен разрыв желтого тела во время беременности. Как правило, А. я. происходит на фоне патологических изменений сосудов и ткани яичника вследствие воспаления придатков матки, хронического аппендицита и др. Провоцирующими моментами могут явиться травма, физическое перенапряжение, половое сношение (особенно прерванное). Однако А. я. может развиться и в состоянии полного покоя (например, во сне).

    Апоплексия яичника возникает преимущественно у женщин 20—36 лет, чаще в середине или во второй половине менструального цикла. Обычно внезапно возникает острая боль в низу живота, преимущественно на стороне поражения, появляются признаки внутрибрюшного кровотечения*.* В случае значительного кровотечения в брюшную полость отмечаются головокружение, слабость, холодный пот, тошнота, рвота, бледность кожи и видимых слизистых оболочек, учащение пульса, снижение АД, возможно обморочное состояние. Иногда из половых путей появляются скудные кровянистые выделения. При пальпации живота определяются напряжение мышц передней брюшной стенки, нередко — выраженные симптомы раздражения брюшины *.* Спомощью перкуссии можно обнаружить скопление свободной жидкости (крови) в брюшной полости. При влагалищном исследовании выявляют сглаженность и пастозность заднего свода влагалища, увеличенный резко болезненный яичник мягкой консистенции. В случае значительного кровоизлияния в брюшную полость и при выраженных симптомах раздражения брюшины пальпация матки и ее придатков затруднена. Температура тела обычно нормальная или субфебрильная, лейкоцитоз отсутствует.

    При появлении указанных симптомов женщину необходимо экстренно доставить в ближайший стационар. Транспортировка осуществляется на носилках в положении лежа на спине (ножной конец носилок слегка поднимают). Диагноз основывается на данных анамнеза и объективного исследования больной. При преобладании в клинической картине симптомов внутрибрюшного кровотечения заболевание чаще всего дифференцируют с нарушенной внематочной беременностью, при выраженном болевом синдроме — с аппендицитом. Окончательный диагноз в большинстве случаев устанавливают во время лапаротомии или лапароскопии.

    При массивном внутрибрюшном кровотечении производят ушивание разрыва или резекцию яичника, в случае обширного кровоизлияния яичник удаляют. При разрыве желтого тела у беременной его ушивают, беременность при этом сохраняется. В некоторых случаях при незначительном внутреннем кровотечении (нормальные частота пульса и АД), удовлетворительном состоянии больной и полной уверенности врача в диагнозе проводят консервативную терапию (покой, холод на живот, противовоспалительные средства). Прогноз при своевременном лечении благоприятный.

Гематома в яичнике может возникнуть вследствие изменений в сосудах и тканях яичника, чему способствуют гиперемия, варикозно расширенные, склерозированные сосуды, воспалительные процессы, мелкокистозные изменения яичников и др. Провоцирующими моментами возникновения апоплексии яичников служат травма, физическое напряжение, половое сношение и другие факторы. У многих больных яичниковое кровотечение может возникнуть при отсутствии провоцирующих факторов.

**ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

Благоприятный.

**ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ.**

Благоприятный.

**ПРОГНОЗ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.**

Благоприятный.

**ПРОГНОЗ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ.**

Благоприятный.

**ЛЕЧЕНИЕ**

 1. Оперативное: Лапаротомия. Резекция правого яичника.

 2. Режим постельный первые 2 дня, затем палатный.

 3. Диета: 1й день – 0 стол по Певзнеру.

 2й день – 1а стол

 с 3го дня – 15 стол

4.Общее медикаментозное лечение.

Rp.: Tab.Ketonal 100 mg

D.t.d. № 20

S.: В/м 3 раза в сутки.

Rp.: Cefotaximi 1,0 № 21

D. S.: В/м через каждые 12 часов

Rp.: Sol.Natrii chloridi 0.9 % 400 ml.

Dimedroli 1% 1 ml.

D.S.: В/в капельно 1 р/сут.

Rp.: Metrogili 500 mg.

D.S.:В/в капельно 500 мг 3 р/сут, через 8 часов.

5. Физиотерапия: магнитотерапия, ультразвук, лазеротерапия, электрофорез с цинком, лидазой, электростимуляция маточных труб.

6. Для повышения резистентности макроорганизма - биогенные стимуляторы: ФИБС, поливитамины.

**ЭПИКРИЗ**

 Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 30 лет, находится на стационарном лечении в гинекологическом отделении 3-го городского клинического род. дома с 21 ноября 2012 года с диагнозом: Апоплексия правого яичника, болевая форма.

Во время пребывания больной в стационаре ей было проведено обследование (анализ крови без патологических изменений, анализ мочи в пределах нормы, ЭКГ без патологии, исследование мазков патологии не выявило, УЗИ органов малого таза – наличие небольшого количества свободной жидкости в брюшной полости(в пазадиматочном пространстве)) и лечение: оперативное и послеоперационное.

 За время нахождения в стационаре состояние больной улучшилось после проведенного оперативного вмешательства и адекватной терапии, послеоперационный период протекает без осложнений.

 Планируется продолжить противовоспалительную и рассасывающую терапию, физиотерапию, контроль клинического анализа крови.

**XI Дневник**

23.11.12

Жалобы на слабую боль в области послеоперационной раны.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД = 110/70 мм рт. ст., ЧСС = 72 в минуту, температура 36,7ºС. Кожные покровы обычного цвета, чистые, теплые, умеренной влажности. Язык чистый, влажный.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу операционного шва. Повязка сухая. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз, оформленный.

25.11.12

Жалоб активно не предъявляет.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД = 120/80 мм рт. ст., ЧСС = 68 в минуту, температура 36,6ºС. Кожные покровы обычного цвета, чистые, теплые, умеренной влажности. Язык чистый, влажный.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, слабо болезненный по ходу операционного шва при пальпации. Перистальтика хорошая. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз, оформленный.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. Л. Н. Василевская, В. И. Грищенко, Н. А. Щербинина, В. П. Юровская, ГИНЕКОЛОГИЯ. 2002 год – 576 с.