**Паспортная часть.**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения: 17.04.1986 г.р. (26 лет)

3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Направлена: женская консультация №3

6. Доставлена в стационар по экстренным показаниям

7. Диагноз направившего учреждения: ДМК в детородном возрасте

8. Диагноз клинический: ДМК в детородном возрасте, обострение хронического двухстороннего аднексита с нарушением функции яичников

9.Дата поступления: 08.04.13 г.

10. Аллергоанамнез: пенициллиновый ряд – сыпь

11. Хирургические операции не проводились.

**Жалобы на момент поступления**

Жалобы на обильное кровотечение из половых органов не связанное с месячными, слабость, головокружение, боль внизу живота, увеличение продолжительности менструации, дискомфорт при половом акте.

**Жалобы на момент курации**

Жалобы на легкую слабость, наличие мажущих кровянистых выделений.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания – ветряная оспа, ОРВИ, хламидиоз (2005 год). Туберкулез, гепатит, ВИЧ - инфекцию отрицает. Перенесенные операции – нет. Гемотрансфузии отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: пенициллиновый ряд – сыпь.

Менструации с 14 лет, установились через полгода, носят регулярный характер, продолжительность цикла 28 дней, продолжаются 5-6 дней умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 15 лет, контактных кровотечений не было, болезненность, дискомфорт в низу живота при половом акте появились только после установки ВМС в октябре 2012 года, до этого принимала оральные гормональные контрацептивы «Регулон» с 2011 года ( в течении 2,5 лет). Последняя менструация 14.03.2013 года.

Характер выделений из половых путей: с 5.04.2013 кровянистые выделения, обильные.

Деторнодная функция: беременность наступила в течении года с начала половой жизни. В 2002 и 2005 две беременности закончились срочными родами. Беременности проходили без осложнений. В 2003 и 2010 году две беременности закончились абортами. Выкидышей не было.

Перенесенные гинекологические заболевания: со слов больной, восполительные заболевания появились только после установления ВМС (октябрь 2012года), периодически проходила лечение в жк № 3, хламидиоз 2005 год (проходила лечение).

**История развития данного заболевания.**

Считает себя больной с октября 2012 года, когда после установки ВМС появились дискомфорт, болезненность внизу живота, кровянистые выделения из влагалища, периодические ноющие боли, усиливающиеся после полового акта.

05.04.13 г. появилась резкая боль внизу живота и обильное кровотечение из влагалища. Обратилась в женскую консультацию №3, была удалена ВМС, назначено антибактериальное лечение антибиотиками (азитрамицином), активатор образования тромбопластина (этамзилат).

08.04.13 г. состояние здоровья ухудшилось, возобновилось кровотечение, боль внизу живота, слабость, головокружение. Обратилась в женскую консультацию №3, сразу после осмотра гинекологом была направлена в стационар.

**Объективное исследование**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, рост 165см, вес 72 кг, ИМТ = 26,5, тип конституции – нормостенический. Температура 37,2 С. Кожа и слизистые без патологии, бледные. Мышцы развиты симметрично, умеренно, при пальпации безболезненны. Варикозного расширения вен, пастозности тканей не выявлено. Периферические лимфатические узлы при пальпации, не увеличены, безболезненные, не спаяны с кожей. Щитовидная железа без уплотнений, не увеличена, безболезненна. Молочные железы (в вертикальном и горизонтальном положении): мягкой консистенции, без диффузных и очаговых уплотнений. Сосок не втянут, отделяемого из сосков нет. Кожа молочных желез не изменена.

**Исследование органов дыхания** Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, частота – 18 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук с двух сторон. При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание.

**Исследование органов кровообращения.** При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации: тоны ритмичные, ясные, шумов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый с обеих сторон, ритмичный, умеренного напряжения и наполнения, частота – 76 в минуту. АД 120/80 мм. Рт. Ст.

**Исследование органов пищеварения.** Язык влажный, чистый. Живот при осмотре не увеличен в размерах, не вздут, симметричный; при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Рубцов и грыж нет. Печень при пальпации мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный. Размеры печени по Курлову: 9×8×7. Селезёнка перкуторно 5×8 см, не пальпируется.

**Исследование почек, мочевого пузыря.** Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

**Нервная система.** Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный.

**Гинекологический статус.**

Осмотр*:* Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Область ануса и больших половых губ, клитора, бартолиновых желез, промежности без видимых патологических изменений. Слизистая входа во влагалище обычного цвета, влажная, чистая.

Осмотр с помощью зеркал*:* влагалище узкое, слизистая бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт. Выделения кровянистые, обильные.

Бимануальное исследование: влагалище свободное, своды свободные, глубокие, безболезненные. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, 3 см, подвижная. Наружный зев закрыт. Движения за шейку матки безболезненные. Матка в положении anteflexio - anteversio, нормальных размеров, обычной консистенции, умеренно подвижная, безболезненная, грушевидной формы. Придатки с двух сторон увеличены, болезненны при пальпации. Крестцово-маточные связки не изменены, параметрий не изменен.

Ректальное исследование: слизистая прямой кишки гладкая, крови на перчатке нет.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб ( на обильное кровотечение из половых органов не связанное с месячными, слабость, головокружение, боль внизу живота, увеличение продолжительности менструации, дискомфорт при половом акте), анамнеза жизни (половая жизнь с 15 лет, 2 аборта, хламидиоз 2005г., ВМС), на основании данных гинекологического осмотра (выделения кровянистые, обильные из половых органов, придатки с двух сторон увеличены, болезненны при пальпации) можно выставить диагноз: дисфункциональное маточное кровотечение в детородном возрасте. Обострение двухстороннего хронического аднексита с нарушением функции яичников.

**План обследования:**

1. ИФА на ВИЧ, хламидии.
2. ОАМ.
3. Мазок на онкоцитологию.
4. БАК.
5. ОАК.
6. УЗИ органов малого таза.
7. Анализ выделений.
8. Посев выделений на микрофлору и чувствительность на АБ.

**Результаты лабораторных и инструментальных исследований.**

1. ИФА на ВИЧ – отрицательный (от 08.04.2013).
2. Анализ мочи общий: цвет – соломенно-желтый, прозрачная, уд.вес-1021; реакция кислая; лейкоциты – 0-1 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., глюкоза не обнаружена, белок не обнаружен. (от 08.04.2013).
3. Мазок на онкоцитологию – отрицательный (от 08.04.2013).
4. БАК: общий белок – 73 г/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; мочевина – 5,2ммоль/л; общий билирубин – 11,6 мкмоль/л; (от 08.04.2013)
5. ОАК: Нв-104 г/л; эритроциты – 3,2\*1012; лейкоциты – 7,2\*109; тромбоциты – 220\*1012; Б -1%, П - 7%; С - 32%; Лф - 32%; Мон - 8%; СОЭ - 42мм/ч.; Цв.п-ль- 0,98.( от 08.04.2013). Заключение: анемия легкой степени тяжести, увеличение СОЭ.
6. УЗИ органов малого таза – увеличение придатков с двух сторон. Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.
7. Анализ выделений: уретра: лейкоциты 8-12, эпителий множественный, флора – палочки. Шейка матки: лейкоциты 10-15, эпителий множественный, флора – палочки (от 08.04.2013).заключение: увеличено количество лейкоцитов, воспаление.

**Клинический диагноз.**

На основании жалоб ( на обильное кровотечение из половых органов не связанное с месячными, слабость, головокружение, боль внизу живота, увеличение продолжительности менструации, дискомфорт при половом акте), анамнеза жизни (половая жизнь с 15 лет, 2 аборта, хламидиоз 2005г., ВМС), на основании данных гинекологического осмотра (выделения кровянистые, обильные из половых органов, придатки с двух сторон увеличены, болезненны при пальпации), лабораторных и специальных методов обследования (увеличение СОЭ, УЗИ органов малого таза – увеличение придатков с двух сторон, свободная жидкость в брюшной полости отсутствует, выделения воспалительного характера) дисфункциональное маточное кровотечение в детородном возрасте, обострение хронического двухстороннего аднексита с нарушением функции яичников.

**Дифференциальный диагноз** проводится с миомой матки, полипами эндометрия, аденомиозом, опухолями яичников, нарушением расположения [ВМС](http://ztema.ru/illness/83/), раком шейки матки (кровоточащая раковая [язва](http://ztema.ru/illness/448/)). Клиническим отличием от маточных кровотечений, вызванных миомой, аденомиозом, полипом эндометрия, является то, что при перечисленных патологиях кровотечение носит циклический характер (меноррагии), а при ДМК— ациклический (метроррагии).

**Этиология и патогенез**. Этиологическими факторами поражения системы кора—гипоталамус—гипофиз—яичник—матка могут быть: стрессовые ситуации, перемена климата, умственное и физическое переутомление, профессиональные вредности, неблагоприятные материально-бытовые условия, гиповитаминозы, интоксикации и инфекции, нарушения гормонального гомеостаза после абортов, прием некоторых лекарственных препаратов. Кроме первичных нарушений в системе кора—гипоталамус—ги­пофиз, возможны первичные нарушения на уровне яичников. Причиной расстройства овуляции могут быть воспалительные и инфекционные заболевания: в 75% случаев при воспалительных заболеваниях придатков матки развиваются различные нарушения менструальной функции. Под влиянием воспаления возможны утолщение белочной оболочки яичника, нарушение кровоснабжения и снижение реактивной чувствительности к гонадотропным гормонам. Нарушения гипоталамо-гипофизарной системы приводят к функционально-морфологическим изменениям в яичниках и матке. В зависимости от патогенетических механизмов и клинико-морфологических особенностей ДМК разделяют на ановуляторные и овуляторные.

Обострение хронического аднексита может протекать по двум вариантам:

1. инфекционно-токсическому - с увеличением патологической секреции, экссудативных процессов в придатках матки, усилением их болезненности, изменениями в формуле крови;
2. нейро-вегетативному – с ухудшением самочувствия, снижением трудоспособности, неустойчивостью настроения, сосудистыми и эндокринными нарушениями.

## Профилактика аднексита

В группу риска по развитию аднексита входят женщины, страдающие половыми инфекциями, использующие внутриматочные контрацептивы, перенесшие операции на репродуктивных органах, а также после беременностей, закончившихся искусственными или [самопроизвольными абортами](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/spontaneous-abortion).

Угроза развития последствий аднексита указывает на необходимость заботы о своем здоровье и принятии своевременных профилактических мер:

1. исключение факторов, провоцирующих развитие острого аднексита и рецидивов хронического воспаления придатков (переохлаждений, стрессов, половых инфекций, злоупотреблений алкоголя, острой пищи и т. д.);
2. использование рациональной контрацепции, профилактика абортов;
3. при необходимости - [медикаментозное прерывание беременности](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/abortion/medical) или проведение[миниабортов](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/abortion-surgical/miniabort);
4. проведение своевременной, рациональной и полной комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза, в т. ч. воспаления придатков, с учетом возбудителя;
5. систематические [консультации гинеколога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gynaecological-consultation/) каждые 6-12 месяцев.

К числу профилактических мер дисфункционального маточного кровотеченияне обходимо отнести также соблюдение правил личной гигиены, отказ от случайных половых связей, курения и чрезмерного употребления алкоголя.

Восстановить здоровье и повысить иммунитет помогут занятия физкультурой и спортом, организация правильного питания и режима дня, а также прием поливитаминных препаратов и иммуномодуляторов.

**Лечение**

В стадии обострения хронического аднексита проводятся лечебные мероприятия, соответствующие острому процессу (госпитализация, антибактериальная, инфузионная, десенсебилизирующая терапия, витамины).

После стихания обострения воспаления придатков рекомендуются проведение аутогемотерапии, инъекций алоэ, физиотерапии ([УФ-облучения](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/UV/), электрофореза с лекарственными препаратами (лидаза, калий, йод, магний, цинк), [УВЧ-терапии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electropathy/UHF), ультразвука, вибромассажа) под контролем лабораторных и клинических показателей. Физиотерапевтические процедуры, применяемые при воспалении придатков уменьшают экссудацию тканей, обладают рассасывающим и обезболивающим действием, способствуют уменьшению образования спаек. Эффективны при хроническом воспалении придатков[лечебные грязи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mud-therapy/) (озокерит), [парафинолечение](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/thermotherapy/paraffinotherapy), [лечебные ванны](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/bath/) и влагалищные орошения с хлоридно-натриевыми, сульфидными минеральными водами. В стадии стойкой ремиссии аднексита показано курортное лечение.

 В целях устранения ДМК назначаются гемостатики - активатор образования тромбопластина (этамзилат).

**Лечение данной пациентки**

* 1. метронидазол 0.5\*3 р/день
	2. этамзилат натрия 12.5% - 2.0 в/м
	3. гентамицин 80 мг\*2р/день
	4. Calcii gluconi -10,0 в\в

**Прогноз**

1. Жизни - благоприятный
2. Трудоспособности - благоприятный
3. менструальной функции - благоприятный
4. детородной функции - относительно благоприятный
5. сексуальной функции – благоприятный

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 17.04.1986 г.р. (26 лет) 08.04.13 направлена женской консультацией №3 по экстренным показаниям с жалобами на обильное кровотечение из половых органов не связанное с месячными, слабость, головокружение, боль внизу живота, увеличение продолжительности менструации, дискомфорт при половом акте.

Выставлен клинический диагноз: ДМК в детородном возрасте, обострение хронического двухстороннего аднексита с нарушением функции яичников

Проведено лечение: метронидазол 0.5\*3 р/день, этамзилат натрия 12.5% - 2.0 в/м, гентамицин 80 мг\*2р/день, Calcii gluconi -10,0 в\в