**Паспортная часть:**

1.ФИО. –

2.Возраст – 37 лет.

3. Профессия – уборщица

4. Адрес – г.

5.Время поступления – 26.09.00

6.Дата начала курации – 26.09.00

### Жалобы при поступлении

Больная предъявляла жалобы на периодически возникающие неинтенсивные боли в надлобковой и подвздошных областях, усиливающиеся в начальные дни менструации. Боли сопровождаются умеренным количеством густых белых выделений с неприятным запахом.

### Анамнез

Наследственный анамнез:

тетка по материнской линии умерла от рака молочной железы.

Аллергический анамнез не отягощен.

Перенесённые общие заболевания:

1976г – впервые выставлен нефроптоз II ст справа

1988г - впервые выставлен хр тонзиллит

1992г – впервые выставлена мастопатия

1998г – впервые выставлена ГБ II

Туберкулёз, гепатиты, венерические заболевания отрицает

## Менструальная функция

Менархе в 12 лет, цикл установился сразу (29-31 день). Менструации со слов больной обильные, в первые дни – ноющие боли. После начала половой жизни, родов, и аборта менструации и менструальный цикл не изменились. Дата последней менструации – 16.09.00 – 22.09.00, менструация обычная.

## Секреторная функция

Густые белые выделения с неприятным запахом в умеренном количестве появляются периодически (раз в 2-3 месяца), чаще после менструации, иногда сопровождаются зудом наружных половых органов умеренной интенсивности.

## Половая функция

Начала половую жизнь в 17 лет, в настоящее время живёт половой жизнью регулярно, имеет половое влечение и изредка чувство удовлетворения. Половой акт без боле и последующих кровянистых выделений. В настоящее время от беременности предохраняется путем прерывания полового акта. Ранее использовала ВМС (1988 - 1993), а затем – гормональные контрацептивы (регивидон) до 1999г.

## Репродуктивная функция

Беременность наступила в 19 лет, через 2.5 года после начала половой жизни. Было 2 беременности:

1-я – наступила в19 лет, в 1984г, во второй половине беременности – О-гестоз. Роды срочные, нормальные. Послеродовой период протекал нормально, ребенок (девочка) жив.

2-я –наступила в 22 года, в1987 г. Артифициальный аборт на сроке 12 недель. Послеабортный период без осложнений.

## Перенесённые гинекологические заболевания

1984г -послеродовая эрозия шейки матки, лечения не проводилось.

1998г – полип цервикального канала, лечение не проводилось.

## История развития данного заболевания

Считает себя больной в течение 5 дней, когда появились периодически возникающие неинтенсивные боли в надлобковой и подвздошных областях, усиливающиеся в начальные дни менструации. Боли сопровождались умеренным количеством густых белых выделений с неприятным запахом. Данное состояние больная ни с чем не связывает. В результате обращения в женскую консультацию был взят мазок из влагалища (обнаружены грибы рода Саndida) и назначено лечение (нистатин 500000 ЕД в день перорально, крем Клотримазол 1% - вагинально). 26.09.00 направлена в БМСЧ Строителей на гитероскопию и иссечение полипа.

# Объективное исследование

#### **А. Общее исследование**

#### Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Рост 150 см. вес 69 кг. Тепература тела 36.6С. Телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая. Кожа и видимые слизистые обычного цвета, чистые. Молочные железы здоровые, соски чистые. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена неравномерно, сильно выражена в районе живота. Отеков и пастозности нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

### Опорно-двигательный аппарат

Костно-мышечная система развита правильно. Движения в суставах безболезненные, в полном объеме.

Дыхательная система

Грудная клетка симметричная. Частота дыханий – 16 дыхательных движений в минуту.

При сравнительной перкусии определяется ясный легочный звук над всей поверхностью легких.

При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Патологических дыхательных шумов нет.

Сердечно-сосудистая система

При пальпации области сердца определяется верхушечный толчок в 5 м/реберье, на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, низкий, 1,5 см в диаметре.

При перкуссии граниёцы относительной и абсолютной тупости сердца в норме.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные.

Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. АД 130/80 мм рт ст на обеих руках.

Пищеварительная система

Полость рта санирована. Язык и слизистая полости рта чистые, влажные, розового цвета.

Пальпаторно определяется тонкий, закруглённый, гладкий, мягкоэластичный край печени по краю правой реберной дуги справа. Селезёнка не пальпируется.

Стул регулярный (1 раз в сутки), оформленный.

Мочевыделительная система

Область почек визульно не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание регулярное (7-8 раз в сутки), безболезненное.

##### Гинекологическое исследование

## Состояние наружных половых органов

Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Уретра, парауретральные ходы, выводные протоки бартолиниевых желёз не изменены.

## Осмотр шейки матки и влагалища при помощи зеркал

Влагалище узкое, емкое, слизистая его бледно-розовая, складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, гиперемирована. Наружный зев щелевидный, цервикальный канал закрыт, выделения гнойные.

## Двуручное гинекологическое исследование

Пальпаторно шейка матки нормальной консистенции, наружный зев закрыт. Положение тела матки не изменено, матка несколько увеличена в размерах, слегка уплотнена, малоболезненна, подвижна, поверхность её гладкая. Придатки пальпируются с обеих сторон, подвижные, плотные, малоболезненные. Своды влагалища узкие, умеренной глубины. Выделения на перчатках гнойные.

**Предварительный диагноз:**

Хронический метроэндометрит, ст. обострения. Хронический сальпингоофорит, ст. обострения.

# План обследования

1. Клинический анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови: общий белок и его фракции, СРБ, фибриноген, сиаловые кислоты.
4. Анализ крови на ВИЧ-инфекцию, ЭДС.
5. Взятие мазков через 24, 48, и 72ч, после использования комбинированных методов провокации, из влагалища, цервикального канала и уретры для микроскопического, бактериологического и цитохимического исследования и для определения чувствительности выделенной культуры к антибиотикам.
6. УЗИ органов малого таза.
7. Лапароскопия.
8. Кульдоцентез.

# *План обследования больной Глазнюк О.В.*

1. Клинический анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на ВИЧ-инфекцию, ЭДС.
4. Взятие мазков через 24, 48, и 72ч, после использования комбинированных методов провокации, из влагалища, цервикального канала и уретры для микроскопического, бактериологического и цитохимического исследования и для определения чувствительности выделенной культуры к антибиотикам.
5. УЗИ органов малого таза.

**Результаты обследования Глазнюк О.В.**

## УЗИ от 27.09.00

Тело матки оклонено влево, с четкими контурами, средней эхогенной структуры, размерами 3,8\*5,4\*3,5, М – ЭХО 5 мм, не деформирована. Ш/матки – 2,8\*2,6\*2,3 см, однородной структуры.

Левый яичник – 2,1см\*1,7 см, однородной структуры; Правый яичник – 1,8 см\*1,4 см, однородной структуры.

Найдены среднезернистые образования.

## Клинический анализ крови от 27.09.00

• гемоглобин – 115 г/л (↓)

• лейкоциты – 12,0\*109в 1 л (↑)

* эозинофилы – 2% (N)
* нейтрофилы
* • миелоциты – 0% (N)
* • юные – 0% (N)

• п/я – 14%(↑)

* • с/я – 49%
* лимфоциты – 33 %
* моноциты – 2% (N)
* • СОЭ – 12 мм/ч (N)
* Заключение:. Умеренный лейкоцитоз, с нейтрофильным сдвигом влево.

## Клинический анализ крови от 3.10.00

• гемоглобин – 112 г/л (↓)

• лейкоциты – 10,7\*109в 1 л (↑)

* эозинофилы – 0% (N)
* нейтрофилы
* • миелоциты – 0% (N)
* • юные – 0% (N)
* • п/я – 0%)
* • с/я – 66%(N)
* лимфоциты – 32 %(N)
* моноциты – 2% (N)
* •СОЭ – 4 мм/ч (N)
* Заключение:. Незначительный лейкоцитоз.

Общий анализ мочи от 27.09.00

• цвет – соломенно-желтый(N)

цвет – соломенно-желтый(N)

• удельный вес – 1006(N)

• реакция – нейтральная(N)

• прозрачность - неполная

• сахар – нет(N)

• белок – нет(N)

• эпителий – единичн.кл. (N)

• лейкоциты – единичные кл. (N)

Заключение: результаты анализа в пределах нормы

. Общий анализ мочи от 3.10.00

• цвет – соломенно-желтый(N)

• удельный вес – 1008(N)

• реакция – нейтральная(N)

• прозрачность полная

• сахар – нет(N)

• белок – нет(N)

• эпителий – единичн.кл. (N)

• лейкоциты – единичные кл. (N)

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

## Посев из влагалища на флору от 27.09.00

S.Epidermidis – скудные. Дрожжи, обильный рост.

## Мазок на флору от 2.10.00

Кокковая, палочковая обильная флора с приобладанием кокковой флоры.

Анализ крови на ЭДС, ВИЧ –инфекцию , HBS Ag от 27.09.00 – отрицателен

**Дифференциальный диагноз.**

***Острый аппендицит***

1. Быстро нарастающие симптомы общей интоксикации: сухой язык, возможны тошнота, рвота.
2. Пальпаторно: локальная болезненность и напряжение мышц в правой поввздошной области.
3. Иррадиация болей: возможна в эпигастральную область.
4. При влагалищном исследовании: движение за шейку матки б/болезненны, напряжения сводов нет.
5. Придатки не определяются.

***Внематочная беременность.***

1. Сопровождается коллапсом (кожа бледная, частый пульс, несоответствующий температуре тела).
2. Пальпаторно: живот резко болезненный, положительный симптом раздражения брюшины, нет напряжения брюшных мышц.
3. Температуры нормальная, лейкоцитоза нет.

***Перекрут кисты.***

1. Острое начало.
2. Внезапные боли внизу живота (возможен шок, рвота).
3. Поведение беспокойное, положение вынужденное.
4. При влагалищном исследовании: опухолевидное образование, резко болезненное, гладкостенное, эластической консистенции.

***Эндометриоз матки***

1. Гипер- и полименорея
2. Альгоменорея и боли перед менструацией, менструация приносит облегчение
3. Увеличение объёма матки перед менструацией и во время её, нормализация их после менструации.
4. Торпидность к антибактериальной терапии.

**Обоснование клинического диагноза.**

## На основании жалоб больной при поступлении (на неинтенсивные боли в надлобковой и подвздошных областях, сопровождающиеся умеренным количеством густых белых выделений с неприятным запахом), данных анамнеза жизни. (больная живет половой жизнью с 20 лет, менструирует с 12 лет, ношение ВМС в течении 5 лет, - медицинский аборт в 1987г, гинекологические заболевания - эрозия шейки матки, полип цервикального канала), анамнеза заболевания (на протяжении нескольких лет периодически возникают неинтенсивные боли в надлобковой и подвздошных областях, усиливающиеся в начальные дни менструации и сопровождающиеся умеренным количеством густых белых выделений с неприятным запахом), гинекологического исследования (шейка матки гиперемирована, выделения из цервикального канала гнойные, матка несколько увеличена в размерах, слегка уплотнена, малоболезненна, придатки пальпируются с обеих сторон, подвижные, плотные, малоболезненные), данных дополнительных (УЗ-признаки воспаления) и лабораторных методов исследования ( в кл ан крови – лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево. в посеве из влагалища на флору - S.Epidermidis – скудные, дрожжи - обильный рост; мазок на флору - кокковая, палочковая обильная флора с преобладанием кокковой флоры), на основании проведенного дифференциального диагноза, ставится окончательный клинический диагноз: Хронический метроэндометрит, обострение. Хронический сальпингоофорит, обострение.

### План лечения

1. Неспецифическая иммуностимуляция: гоновакцина, пирогенал, продигиозан

Вакцина гонококковая: вводить 1й день – 0.5 мл, 2й день – 0.75 мл, 3й день – 1 мл, 4й день – 1.25 мл, 5й день – 1.5 мл, 6й день – 1.75 мл, 7й день – 2 мл.

1. Антибактериальная терапия: абактал, заноцин, пенициллин, гентамицин, метрогил и др.

Rp: Sol. Zanocini 200 mg – 100 ml

Dtd N 10

S: По 100 мл в/в капельно 2 раза в день со дня появления пирогенной реакции

1. Витаминотерпапия: А, С, группы В, Е.

Rp: Tab. Piridoxini hydrochoridi 0.01

D. t. d. N 50

S: По 2 таб 2 раза в день.

Rp: Sol. Cyancobalamini0.01% - 1 ml

D. t. d. N 10 in ampull.

S: По 1 мл в/м 1 раз в день.

Rp: Sol. Acidi asorbinici 5% 1 ml

D. t. d. N 10 in ampull.

S: По 1 мл в/м 1 раз в день.

Rp: Tab. Retinoli acetatis 0.0135

D. t. d. N 50

S: По 1 таблетке 2 раза в день.

1. Рассасывающая терапия: глюнат, стекловидное тело, экстракт алоэ для иньекций.

Rp: Corp. vitreum 2 ml

D. t. d. N 10 in ampull.

S: По 2 мл в/м 1 раз в день после окончания антибактериальной терапии.

Rp: Extr. Aloes fl. pro inj. - 1 ml

D. t. d. N 30 in ampull.

S: По 1 мл в/м 3 раз в день после окончания антибактериальной терапии.

1. Физиотерапия : магнитотерапия, азокерит, УЗ-терапия, грязелечение, электрофорез с Са, цинком, йодом.

### Дневник

**29.10.00**

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычного цвета, чистые. Язык чистый, влажный, розового цвета. Тепература тела 37.7С. Молочные железы здоровые, соски чистые. Отеков и пастозности нет. Частота дыханий – 23 дыхательных движений в минуту. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Патологических дыхательных шумов нет. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/75 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Стул регулярный (1 раз в сутки), оформленный. Мочеиспускание регулярное (7 раз в сутки), безболезненное.

**2.10.00**

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычного цвета, чистые. Язык чистый, влажный, розового цвета. Тепература тела 37.0С. Молочные железы здоровые, соски чистые. Отеков и пастозности нет. Частота дыханий – 20 дыхательных движений в минуту. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Патологических дыхательных шумов нет. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 135/80 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 85 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Стул регулярный (1 раз в сутки), оформленный. Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

**6.10.00**

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычного цвета, чистые. Язык чистый, влажный, розового цвета. Тепература тела 36,8С. Молочные железы здоровые, соски чистые. Отеков и пастозности нет. Частота дыханий – 18 дыхательных движений в минуту. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Патологических дыхательных шумов нет. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120 / 70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Стул регулярный (1 раз в сутки), оформленный. Мочеиспускание регулярное (8 раз в сутки), безболезненное.

**Этиология и патогенез**

Метроэндометрит и аднексит относятся к воспалительным заболеваниям верхнего отдела половых органов инфекционной этиологии. Очень часто эндометрит и аднексит встречаются в сочетании друг с другом.

Этиологическим фактором могут быть многие микроорганизмы: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Streptococcus, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum и др. Проникновение инфекционных агентов в верхние половые пути происходит с помощью сперматозоидов, трихомонад, возможен пассивный транспорт микроорганизмов, последнее место занимают гематогенный и лимфогенный пути. Сальпингоофорит может возникнуть различными путями: восходящим (каналикулярно) из матки, нисходящим (из брюшины), по протяжению или лимфогенно (инфекция кишечной палочкой) из червеобразного отростка, прямой или сигмовидной кишки. Восходящий путь распространения инфекции наблюдается весьма часто, так как содержимое матки легкого попадает в маточные трубы. Эпителиальный покров маточной трубы обычно не нарушается; в складках трубы происходит лейкоцитарная инфильтрация; в просвет трубы в значительном количестве скапливается гной. Инфекция нередко захватывает и мышечный слой трубы, обусловливая в дальнейшем воспаление брюшины. Аднекситу может предшествовать колонизация влагалища и шейки матки или условно-патогенной флорой. Бессимптомное носительство может продолжаться месяцы и годы. Под действие провоцирующих факторов бактерии проникают через полость матки в просвет труб. Провоцирующие факторы: Менструация (т.к. кровь и отторгнутый эпителий – хорошая питательная среда), половой акт (сокращения миометрия способствуют развитию восходящей инфекции), ятрогенные причины (медицинский аборт, расширение цервикального канала и кюретаж, введение ВМС и т.д.).

В связи с хронизацией процесса обычными бактериологическими методами инфекционный агент может быть не выявлен, в этом случае требуется иммуноцитохимический метод.

**Этиология и патогенез хронического эндометрита и сольпингоофорита в стадии обострения у Глазнюк О.В.**

По результатам бактериологического посева этиологическим фактором является S.Epidermidis, однако нельзя исключить наличие других инфекционных агентов, т.к. данной больной не проводилось иммуноцитохимическое исследование.

Наиболее вероятен восходящий путь инфицирования, т.к. больная живет половой жизнью, менструирует, имело место ношение ВМС в течении 5 лет, в анамнезе – медицинский аборт. Причиной настоящего обострения может являтся переохлаждение больной.

### Прогноз

* Прогноз для жизни благоприятный.
* Прогноз для трудоспособности благоприятный.
* Прогноз для деторождаемости зависит от давности заболевания, распространенности воспалительного процесса, его интенсивности и, следовательно, степени поражения фолликулов в яичниках, выраженности спаечного процесса в маточных трубах и, соответственно, их проходимости, а также от степени поражения стенок матки.
* Учитывая большую распространённость хронического воспалительного процесса (матка, трубы, яичники), многократные обострения в анамнезе, давность заболевания у Глазнюк О. В., отсутствие правильной тактики лечения все это время, а также наличие спаечного процесса в маточных трубах при бимануальном гинекологическом исследовании прогноз для деторождаемости скорее неблагоприятный. Но нельзя с уверенностью утверждать это, так как не проведен весь комплекс соответствующих исследований.

### Эпикриз

## Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 37 лет поступила в отделение гинекологии БМСЧ Строителей 26.09.00 с жалобами на неинтенсивные боли в надлобковой и подвздошных областях, сопровождающиеся умеренным количеством густых белых выделений с неприятным запахом.

## В анамнезе: живет половой жизнью с 20 лет, менструирует с 12 лет, ношение ВМС в течении 5 лет, медицинский аборт в 1987г, гинекологические заболевания - эрозия шейки матки, полип цервикального канала, на протяжении нескольких лет периодически возникают неинтенсивные боли в надлобковой и подвздошных областях, усиливающиеся в начальные дни менструации и сопровождающиеся умеренным количеством густых белых выделений с неприятным запахом.

## При гинекологическом исследования шейка матки гиперемирована, выделения из цервикального канала гнойные, матка несколько увеличена в размерах, слегка уплотнена, малоболезненна, придатки пальпируются с обеих сторон, подвижные, плотные, малоболезненные.

## По данным дополнительных методов исследования УЗ-признаки воспаления.

## По данным лабораторных методов исследования:

## в кл ан крови – лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево.

## в посеве из влагалища на флору - S.Epidermidis – скудные, дрожжи - обильный рост;

## мазок на флору - кокковая, палочковая обильная флора с преобладанием кокковой флоры.

## На основании проведенного дифференциального диагноза выставлен клинический диагноз: Хронический метроэндометрит, обострение. Хронический сальпингоофорит, обострение.

В результате проводимого лечения:

1. Вакцина гонококковая: вводилась в 1й день – 0.5 мл, 2й день – 0.75 мл, 3й день – 1 мл, 4й день – 1.25 мл, 5й день – 1.5 мл, 6й день – 1.75 мл, 7й день – 2 мл.
2. Рр Заноцина 100 в/в капельно 2 раза в день со дня появления пирогенной реакции – 5 дней
3. Витаминотерпапия: А, С, группы В, Е.
4. Стекловидное тело: по 2 мл в/м 1 раз в день после окончания антибактериальной терапии.
5. Экстракт алоэ для иньекций по 1 мл в/м 3 раз в день после окончания антибактериальной терапии.
6. Физиотерапия: магнитотерапия, электрофорез с Са, йодом

состояние больной объективно улучшилось.

Назначенное лечение продолжать:

1. Витаминотерпапия: А, С, группы В, Е.
2. Стекловидное тело: по 2 мл в/м 1 раз в день после окончания антибактериальной терапии.
3. Экстракт алоэ для иньекций по 1 мл в/м 3 раз в день после окончания антибактериальной терапии.
4. Физиотерапия: магнитотерапия, электрофорез с Са, йодом.

### Список литературы

1. Акушерство и гинекология/ под ред Савельева, Ростов-на-Дону, 1996
2. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н. Гинекология, М., 1977
3. Ишпахтин Ю. И. Клинические проблемы Акушерско-гинекологической практики. Владивосток, 1997
4. Колгушкина Т. Н., Коршикова Р. Л. Основные методы исследования и оперативные вмешательства в гинекологии, Минск, 1999
5. Машковский М Д. Лекарственные средства. М., 1998
6. РЛС России Энциклопедия лекарств, 7е издание. М., 2000
7. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология, С-Пб., 1998

**ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

### Кафедра акушерства и гинекологии

**Заведующий кафедрой профессор**

**Ишпахтин Ю. И.**

###### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

*Глазнюк Ольги Владимировны, 37 л.*

*Диагноз: Хронический метроэндометрит, обострение. Хронический сальпингоофорит, обострение.*

**Выполнила: студентка 509 гр, п/ф**

**Филонюк А. Н.**

**Владивосток**

**2000**