Паспортная часть.

ФИО:

Пол:

Возраст:

Место жительства:

Профессия:

Дата поступления:

Дата курации:

***Жалобы.***

# На необильные кровянистые выделения из половых путей.

## Анамнез.

Наследственность не отягощена.

Аллергические реакции не отмечает.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, ангина.

Желтуху, венерические заболевания, туберкулёз и инфекционные болезни отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались.

Менструальная функция: менструации с 13 лет, установились сразу по 5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 26.08 по 31.08, обычного характера.

Половая функция: половая жизнь с 16 лет, в браке, регулярно, от беременности предохраняется презервативами.

Детородная функция: беременностей – 0, абортов – 0.

Гинекологические заболевания: в 1997 году – правосторонняя внематочная беременность, удаление правой маточной трубы.

### В 1998 году пластика правой маточной трубы.

### В 2000 году левосторонняя внематочная беременность, удаление левой маточной трубы.

#  Настоящее заболевание началось 2.09.2001 года, когда через 3 дня после очередной, обычной менструации, появились необильные кровянистые выделения из половых путей и сохраняющиеся в момент поступления в стационар.

#### Объективное исследование

1. Общее исследование:состояние больной удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое. При осмотре кожных покровов кожа бледная, нормальной влажности, теплая на ощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен. На передней брюшной стенке, в нижнем отделе, по срединной линии имеется послеоперационный рубец нежно-розового цвета, незначительно уплотненный.

При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения женский Пальцы и ногти обычной формы, ногти на руках и ногах блестящие, ровные.

При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание достаточное, 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.

Молочные железы нормальной формы, без патологии, соски пигментированы.

Щитовидная железа не увеличена, лимфатические узлы не пальпируются..

Система органов дыхания: Жалоб не предъявляет. Дыхание через нос свободное, патологических отделений из верхних дыхательных путей нет. Грудная клетка нормостенической формы, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Дыхание умеренной глубины, ритмичное, частота дыхательных движений в 1 минуту 17. Пальпация грудной клетки безболезненна, патологических изменений не выявлено. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет.

Система органов кровообращения: Жалоб не предъявляет. Одышки и отёков нет. Состояние вен и артерий без патологических особенностей. Выбухания вен и артерий нет. Границы сердца в пределах нормы. Пальпация области сердца безболезненная. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выявлено. Пульс на лучевых артериях 76 уд. в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление на момент осмотра 110\70 мм.рт.ст. на обеих руках.

Система органов пищеварения: Жалоб не предъявляет. Аппетит хороший. Стул оформленный, без патологических примесей. Язык ярко-розового цвета, влажный, без налета. Налётов, трещин, язв в ротовой полости нет. Полость рта санирована. Видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Венозные коллатерали отсутствуют. Перкуссия не проводилась в связи с беременностью. Визуально печень и селезёнка не увеличены, пальпация этой области не проводилась в связи с беременностью.

Система органов мочеотделения: Нарушения мочеиспускания нет. Количество мочи обычное. При осмотре поясничной области припухлости и покраснения не выявлено. Болезненности в области почек и по ходу мочеточников нет.

Нервная система и органы чувств: Сознание ясное. Общемозговые симптомы на момент осмотра отсутствуют. Головной боли нет, зрение ясное. Двигательная сфера без нарушений. Пациентка контактна, разговор ведёт свободно, настроение ровное. Менингиальных симптомов нет.

Органы чувств без патологических изменений.

2. Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу.

При осмотре в зеркалах - слизистая влагалища и шейки матки обычной окраски. Шейка матки цилиндрическая, наружный зев нерожавшей женщины, незначительные кровянистые выделения.

При двуручном исследовании выявлено: влагалище узкое, стенки эластичные. Матка – положение anteflexio, нормальной величины, плотной консистенции, поверхность матки ровная, безболезненная при пальпации и смещении, ограниченно-подвижная. Придатки не увеличены. Влагалищные своды выражены, глубокие, безболезненные.

Выделения кровянистые, умеренные.

***Диагноз.***

Дисфункциональное маточное кровотечение, репродуктивного периода.

***План обследования.***

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Исследование флоры влагалища, цервикального канала, уретры.
4. Цитологическое исследование влагалищного мазка.
5. УЗИ органов малого таза.
6. Гистероскопия.
7. Раздельное диагностическое выскабливание матки, с последующим гистологическим исследованием соскоба.
8. Исследование крови на ВИЧ-инфекцию, RW, HBS-антиген.

##### Дополнительные методы

***гинекологического исследования.***

07.09.2001 года, 12.00. Операция: гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки.

В асептических условиях шейка матки обложена в зеркалах и взята на пулевые щипцы. Длина полости матки по зонду 7 см. Расширителями Гигара цервикальный канал расширен до №11. В полость матки введен проводник гистероскопа с осветительной системой. При осмотре обнаружено: поверхность стенки матки гиперемирована, ярко-красного цвета, кровоточит. Стенки матки дряблые, единичные обрывки эндометрия. Произведено выскабливание цервикального канала и полости матки. Соскоб скудный, отправлен на гистологическое исследование.

Заключение: дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода, хронический эндометрит.

Гистологическое заключение: эндометрит с железисто-кистозной гиперплазией и очаговым некрозом с кровоизлияниями в строме.

***Лабораторные исследования.***

Анализ крови:

Гемоглобин 118 г/л

Эритроциты 3.2\*10^12

Лейкоциты 9.0\*10^9

Лимфоциты 11

Палочкоядерные 6

Сегментоядерные 74

Моноциты 5

СОЭ - 3 мм/ч

ЦП 0,9

Анализ мочи:

Моча оранжевого цвета, мутная, без запаха, удельный

вес 1010. Реакция кислая.

Белок, сахар, и желчные пигменты не определяются.

Эритроциты 20-30 в п/зр. Лейкоциты единичн. в п/з

***Окончательный диагноз.***

Хронический эндометрит. Маточное кровотечение.

Спаечный процесс в малом тазу.

***Дифференциальный диагноз.***

## Поскольку при хроническом эндометрите ведущим симптомом является маточное кровотечение - дифференциальную диагностику следует проводить с маточной и внематочной беременностью, миомой матки, внутренним эндометриозом, воспалительными процессами половых органов, раком эндометрия, гормонопродуцирующими опухолями яичников, эрозией шейки матки и полипами слизистой цервикального канала.

1. При проведении дифференциального диагноза с нарушенной маточной или внематочной беременностью следует иметь в виду, что при прерывании беременности кровянистые выделения из половых путей сопровождаются болевым синдромом (боли схваткообразные, приступообразные), при аборте в «в ходу» или неполном аборте отмечается раскрытие шеечного канала, повышение базальной температуры, отрицательный симптом «зрачка». При гистологическом исследовании соскоба эндометрия при маточной беременности обнаруживаются децидуальные превращения стромы и ворсин хориона,

при внематочной беременности – ворсины хориона отсутствуют.

## 2. Кровотечение при миоме матки носит характер гиперполименореи или метроррагии (при подслизистом узле), отсутствует задержка менструации, матка плотная, увеличена в размерах.

## 3. Воспалительный процесс гениталий характеризуется постоянными болями внизу живота и в пояснице, повышением температуры. Как правило отсутствует задержка менструации, кровянистые выделения мажущиеся, непостоянные, имеется лейкоцитоз, сдвиг формы влево.

4. Основным симптомом рака тела матки является маточное кровотечение различной интенсивности, не связанное с менструальным циклом. Окончательный диагноз возможен после гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания слизистой матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

## 5. Трудности возникают при проведении дифференциального диагноза с гормонопродуцирующими опухолями яичников. Для решения этого вопроса, данные влагалищного исследования, ультразвукового сканирования являются определяющими.

Патологические изменения шейки матки можно исключить при осмотре шейки в зеркалах и расширенной кольпоскопии.

***Этиология и патогенез.***

Вопрос о существовании хронического эндометрита обсуждался в течение многих лет. Считался сомнительным переход острого эндометрита в хронический в связи с цик­лическим отторжением пораженного функционального слоя и регенерацией его за счет клеток неповрежденного базаль-ного слоя. На основании исследований Б. И. Железнова, Н. Е. Логиновой (1976), К. Meinen и соавт. (1981) доказано вовлечение в хронический воспалительный процесс не толь­ко функционального, но и неотторгающегося базального (камбиального) слоя, а в тяжелых случаях — и поражение миометрия. В настоящее время существование хронического эндометрита не вызывает сомнений, и заболевание выделено как самостоятельная нозологическая единица в Междуна­родной классификации болезней и причин смерти девятого пересмотра

Как правило, хронический эндометрит возникает вследствие не вылеченного до конца острого послеродового или послеабортного эндометри­та, часто его развитию способствуют повторные внутрима-точные вмешательства в связи с маточным кровотечением. Редко причиной хронического эндометрита могут явиться оставшиеся части косто­чек после прерывания больших сроков беременности или шовный материал после операции кесарева сечения. Вместе с тем, ряд авторов считают возможным возникновение хронического эндометрита и без острой стадии воспаления.

Если роль микробного фактора при остром эндометрите очевидна, то вопрос о роли его в поддержании хронизации воспалительного процесса остается дискутабельным. Нет четких данных о том, когда микробный фактор исчезает из организма: во время или после проводимой терапии. Кли­ническая картина показывает, что часто роль первичного возбудителя при хроническом воспалении утрачивается с усилением роли вторичного инфицирования. Нередко тече­ние хронических воспалительных заболеваний может быть отягощено проявлением дисбактериоза вследствие отрица­тельного побочного действия лекарств и суперинфекции (аутоинфекция условно-патогенными микробами).

Анализ выполненных исследований содержит весьма про­тиворечивые данные относительно роли микроорганизмов при хроническом эндометрите, так как наличие собственной микрофлоры в цервикальном канале здоровых женщин в настоящее время доказано работами многих авторов. Для выяснения роли инфекционного начала в патогенезе хронического эндометрита представили интерес сообщения о том, что бактериологиче­скому контролю подверглось содержимое полости матки. В большинстве исследований материал из полости матки из­влекался через цервикальный канал. Следовательно, полу­ченные культуры могут быть загрязнены эндоцервикальными бактериями даже при применении двухпросветных ка­тетеров, которые значительно уменьшают опасность конта­минации. Трансфундальная аспирация содержимого полости матки, позволяющая получить культуры без эндоцервикальных примесей, применяется редко, так как поиск полости матки является весьма трудоемким.

Исследование видового и количественного составов микроценоза влагалища и цервикального канала выявило связь между дисбиотическим состоянием этих микроэкосистем и персистенцией условно-патогенных микроорганизмов в эн­дометрии. Присутствие во влагалищ­ном микроценозе условно-патогенных микроорганизмов из группы факультативно-анаэробных бактерий (эшерихий, протей, золотистый стафилококк, микоплазма), а также уве­личение количества анаэробных бактерий типа гарднерелл, бактероидов, вибрионов резко увеличивает риск восходяще­го инфицирования эндометрия, что способствует привычно­му невынашиванию беременности. Наиболее характерной особенностью микробиотопов эндометрия у женщин с при­вычным невынашиванием беременности на фоне хрониче­ского эндометрита является преобладание в них анаэробных видов микроорганизмов, как правило, в виде ассоциаций облигатно-анаэробных микроорганизмов и микроаэрофилов (в 61,4% наблюдений). Изучение роли вируса простого герпеса в генезе хронических эндометритов показало, что в 28 % случаев вирусный антиген является единственным ин­фекционным агентом при данной патологии, в 56 % он обнаруживается в ассоциациях с бактериями и микоплазмами. У больных данной группы отмечена тенденция к превалированию облигатно-анаэробной флоры и в частности анаэробных кокков как в монокультуре, так и в составе аэробно-анаэробных ассоциаций.

Большинство хронических эндометритов протекает латен­тно и не имеет клинических проявлений инфекции. При использовании обычных бактериологических методов, по-видимому, не всегда удается выявить инфекционный агент. Для его обнаружения необходимо использовать более тон­кий иммуноцитохимический метод.

Хронический эндометрит — клинико-анатомическое поня­тие. Выделяют следующие его морфологические варианты: атрофический, при котором отмечается атрофия желез, фиб­роз стромы, инфильтрация ее лимфоидными элементами; кистозный, если фиброзная ткань сдавливает протоки же­лез, содержимое их сгущается и образуются кисты, и ги­пертрофический, если слизистая оболочка в результате хронического воспаления подвергается гиперплазии. При хроническом эндометрите обычно не отмечается каких-либо специфических макроско­пических изменений со стороны эндометрия. На его повер­хности могут наблюдаться серозные, геморрагические или гнойные выделения. Эндометрий может быть утолщен и давать обильный материал при выскабливании стенок поло­сти матки. Редко встречаются фиброзные спайки, которые могут быть причиной частичной ее облитерации и беспло­дия. В таких случаях при выскабливании стенок полости матки получают мало материала.

Гистологическими критериями при постановке диагноза хронический эндометрит являются инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоидных элементов и плазматических клеток, а также небольшого количества полиморфно-ядерных лейкоцитов (иногда в просвете маточных желез) и гистиоцитов. Распо­ложение инфильтратов чаще очаговое, вокруг желез и кро­веносных сосудов, реже диффузное. "Лимфоидные фоллику­лы" располагаются не только в базальных и глубоких отде­лах функционального слоя эндометрия, но и в его поверх­ностных слоях. Отмечается фиброз стромы — очаговый, ко­торый выражается в сгущении или уплотнении волокнистой ткани вокруг сосудов; диффузный, выражающийся в резком фиброзировании обширных участков эндометрия, главным образом глубоких слоев. Склероз спиральных артерий на­блюдается не только в глубоких, но и в поверхностных отделах эндометрия. Сосудов в строме мало, капилляры артериального типа сужены или облитерированы за счет пролиферации эндотелиальных элементов и склероза. В про­светах отдельных сосудов виден слущенный эпителий как следствие фибриноидного набухания сосудистой стенки. В некоторых случаях стенки сосудов находятся в состоянии гиалиновой дистрофии. Помимо воспалительного стромального инфильтрата с преобладанием лимфоцитов, при отсут­ствии предменструальных и других патологических измене­ний морфологическими признаками хронического эндометрита могут быть поверх­ностный отек, увеличение плотности стромы, очаговые кро­воизлияния с отложением гемосидерина, которые обычно локализуются вблизи мелких артериол, и эозинофилия по­верхности эпителия.

Почти всеми морфологами, изучавшими хронический эндометрит, подчеркива­ется обязательное присутствие в препаратах плазматических клеток. Плазматическая клетка — это эффекторная клетка В-лимфоцитов, секретирующая гуморальные антитела.

***План лечения.***

## В острой стадии эндометрита:

## Консервативное лечение: 1. Средства, повышающие тонус матки – стиптицин по 0.05 гр. 3 раза в день, эрготал по 1 мг. 3 раза в день.

## 2. Средства, влияющие на свёртываемость крови – викасол 3.0 мл в/м.

## 3. Антибактериальные средства – доксициклин 1 капсула 2раза в день, трихопол 0.25 х 3 раза в день, нистатин 0.5 х 4 раза в день, как антикандидозное средство.

Этиотропное лечение: применяют комплексное лечение, включающее средства, направленные на терапию сопутствующих заболе­ваний, общеукрепляющие средства, по показаниям — седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины. Веду­щую роль играет физиотерапия, улучшающая гемодинамику малого таза, стимулирующая сниженную функцию яич­ников и активность рецепторов эндометрия.

Высокий терапевтический эффект достигнут при введении лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков, не­посредственно в слизистую оболочку матки. Метод обеспе­чивает создание высокой концентрации лекарственных ве­ществ в очаге хронического воспаления. Имеются сообще­ния о применении у больных, страдающих хроническим эндометритом, внутриматочного диализа. В качестве диализирующего раствора ис­пользуют димексид, лидазу, настойку календулы, раствор новокаина, димедрол. В целях ликвидации маточных кро­вотечений в комплекс мероприятий, помимо гормонального гемостаза, включают раствор аминокапроновой кислоты. Раствор вводят в полость матки ежедневно по 3-5 мл в течение 5-7 дней. В связи с тем, что наиболее вероятным возбудителем хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов являются хламидии, ряд авто­ров рекомендуют назначение синтетических тетрациклинов в течение длительного времени — 2-3 недели. Естественно, по­казано одновременное лечение полового партнера.

Физиотерапия нередко способствует активации гормональ­ной функции яичников. Гормональные препараты рекомен­дуются при недостаточном эффекте физиотерапии. Гормо­нальную терапию проводят с учетом возраста больной, дли­тельности заболевания, сопутствующих патологических про­цессов, фазы менструального цикла, степени гипофункции яичников (обычно возникают показания к заместительной циклической терапии: эстрогены в первой, прогестерон во второй фазе). Антибиотики могут быть использованы при появлении признаков обострения эндометрита, в том числе возникающего в ответ на физиотерапевтические процедуры. В период ремиссии назначение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов необоснованно.

Физиотерапия занимает основное место при лечении хронического эндометрита; ее проводят дифференцированно, с учетом длительности процесса, возраста больной, функции яичников.

При ненарушенной функции яичников и непродолжитель­ном заболевании (менее 2 лет) показано применение микро­волн сантиметрового диапазона или магнитного поля УВЧ; если процесс длится более 2 лет, рекомендуется ультразвук в импульсном режиме или электрофорез цинка.

При гипофункции яичников и длительности эндометрия более 2 лет предпочтительны микроволны сантиметрового диапазона, показано также применение магнитного поля, УВЧ; при течении заболевания более 2 лет рекомендуется ультразвук в импульсном режиме (предпочтительнее) или электрофорез йода.

Эффективно курортное лечение (пелоидотерапия, бальнео­терапия), показания к которому те же, что и для хрониче­ского сальпингоофорита.

***Дневники.***

## 10.09.2001: Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Температура 36.9 С. Болей внизу живота нет. ЧСС 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Выделения из половых путей в незначительном количестве.

## 12.09.2001: Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Температура 36.7 С. Болей в животе нет. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Выделений из половых путей нет. Больная готовится к выписке из стационара.

***Эпикриз.***

Больная Н. 23 лет поступила в стационар 7.09.2001 года, с диагнозом дисфункциональное маточное кровотечение. При поступлении жалобы на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые начались через 3 дня после окончания очередной менструации. Произведена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, соскоб взят на гистологическое исследование – хронический эндометрит, маточное кровотечение.

В стационаре проводится гемостатическая терапия. Состояние улучшилось, выделения из половых путей прекратились. Больная готовится на выписку.

По результатам гистологического исследования назначено этиотропное лечение.