**Общие сведения**

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Время поступления в стационар: 21.10.02
3. Время выписки: продолжает лечение.
4. Возраст: 46 лет(1956 г.)
5. Пол: женский.
6. Профессия и место работы: продавец.
7. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Производственные и бытовые особенности и вредности: нет
9. Семейное положение: Замужем
10. Диагноз при поступлении: Хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения.
11. Клинический диагноз: Хронический аднексит, обострение. Хронический метроэндометрит, обострение.
12. Исход заболевания: в настоящее время лечение продолжает.

**Жалобы**

Жалобы на интенсивные тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, повышение температуры тела до 40°C , периодические желтые выделения из половых путей, чувство недомогания, общую слабость, сонливость, склонность к запорам, частое мочеиспускание. Данные симптомы беспокоят больную в течение последних 2 недель.

**Анамнез функций**

1) Менструальная функция: Первые менструации появились в 12 лет, регулярные, окончательно установились через 2 года, по 5 дней, через 30 дней, безболезненные, количество теряемой крови умеренное (около 150мл). Общее самочувствие не ухудшалось. Характер цикла и менструаций после начала половой жизни (с 18 лет) не изменился. После родов и абортов менструальная функция не изменялась. Последние менструации начались 2.10.2002 г.

2) Секреторная функция: Бели незначительные, слизистые, без запаха, периодические белые выделения из половых путей в течение 1 года.

3) Половая функция: Половая жизнь с 18 лет, в браке, регулярная. Случайную половую жизнь отрицает. Предохраняется при помощи ВМС.

4) Детородная функция: Первая беременность закончилась рождением доношенного мальчика с массой 3200 г. Беременность протекала с гестозом II половины беременности. Грудью кормила 2 года. Вторая беременность закончилась рождением доношенной девочки весом 2950 г. Беременность протекала с гестозом II половины беременности, потенциальной угрозой невынашивания плода. Третья беременность закончилась медицинским абортом в срок 5-6 недель. Осложнений во время аборта не было, постабортное состояние – без особенностей. Четвертая беременность закончилась медицинским абортом в срок 7-8 недель. Осложнений во время аборта не было. Постабортный период сопровождался полименореей, нарушением регулярности менструального цикла в виде его укорочения или удлинения вплоть до задержки очередной менструации на 1-3 недели; умеренными, тянущими болями внизу живота, болью в молочных железах, повышением температуры тела до 37°C накануне менструаций. Последняя беременность в 1998 году, закончилась медицинским абортом на сроке 5 недель.

5) Функции смежных органов: Со стороны мочевой системы: мочеиспускание частое, свободное, безболезненное. Суточный диурез 1,5л. Со стороны кишечника отмечается нарушение функции: нерегулярный стул, склонность к запорам.

**История развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Больной себя считает с 1999 года, когда, со слов больной, у нее появилась нерегулярность менструального цикла в виде его укорочения или удлинения вплоть до задержки очередной менструации на 1-3 недели; умеренные, тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, боли в молочных железах, повышение температуры тела до 37°C накануне менструаций, недомогание, общую слабость, беловатые выделения из половых путей. Больная обследовалась, был поставлен диагноз хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения. Лечилась амбулаторно. Результатом лечения явилось исчезновение жалоб, нормализация менструального цикла. У гинеколога наблюдалась регулярно. В течение последнего года отмечает появление обильных нерегулярных менструаций с периодической задержкой в 2-4 недели; умеренные, тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, боль в молочных железах, повышение температуры тела до 37,7°C накануне менструаций, периодические белые выделения из половых путей, чувство недомогания, общую слабость, сонливость, склонность к запорам, частое мочеиспускание. Больная обратилась за медицинской помощью в МСЧ "Орбита", была госпитализирована в гинекологическое отделение 4 ГКБ.

**История жизни больной (Anamnesis vitae)**

Профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает с семьей в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1990 г). Оперативные вмешательства до момента поступления:аппендицит. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

**Данные объективного обследования больного (Status praesens)**

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36,7 0С. Телосложение правильное нормостеническое. Питание умеренное. Внешне больная соответствует возрасту.

Кожные покровы и слизистые оболочки: кожные покровы чистые, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволо­сение по женскому типу. Ногти правильной формы. Дермографизм красный, нестойкий. Подкожная клетчатка: подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках те­ла. Мышечный тонус пониженный, одинаковый с обеих сторон, мышечная сила ослабленная. Суставы: конфигурация суставов не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется. Кости: тип телосложения нормостенический. Деформаций позвоночника, верхних и ниж­них конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

Система органов дыхания: частота дыхания 19 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умеренно развиты. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная муску­латура. Деформации не определяются.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластич­ность сохранена. Голосовое дрожание симметрично на симметричных участках.

|  |  |
| --- | --- |
| Ширина полей Кренига | |
| слева | справа |
| 6 см. | 6 см. |

|  |  |
| --- | --- |
| Высота стояния верхушек легких | |
| Спереди | на 3 см. выше ключицы |
| Сзади | на уровне остистого  отростка 7 шейного позвонка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижний край легких | | |
| линия | справа | слева |
| Парастернальная | 6 ребро | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10ребро |
| Околопозвоночная | 11 ребро | 11ребро |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Подвижность нижнего края легких | | | | |
|  | Вверх | | Вниз | |
| Линия | Слева | Справа | Слева | Справа |
| средняя подмышечная | 2 см. | 2 см. | 2 см. | 2 см. |
| задняя подмышечная | 2 см. | 2 см. | 2 см. | 2 см. |

Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова.

Сердечно-сосудистая система: патологической пульсации артерий и вен в области шеи не опреде­ляется. Область сердца не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревия не выявлено. Верхушечный толчок умеренной силы, ограничен (1 см2), резистентный, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, симметричен. При пальпа­ции сердца сердечный толчок отсутствует.

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца (по данным перкуссии) | |
| правая | правая парастернальная линия, 4 межреберье |
| левая | на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье |
| верхняя | по верхнему краю 3 ребра |
| Границы абсолютной тупости сердца (по данным перкуссии) | |
| правая | правая на 2,5 см. кнаружи от левого края грудины. |
| левая | на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| верхняя | на уровне хряща 4 ребра. |

Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС- 76 /мин. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется.

Система органов пищеварения: язык влажный, чистый. Вставных зубов нет, ротовая полость без патологии. Слизистая оболочка полости рта чистая, цианотичной ок­раски. Миндалины цианотичного цвета, не увеличены. Мягкое и твердое небо цианотичной окраски, изъязвлений, налетов не определяется.

Мышцы передней брюшной стенки расслаблены, в акте ды­хания участия не принимают. При пальпации болезненность не отмечается. При перкус­сии тимпанический звук над всей поверхностью живота. При аускультации выслушива­ется умеренная кишечная перистальтика. Шум плеска в желудке, ки­шечнике не определяется. Живот овальный, симметричный, в акте дыхания не участвует. Рас­ширения подкожных вен живота не отмечается. Перитонеальных симптомов нет.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного) не определяется. Грыжи и расхождение прямых мышц живота не отме­чено.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образ­цову-Стражеско: восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде безболезненного, умеренно упругого, гладкого, менее подвижного цилиндра. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого. Желудок: поверхность гладкая, болезненность и урчание отсутствуют. Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см. выше пупка. Консистенция желудка упругая, болезненность отсутствует. Сигмовидная кишка: пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с пе­редней верхней остью подвздошной кости, в виде гладкого, плотно­ватого, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., вяло перистальтирующе­го. Смещается в ту или другую сторону на 3-4 см. Слепая кишка: пальпируется в правой подвздошной области на гра­нице средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в форме гладкого, безболезненно­го, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно уп­ругого и слабо подвижного цилиндра. Пассивная подвижность 1-2 см. Протяженность 3-4 см., толщина около 4 см. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки: прощупываются в виде цилиндров умеренной плотности, толщиной 2-2,5 см. Не урча­щие, безболезненные. При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальти­ка.

Печень и желчный пузырь: наличия диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации печень определяется у края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени у края реберной дуги, закруглен.

|  |  |
| --- | --- |
| Размеры печени по Курлову | |
| По срединно-ключичной линии справа | 9 см. |
| По срединной линии | 8 см. |
| По левому краю реберной дуги | 7 см. |

Селезенку пропальпировать не удалось. Левое подреберье не деформировано. Перкуторно размеры селезенки - 6х4 см. Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Дизурия не отмечается. Мочеиспускание свободное, 5-6 раз в сутки. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) от­рицательный с обеих сторон.

**Данные гинекологического обследования**

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, промежность высокая, рубцов, повреждения слизистой оболочки, кожных покровов, кондилом и других патологических элементов нет. Влагалище свободное, без рубцовых изменений. Слизистая влагалища розовая, чистая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, расположена по проводной оси малого таза, наружный зев щелевидной формы. Выделения беловатые, умеренные, без запаха. Влагалище орошено фурацилином. Влагалище емкое, без аномалий развития. Стенки влагалища эластичны. Влагалищные своды свободные. Влагалищная часть шейки матки обычных размеров. **Бимануальное исследование**: Тело матки плотной консистенции, отклонено кзади, ограничено в подвижности, увеличено до 8 недель. При пальпации болезненно. С обеих сторон пальпируются увеличенные придатки, болезненные при пальпации. Слева определяется опухолевидное образование эластической консистенции 12\*10\*9 см, мало подвижное, болезненное.

Связки матки не определяются.

**План обследования**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на RW
4. Анализ кала на яйца глист
5. Анализ крови на сахар
6. ЭКГ
7. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, АсАТ, АлАТ, общий билирубин, мочевина, креатинин, фибриноген
8. УЗИ органов малого таза
9. Исследование микрофлоры влагалища
10. Определение степени чистоты влагалища
11. Мазок на гонококки
12. Мазок на онкоцитологию
13. Мазок на гормональное зеркало

**Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования**

► Общий анализ крови (от 21.10.2002):

Гемоглобин (Hb) - 131 г/л;

СОЭ - 19 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 8,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: умеренное повышение СОЭ.

► Общий анализ мочи (от 21.10.2002):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: изменений в анализе не выявлено.

► Анализ крови на сахар (от 21.10.2002):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

► Анализ крови на RW (от 21.10.2002):

RW № 658 - отрицательный.

► Анализ кала на яйца глист (от 21.10.2002)::

Яйца глист не обнаружены.

► Биохимический анализ крови (от 21.10.2002):

общий белок - 72 г/л;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

ЛДГ1 - 1,0 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 9,5 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

► ЭКГ (от 21.02.2002):

Заключение: ритм синусовый, 72 /мин. Нормограмма.

► УЗИ органов малого таза (от 22.10.2002):

Матка в anteflexio. Размеры матки: 6,0 x 3,3 х 5,5, контуры ровные, структура однородная. Правый яичник – 2,3 х 1,9, левый – подтянут к матке – 2,8 х 2,0 см, структура их неоднородная.

Заключение: ультразвуковые признаки хронического аднексита, спаечного процесса слева.

► Мазок на гонококки (от 23.10.2002):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Из уретры | Из шейки матки |
| Гонококки | - | - |
| Лейкоциты | 6-10 в п/з | 7-15 в п/з |
| Эпителий | - | - |

► Мазок на онкоцитологию (от 21.10.2002):

Заключение: цитограмма без особенностей.

► Мазок-отпечаток (от 21.10.2002):

Заключение: цитограмма без особенностей.

► Посев из цервикального канала (от 21.10.2002):

Выделено: 1. Streptococcus epidermicus, умеренный рост, чувствителен к цефаперазону, оксациллину, фузидину, эритромицину, рифампицину, микомицину, ампициллину, пенициллину, гентамицину, офлоксацину. 2. Enterococcus, умеренный рост, чувствителен к ампициллину, пенициллину, гентамицину, рифампицину, микомицину, цефоперазону, оксациллину, эритромицину, фузидину, офлоксацину.

**Предварительный диагноз**

Хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения.

**Дифференциальный диагноз**

Весь симптомокомплекс у данной больной позволяет поставить нам диагноз: «Хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения». Но для постановки окончательного диагноза требуется проведение дифференциальной диагностики между сходными заболеваниями.

Дифференциальный диагноз в данном случае следует проводить со следующими заболеваниями:

1. Фибромиома матки. Повышеная кровоточивость, боли, явления сдавления соседних органов (частое мочеиспускание, склонность к запорам) являются общими для фибромиомы и данного заболевания. Кроме того, пальпируемые увеличенные яичники могут быть приняты за субсерозные миоматозные узлы на ножке.

Однако, среди *жалоб* больной присутствуют жалобы на периодические белые выделения из половых путей, не характерные для фибромиомы.

*Согласно данным анамнеза* постабортный период в 1998 году сопровождался полименореей, нерегулярностью ментруального цикла (укорочения или удлинения вплоть до задержки менструации на 1-3 недели); болями внизу живота, отдающими в задний проход, болями в молочных железах, повышением температуры тела до 37°C накануне менструаций, недомоганием, общей слабостью, появились беловатые выделения из половых путей; был поставлен диагноз хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения; соответствующее лечение дало положительные результаты: исчезли жалобы, нормализовался менструальный цикл. Настоящее состояние больной можно расценить как обострение хронического процесса, учитывая аналогичность жалоб. Также необходимо принять во внимание эффективность проводимого соответственно диагнозу лечения.

При *бимануальном* *исследовании* наличие плотных миоматозных узлов, исходящих из тела матки, и явно выраженный переход шейки матки непосредственно в опухоль свидетельствуют о фибромиоме, либо при бимануальном же исследовании для подтверждения связи пальпируемой опухоли с телом матки (в том числе при субсерозной локализации опухоли) необходимо смещать шейку матки; если при этом смещается также прощупываемая опухоль, значит она связана с маткой. В рассматриваемом случае бимануально: тело матки плотной консистенции, отклонено кзади, ограничено в подвижности, болезненно при пальпации.

2. Перивисцерит. Эта патология является одной из форм спаечной болезни и наиболее частой причиной болей в животе и различ­ных функциональных расстройств со стороны тех или иных органов, вовлеченных в спаечный процесс. Перивисцерит— это сращения, охватывающие разные органы брюшной поло­сти, изменяющие форму и функцию этих органов, причина которых чаще всего — хроническое воспаление брюшины. В нашем случае наибольшее значение имеют внутрибрюшинные перивисцериты, которые являются следствием ограниченного адгезивного перитонита и чаще всего локализуются вокруг внутренних половых органов. Причиной возникновения перивисцеритов у больной может являться также операция на прявом придатке, неизбежное повреждение париетальной брюшины.

Общими признаками воспаления матки и придатков у больной и перивисцерита являются боли в животе, диспептические расстройства в виде запоров, субфебрилитет, ускорение СОЭ. Однако, существует и ряд различий в клинике данных заболеваний.

*Жалобы* у больных перивисцеритом довольно характерны: значитель­ное усиление боли в животе на фоне ранее имевшихся уме­ренных болей, однократная рвота, чувство желудочно-кишечного дискомфорта (потеря аппетита, тошнота, иногда отрыжка, вздутие), непостоянная задержка стула и газов. Обострение болей начинается по­степенно или, реже, внезапно, продолжается от нескольких часов до одних суток. Приступ обычно возникает после пере­едания или употреблений пищи, легко вызывающей брожение. В момент приступа боли в животе носят спастический xapaктер, налицо желудочный дискомфорт, запоры, иногда сменя­ющиеся поносами. В рассматриваемом случае больная предъявляет жалобы не столь выраженные и не столь характерные для перивисцерита: это обильные болезненные менструации с периодической задержкой в 2-4 недели; умеренные, тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, не связанные с приемом пищи, ее качеством и количеством, боль в молочных железах, периодические белые выделения из половых путей, частое мочеиспускание.

*Согласно данным анамнеза* постабортный период в 1998 году сопровождался полименореей, нерегулярностью ментруального цикла (укорочения или удлинения вплоть до задержки менструации на 1-3 недели); болями внизу живота, отдающими в задний проход, болями в молочных железах, повышением температуры тела до 37°C накануне менструаций, недомоганием, общей слабостью, появились беловатые выделения из половых путей; был поставлен диагноз хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения; соответствующее лечение дало положительные результаты: исчезли жалобы, нормализовался менструальный цикл. Настоящее состояние больной можно расценить как обострение хронического процесса, учитывая аналогичность жалоб. Также необходимо принять во внимание эффективность проводимого соответственно диагнозу лечения.

*Симптомы, часто патогномоничные для перивисцерита:*

1) симптом Карно - усиление боли в эпигастральной обла­сти при резком разгибании туловища, обусловленной наличи­ем сращений между желудком, передней брюшной стенкой и другими окружающими органами – у больной отсутствует;

2) симптом Леотта - оттягивание и смещение кожной складки живота в сторону усиливает боли в животе – у больной отрицательный;

3) симптом Чухриенко-Белого - усиление болей при сгибании туловища – не неблюдается у нашей больной.

*Данные лабораторно-инструментального исследования*: ультразвуковые признаки хронического аднексита, спаечного процесса слева.

Кроме того, важно отметить *эффективность* проводимого соответственно диагнозу *лечения* в настоящее время.

Тяким образом, отсутствие каких-либо четко очерченных патогномоничных для перивисцерита симптомов позволяет сделать предположение о правильности выставленного диагноза.

## ***3. Трубный аборт.*** Воспаление матки и придатков при хроническом течении заболевания иногда приходится дифференцировать от трубного аборта.

## При последнем в *жалобах* также присутствует задержка менструаций на 3-5 недель, однако в настоящее время задержи менструации не было. Обязательно выявление *субъективных признаков* беременности при трубном выкидыше, в то время как при воспалении матки и придатков эти признаки отсутствуют. Наблюдаются различия и в болевом синдроме: при трубном выкидыше боли возникают остро, протекают в виде приступа, сопровождаются обморочными состояниями, при воспалении придатков боли развиваются постепенно, носят постоянный характер, умеренные, тянущие.

*Физикально:* живот слегка вздут и напряжен, матка несколько увеличена в размере, отмечается болезненность при глубокой пальпации на стороне внематочной беременности, увеличение маточной трубы тестоватой консистенции - при трубном аборте. В рассматриваемом случае бимануально: тело матки плотной консистенции, отклонено кзади, ограничено в подвижности, болезненно при пальпации, с обеих сторон пальпируются увеличенные, болезненные при пальпации придатки.

*Данные лабораторно-инструментального исследования*: ультразвуковые признаки хронического аднексита, спаечного процесса слева свидетельствуют в пользу выставленного диагноза.

Кроме того, важно отметить *эффективность* проводимого соответственно диагнозу *лечения* в настоящее время.

**Обоснование диагноза**

Диагноз: Хроническое воспапаление матки и придатков, обострение. Тубовариальное образование левых придатков. Пельвиоперитонит.Миома матки.

Диагноз выставлен на основании:

**1)** **Жалоб**: на интенсивные тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, повышение температуры тела до 40°C , периодические желтые выделения из половых путей, чувство недомогания, общую слабость, сонливость, склонность к запорам, частое мочеиспускание. Данные симптомы беспокоят больную в течение последних 2 недель.

**2) Анамнеза заболевания:** Больной себя считает с 1999 года, когда, со слов больной, у нее появилась нерегулярность менструального цикла в виде его укорочения или удлинения вплоть до задержки очередной менструации на 1-3 недели; умеренные, тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, боли в молочных железах, повышение температуры тела до 37°C накануне менструаций, недомогание, общую слабость, беловатые выделения из половых путей. Больная обследовалась, был поставлен диагноз хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения. Лечилась амбулаторно. Результатом лечения явилось исчезновение жалоб, нормализация менструального цикла. У гинеколога наблюдалась регулярно. В течение последнего года отмечает появление обильных нерегулярных менструаций с периодической задержкой в 2-4 недели; умеренные, тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, боль в молочных железах, повышение температуры тела до 37,7°C накануне менструаций, периодические белые выделения из половых путей, чувство недомогания, общую слабость, сонливость, склонность к запорам, частое мочеиспускание. Больная обратилась за медицинской помощью в МСЧ "Орбита", была госпитализирована в гинекологическое отделение 4 ГКБ.

**3) Анамнеза функций:**

Менструальная функция: Первые менструации появились в 12 лет, регулярные, окончательно установились через 2 года, по 5 дней, через 30 дней, безболезненные, количество теряемой крови умеренное (около 150мл). Общее самочувствие не ухудшалось. Характер цикла и менструаций после начала половой жизни (с 18 лет) не изменился. После родов и абортов менструальная функция не изменялась. Последние менструации начались 2.10.2002 г.

 Секреторная функция: Бели незначительные, слизистые, без запаха, периодические белые выделения из половых путей в течение 1 года.

 Половая функция: Половая жизнь с 18 лет, в браке, регулярная. Случайную половую жизнь отрицает. Предохраняется при помощи ВМС.

 Детородная функция: Первая беременность закончилась рождением доношенного мальчика с массой 3200 г. Беременность протекала с гестозом II половины беременности. Грудью кормила 2 года. Вторая беременность закончилась рождением доношенной девочки весом 2950 г. Беременность протекала с гестозом II половины беременности, потенциальной угрозой невынашивания плода. Третья беременность закончилась медицинским абортом в срок 5-6 недель. Осложнений во время аборта не было, постабортное состояние – без особенностей. Четвертая беременность закончилась медицинским абортом в срок 7-8 недель. Осложнений во время аборта не было. Постабортный период сопровождался полименореей, нарушением регулярности менструального цикла в виде его укорочения или удлинения вплоть до задержки очередной менструации на 1-3 недели; умеренными, тянущими болями внизу живота, болью в молочных железах, повышением температуры тела до 37°C накануне менструаций. Последняя беременность в 1998 году, закончилась медицинским абортом на сроке 5 недель.

 Функции смежных органов: Со стороны мочевой системы: мочеиспускание частое, свободное, безболезненное. Суточный диурез 1,5л. Со стороны кишечника отмечается нарушение функции: нерегулярный стул, склонность к запорам.

**5) Данных объективного обследования:** состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36,7 0С. Телосложение нормостеническое. Питание умеренное. Внешне больная соответствует возрасту. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 19 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм пра­вильный. Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластич­ность сохранена. Перкуторный звук ясный легочный. Аускультативно дыхание везикулярное; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС- 120 /мин. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

**Данные гинекологического обследования:** Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, промежность высокая, рубцов, повреждения слизистой оболочки, кожных покровов, кондилом и других патологических элементов нет. Влагалище свободное, без рубцовых изменений. Слизистая влагалища розовая, чистая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, расположена по проводной оси малого таза, наружный зев щелевидной формы. Выделения беловатые, умеренные, без запаха. Влагалище орошено фурацилином. Влагалище емкое, без аномалий развития. Стенки влагалища эластичны. Влагалищные своды свободные. Влагалищная часть шейки матки обычных размеров. **Бимануальное исследование**: Тело матки плотной консистенции, отклонено кзади, ограничено в подвижности, увеличено до 8 недель. При пальпации болезненно. С обеих сторон пальпируются увеличенные придатки, болезненные при пальпации. Слева определяется опухолевидное образование эластической консистенции 12\*10\*9 см, мало подвижное, болезненное.

Связки матки не определяются.

**6) Данных лабораторно-инструментальных методов исследования:**

► Общий анализ крови (от 21.10.2002):

Гемоглобин (Hb) - 131 г/л;

СОЭ - 19 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 8,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: умеренное повышение СОЭ.

► УЗИ органов малого таза (от 21.10.2002):

Матка в anteflexio. Размеры матки: 6,0 x 3,3 х 5,5, контуры ровные, структура однородная. Правый яичник – 2,3 х 1,9, левый – подтянут к матке – 2,8 х 2,0 см, структура их неоднородная.

Заключение: ультразвуковые признаки хронического аднексита, спаечного процесса слева.

► Мазок на гонококки (от 21.10.2002):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Из уретры | Из шейки матки |
| Гонококки | - | - |
| Лейкоциты | 6-10 в п/з | 7-15 в п/з |
| Эпителий | - | - |

► Мазок на онкоцитологию (от 21.10.2002):

Заключение: цитограмма без особенностей.

► Мазок-отпечаток (от 21.10.2002):

Заключение: цитограмма без особенностей.

► Посев из цервикального канала (от 21.10.2002):

Выделено: 1. Streptococcus epidermicus, умеренный рост, чувствителен к цефаперазону, оксациллину, фузидину, эритромицину, рифампицину, микомицину, ампициллину, пенициллину, гентамицину, офлоксацину. 2. Enterococcus, умеренный рост, чувствителен к ампициллину, пенициллину, гентамицину, рифампицину, микомицину, цефоперазону, оксациллину, эритромицину, фузидину, офлоксацину.

**Заключительный диагноз**

Заключительный диагноз:

* основной: Хроническое воспаление матки и придатков, обострение. Тубовариальное образование левых придатков.
* осложнения основного заболевания: Пельвиоперитонит.
* сопутствующая патология: Миома матки. Дрожжевой кольпит. Анемия.

**Этиология и патогенез заболевания**

*Этиология.* В возникновении воспалительного процесса матки и придатков основная роль принадлежит болезнетворным организмам, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов, оказывающих влияние на распространение процесса. Возбудители воспаления гениталий в эпоху антибиотиков меняются очень часто. Современные данные по изучению этиологии воспалительных заболеваний половых органов женщины свидетельствуют о возрастающей роли патогенных стафилококков, резистентных к действию широко применяемых антибиотиков. Наряду со стафилококковой инфекцией возросло значение условно-патогенных микробов. В 19 - 53% наблюдений у женщин с хроническим воспалением матки из полости матки высеваются условно-патогенные микроорганизмы (Ech. coli, Enterococcus и St. epidermicus). У нашей больной это Enterococcus и St. еpidermicus.

Инфекционный характер впервые наступивших воспалительных изменений гениталий не вызывает сомнений. В последующем у большинства больных с хроническими процессами микробный фактор уже не играет существенной роли в возникновении обострений. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, воспроизводящая в большей или меньшей степени первоначальный патологический процесс.

*Патогенез.* Восходящий путь инфекции является преобладающим в генезе возникновения воспалительного процесса органов малого таза. Особенно это свойственно неспецифическим микробам (стрептококкам в нашем случае).

Воспалительный процесс может развиваться и в результате активизации нормальной эндогенной флоры влагалища после аборта, ведущего к ослаблению защитных сил организма, местного иммунитета, изменению эндокринной системы.

Важную роль в патогенезе хронического воспалительного процесса играет иммунная система. Вялотекущие рецидивирующие заболевания матки и придатков сопровождаются развитием у таких больных состояния вторичного иммунодефицита, снижающего сопротивление организма к инфекциям. Уровень снижения функциональной активности иммунной системы зависит от длительности патологического процесса.

Еще одним важным патогенетическим звеном хронического воспаления матки и придатков у больной являются нарушения в системе гемостаза и микроциркуляции. Здесь отмечаюся повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активности крови с развитием хронической формы ДВС-синдрома, нарушением микроциркуляции. Все это приводит к гипоксии тканей, замедлению процессов регенерации и хронизации процесса.

Хронические воспалительные процессы внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста следует рассматривать как общее полисистемное заболевание*.* Оно сопровождается вовлечением в патологический процесс систем, с которыми связано течение адаптационных процессов в организме женщины: иммунной, эндокринной, симпатоадреналовой. Образующиеся в очаге воспаления гистаминоподобные вещества, лейкотоксины, адренергические и холинергические соединения, воздействуя на рецепторы, вызывают изменения в центральной и периферической нервной системе. Воздействие на функцию этих систем происходит также гуморальным путем при поступлении этих веществ в сосудистое русло.

У больных наблюдается снижение функциональных возможностей симпатико-адреналовой системы. Изменения в рецепторном аппарате матки и придатков и дисрегуляция центральной нервной системы приводят к сбою эндокринной регуляции половой системы и нарушению репродуктивной функции. У больных могут быть снижены функции гипофиза, яичников, развиться дисфункция щитовидной железы, функциональные нарушения регулирующих центров гипоталамуса. При исследовании содержания гормонов в крови изменения могут быть обнаружены практически у трети женщин. В основном, это - нарушения базальной и циклической секреции ЛГ и ФСГ, снижение уровня эстрадиола. Установлены также изменения нормального соотношения эстрогенов и андрогенов, эстрогенов и кортизола.

Яичник вовлекается в спаечный процесс, нарушается синтез гормонов и овуляция. Именно поэтому в клинике используется термин "сальпингоофорит", являющийся синонимом хронического сальпингита и периофорита.

Возникновение сальптнгоофорита в нашем случае объясняется распространением инфекции из полости матки, в связи с осложненным абортом. Воспалительный процесс начинается в слизистой оболочке, распространяясь и на другие слои маточной трубы. Экссудат, образовавшийся в результате воспалительного процесса, скапливаясь в полости трубы, изливается в брюшную полость, нередко вызывая спаечный процесс вокруг трубы, закрывая просвет ее ампулы, а затем и отверстия маточного отдела трубы. Непроходимость трубы ведет к образованию мешотчатого воспалительного образования. Скопление в полости трубы серозной жидкости носит название гидросальпинкса. Гидросальпинкс может быть как односторонним, так и двусторонним. При тяжелом течении сальпингита, высокой вирулентности микроорганизмов появляется гнойное содержимое в трубе и возникает пиосальпинкс. При пиосальпинксе в малом тазу образуются спайки с кишечником, сальником, мочевым пузырем. Далее воспалительный процесс с маточной трубы переходит на яичник.

**Лечение**

**Режим**: общий.

**Диета:** стол № 15.

**Оперативное лечение**.

Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками и правой маточной трубой. Дренирование брюшной полости. Премедикация: Rp.: Sol. Promedoli 2%-1ml   
 Sol. Atropini 0,1%-1ml D.t.d.N. 6 in amp.  
 S. Вводить в/в, медленно, однократно.

Брюшная стенка обработана, послойно вскрыта. При ревизии - свободного гноя до 100 мл, тело матки до 8 недель, справа яичник несколько больше нормы, маточная труба гиперемирована, размеры 4\*4\*3 см. Слева конгломерат из тубовариального образования и петель кишечника. Выполнена надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками и правой маточной трубой. Брюшная полость осушена и послойно ушита.

**Медикаментозная терапия:**

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 10%-10 ml  
 D.t.d.N. 6 in amp.  
 S. Вводить по 10 мл внутривенно, струйно, медленно 1 раз в сутки.

#

Rp.: Indometacini 0,05

D.t.d. N. 10 in supp.

S. По 1 свече в прямую кишку вечером.

#

Rp.: Benzylpenicillinum - Natrii 2 000 000 ЕД

S. По 2 000 000 ЕД 6 раз в день в/м

в 3 мл раствора новокаина 0,25%

#

Rp.: Gentamycini sulfas 0,08

S. В/м 3 раза в день по 80 мг, развести в 2 мл

стерильной воды для инъекций

#

Rp.: Tab. Metronidasoli 0,5 N. 20

S. По 1 таблетке 3 раза в день

#

Rp.: Dr. “Revitum” N. 100

D.S. По 1 драже 3 раза в день.

**Дневник наблюдения за больной**

***05.11.2002 г.***

Жалобы на умеренные, тянущие боли внизу живота, умеренные белые выделения из половых путей, общую слабость, сонливость. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы теплые, чистые, умеренной влажности, цвет - обычный, с оттенком загара. Отеков нет. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розового цвета. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Дыхательная система: аускультативно - дыхание

В легких перкуторно – звук легочный, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания: 18 экскурсий/мин. Пульс - 86 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени соответствует уровню правой реберной дуги, плотноэластической консистенции, закругленный, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, диурез 1,5 л, цвет мочи нормальный, стул обычного цвета, регулярный, оформленный.

Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, промежность высокая, рубцов, повреждения слизистой оболочки, кожных покровов, кондилом и других патологических элементов нет.

Исследование с помощью влагалищных зеркал: Влагалище свободное, без рубцовых изменений. Слизистая влагалища розовая, чистая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, расположена по проводной оси малого таза, наружный зев щелевидной формы. Выделения беловатые, умеренные, без запаха. Влагалище орошено фурацилином.

Влагалищное исследование: Влагалище емкое, без аномалий развития. Стенки влагалища эластичны. Влагалищные своды свободные. Влагалищная часть шейки матки обычных размеров, плотноэластической консистенции, безболезненна. Маточный зев закрыт, частично проходим для пальца.

Бимануальное исследование: Своды свободные. Тело матки плотной консистенции, отклонено кзади, ограничено в подвижности. При пальпации безболезненно. Отмечается болезненность при пальпации в области придатков, придатки не пальпируются.

***08.11.2002 г.***

Жалобы на фоне проводимого лечения исчезли. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы теплые, чистые, умеренной влажности, цвет - обычный, с оттенком загара. Отеков нет. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розового цвета. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Дыхательная система: аускультативно - дыхание

В легких перкуторно – звук легочный, одинаковый на симметричных участках грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания: 19 экскурсий/мин. Пульс - 82 удара в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени соответствует уровню правой реберной дуги, плотноэластической консистенции, закругленный, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, диурез 1,5 л, цвет мочи нормальный, стул обычного цвета, регулярный, оформленный.

Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, промежность высокая, рубцов, повреждения слизистой оболочки, кожных покровов, кондилом и других патологических элементов нет.

Исследование с помощью влагалищных зеркал: Влагалище свободное, без рубцовых изменений. Слизистая влагалища розовая, чистая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, расположена по проводной оси малого таза, наружний зев щелевидной формы. Выделения слизистые, умеренные, без запаха. Влагалище орошено фурацилином.

Влагалищное исследование: Влагалище емкое, без аномалий развития. Стенки влагалища эластичны. Влагалищные своды свободные. Влагалищная часть шейки матки обычных размеров, плотноэластической консистенции, безболезненна. Маточный зев закрыт, частично проходим для пальца.

Бимануальное исследование: Своды свободные. Тело матки плотной консистенции, отклонено кзади, ограничено в подвижности. При пальпации безболезненно. Придатки не пальпируются, область придатков при пальпации безболезненна.

**Эпикриз**

Больная Лазарева Татьяна Борисовна поступила в гинекологическое отделение 4 ГКБ 21.10.2002 г. для проведения стационарного лечения по направлению МСЧ "Орбита" с диагнозом: Хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения.

При поступлении предъявляет жалобы на интенсивные тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, повышение температуры тела до 40°C , периодические желтые выделения из половых путей, чувство недомогания, общую слабость, сонливость, склонность к запорам, частое мочеиспускание. Данные симптомы беспокоят больную в течение последних 2 недель.

Больной себя считает с 1999 года, когда, со слов больной, у нее появилась нерегулярность менструального цикла в виде его укорочения или удлинения вплоть до задержки очередной менструации на 1-3 недели; умеренные, тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, боли в молочных железах, повышение температуры тела до 37°C накануне менструаций, недомогание, общую слабость, беловатые выделения из половых путей. Больная обследовалась, был поставлен диагноз хроническое воспаление матки и придатков в стадии обострения. Лечилась амбулаторно. Результатом лечения явилось исчезновение жалоб, нормализация менструального цикла. У гинеколога наблюдалась регулярно. В течение последнего года отмечает появление обильных нерегулярных менструаций с периодической задержкой в 2-4 недели; умеренные, тянущие боли внизу живота, отдающие в задний проход, боль в молочных железах, повышение температуры тела до 37,7°C накануне менструаций, периодические белые выделения из половых путей, чувство недомогания, общую слабость, сонливость, склонность к запорам, частое мочеиспускание. Больная обратилась за медицинской помощью в МСЧ "Орбита", была госпитализирована в гинекологическое отделение 4 ГКБ.

В анамнезе: профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает с семьей в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1990 г). Оперативные вмешательства до момента поступления в стационар не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

При объективном обследовании были получены следующие данные: состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36,7 0С. Телосложение нормостеническое. Питание умеренное. Внешне больная соответствует возрасту. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, тур­гор и эластичность сохранены. Подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 19 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм пра­вильный. Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластич­ность сохранена. Перкуторный звук ясный легочный. Аускультативно дыхание везикулярное; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС- 120 /мин. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

Данные гинекологического обследования: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, промежность высокая, рубцов, повреждения слизистой оболочки, кожных покровов, кондилом и других патологических элементов нет. Влагалище свободное, без рубцовых изменений. Слизистая влагалища розовая, чистая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, расположена по проводной оси малого таза, наружный зев щелевидной формы. Выделения беловатые, умеренные, без запаха. Влагалище орошено фурацилином. Влагалище емкое, без аномалий развития. Стенки влагалища эластичны. Влагалищные своды свободные. Влагалищная часть шейки матки обычных размеров. **Бимануальное исследование**: Тело матки плотной консистенции, отклонено кзади, ограничено в подвижности, увеличено до 8 недель. При пальпации болезненно. С обеих сторон пальпируются увеличенные придатки, болезненные при пальпации. Слева определяется опухолевидное образование эластической консистенции 12\*10\*9 см, мало подвижное, болезненное.

Связки матки не определяются.

При проведении лабораторно-инструментального обследования были получены следующие результаты:

► Общий анализ крови (от 21.10.2002):

Гемоглобин (Hb) - 131 г/л;

СОЭ - 19 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 8,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: умеренное повышение СОЭ.

► УЗИ органов малого таза (от 21.10.2002):

Матка в anteflexio. Размеры матки: 6,0 x 3,3 х 5,5, контуры ровные, структура однородная. Правый яичник – 2,3 х 1,9, левый – подтянут к матке – 2,8 х 2,0 см, структура их неоднородная.

Заключение: ультразвуковые признаки хронического аднексита, спаечного процесса слева.

► Мазок на гонококки (от 21.10.2002):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Из уретры | Из шейки матки |
| Гонококки | - | - |
| Лейкоциты | 6-10 в п/з | 7-15 в п/з |
| Эпителий | - | - |

► Мазок на онкоцитологию (от 21.10.2002):

Заключение: цитограмма без особенностей.

► Мазок-отпечаток (от 21.10.2002):

Заключение: цитограмма без особенностей.

► Посев из цервикального канала (от 21.10.2002):

Выделено: 1. Streptococcus epidermicus, умеренный рост, чувствителен к цефаперазону, оксациллину, фузидину, эритромицину, рифампицину, микомицину, ампициллину, пенициллину, гентамицину, офлоксацину. 2. Enterococcus, умеренный рост, чувствителен к ампициллину, пенициллину, гентамицину, рифампицину, микомицину, цефоперазону, оксациллину, эритромицину, фузидину, офлоксацину.

На основании полученных данных был выставлен и верифицирован клинический диагноз:

* основной: Хроническое воспаление матки и придатков, обострение. Тубовариальное образование левых придатков.
* осложнения основного заболевания: Пельвиоперитонит.
* сопутствующая патология: Миома матки. Дрожжевой кольпит. Анемия.

Было назначено и проводится следующее лечение:

**Режим**: общий.

**Диета:** стол № 15.

**Оперативное лечение**.

Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками и правой маточной трубой. Дренирование брюшной полости. Премедикация: Rp.: Sol. Promedoli 2%-1ml   
 Sol. Atropini 0,1%-1ml D.t.d.N. 6 in amp.  
 S. Вводить в/в, медленно, однократно.

Брюшная стенка обработана, послойно вскрыта. При ревизии - свободного гноя до 100 мл, тело матки до 8 недель, справа яичник несколько больше нормы, маточная труба гиперемирована, размеры 4\*4\*3 см. Слева конгломерат из тубовариального образования и петель кишечника. Выполнена надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками и правой маточной трубой. Брюшная полость осушена и послойно ушита.

**Медикаментозная терапия:**

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 10%-10 ml  
 D.t.d.N. 6 in amp.  
 S. Вводить по 10 мл внутривенно, струйно, медленно 1 раз в сутки.

#

Rp.: Indometacini 0,05

D.t.d. N. 10 in supp.

S. По 1 свече в прямую кишку вечером.

#

Rp.: Benzylpenicillinum - Natrii 2 000 000 ЕД

S. По 2 000 000 ЕД 6 раз в день в/м

в 3 мл раствора новокаина 0,25%

#

Rp.: Gentamycini sulfas 0,08

S. В/м 3 раза в день по 80 мг, развести в 2 мл

стерильной воды для инъекций

#

Rp.: Tab. Metronidasoli 0,5 N. 20

S. По 1 таблетке 3 раза в день

#

Rp.: Dr. “Revitum” N. 100

D.S. По 1 драже 3 раза в день.

В результате проводимого лечения отмечается улучшение состояния больной. В настоящее время продолжает стационарное лечение в гинекологическом отделении 4 ГКБ.

**Рекомендации.**

1) Тампоны с димексидом, новокаином, фурадонидом.

2) Ограничение физической нагрузки.

3) Избегать переохлаждений.

4) Половой покой 4 недели.

5) Наблюдение у участкового гинеколога.

**Использованные источники**

1. Савельева Г.М., Антонова Л.В. // Акуш. и гин. - 1990. - №7. - С. 71-74.
2. Newton W, Keith G. J Reprod Med 1985;30(2):82-8.
3. Максименко Т.А., Зенкина Н.П., Колтунина М.Н., Ананьина Л.П. // Вестн. Рос. Асс. акуш.-гин. - 1996. - №4. - С.61-62.
4. Burkman RT. Amer J Obstet Gynecol 1980;138(7):861-3.
5. Зайдиева Я.З., Сметник В.П. // Акуш. и гин. - 1990. - №6. - С. 7-11.
6. Дубоссарская З.М. Патогенез, принципы лечения и медицинской реабилитации больных воспалительными заболеваниями женских половых органов. Автореф. Дисс... д-ра мед.наук. - М., 1986.
7. Серов В.Н., Ильенко Л.Н., Попова О.К., Ненахов В.Ф. Вестн. Рос. ас. акуш.-гин. - 1996. - №3. - С. 75-77.
8. Назаров В.Г. Воспалительные заболевания матки и ее придатков (некоторые вопросы патогенеза, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения). Автореф. Дисс... д-ра мед. наук. - М., 1988.
9. Попова Т.В. Клинико-иммунологичсекие аспекты хронического эндометрита. Автореф. Дисс. канд. мед. наук. - М., 1990.
10. Кулаков В.И., Адамян Л.В. // Акуш. и гин. - 1995. - №5. - С. 3-6.
11. Стрижанов А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. - М., 1990.
12. Бодяжина В.И., Стругацкий В.М. // Акуш. и гин. - 1985. - №7. - С. 11-14.
13. Казачкова Е.А. Введение лекарственных препаратов в слизистую оболочку матки при хронических неспецифических эндометриях и сальпингитах. Дисс... канд. мед. наук, Челябинск, 1985.
14. Федорова Т.А. Принципы лечения и реабилитации больных хроническими рецидивирующими неспецифическими сальпингоофоритами с использованием плазмофереза. Автореф. Дисс... д-ра мед. наук. - М., 1996.
15. Евсеева М.М. Интенсивное лечение хронического сальпингоофорита низкоимпульсным электростатическим полем низкой частоты: клинико-физиологическое обоснование. Автореф. Дисс... канд. мед. наук. М., 1997.
16. Терешин А.Т., Левшин Б.И. // Вестн. дерматол. и венерол. - 1992. - №7. - С. 71-75.
17. Мызенская М.Е., Ярустовская О.В., Кузнецов О.Ф., Есипова Т.В. // Вестн. курортол. - 1996. - №6. - С. 25-26.
18. Маркина Л.П., Ярустовская О.В., Алисултанова Л.С., Деревнина И.А. и др. // Вопр. курортол. - 1995. - №6. - С. 22-25.