**Башкирский государственный медицинский университет**

*Кафедра акушерства и гинекологии №2.*

#  Зав. кафедрой: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Преподаватель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## *ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ*

Клинический диагноз: Хронический сальпингоофорит в стадии обострения.

Куратор - студентка V курса, группы Л, лечебного факультета,

**Уфа 2002г.**

**Общие сведения**

**Фамилия:**

**Имя:**

**Отчество:**

**Возраст:** 19 лет

**Семейное положение:** Замужем с 1964 года

**Профессия:** ст-ка

**Адрес: ул.**

**Дата поступления:** 1.04.02 г.

**Жалобы**

На боли внизу живота, в поясничной области, на обильные выделения из половых путей, неприятного запаха.

###  Anamneis vitae

Родилась в Уфе, 2-м ребенком в семье. В детстве росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала. С 6-ти лет пошла в школу, училась хорошо. После окончания поступила в УКСИВТ, где учиться и сейчас. Материально-бытовые условия удовлетворительные, проживает в благоустроенной квартире с родителями. Питание регулярное- 3 раза в день, полноценное, разнообразное.

# ПЕРЕНЕСЁННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В детстве перенесла детские инфекции. ОРВИ. Дизентерию. В 2000 году перенесла острый сальпингоофорит. Страдает прогрессирующий миопией кератотомия в 2001 году.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

Не курит. Алкоголь не употребляет.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Аллергия на гентамицин. Аллергические реакции на пищевые продукты не отмечает.

####  Anamnesis gynecologica

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ:

Месячные начались в 13 лет. Болезненной реакции на появление первых месячных не отмечала. Цикл установился сразу и без особенностей. Продолжительность менструального цикла составляла 21 день, по 3-4 дня, умеренные. Месячные безболезненные. Изменений менструального цикла в связи с началом половой жизни, не отмечала.

СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ:

Половую жизнь начала с 17 лет. Предохранялась с помощью презерватива, овидона.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ:

Наличие беременностей отрицает.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРОШЛОМ:

Перенесла острый сальпигоофорит в 2000 году.

Считает себя больной с марта 2000 года, когда впервые появились боли внизу живота, обильные бели, неприятного запаха. Лечилась в гинекологическом отделении больницы № 8.

Состояние ухудшилось 25/03/02г. повысилась температура тела до 37,80 С, появились выделения из половых путей с неприятным запахом, боли внизу живота, в поясничной области.

Начала заболевания связывает с переохлаждением на кануне.

Дома принимала аспирин, ампициллин.

 30/03/02г. обратилась к участковому врачу, откуда была направлена в г/о больницы № 8 с диагнозом обострение хронического двухстороннего сальпингоофорита.

 **Status praesens**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное.

Удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Волосяной покров равномерный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык обычных размеров, влажный, чистый, сосочки выражены.

Осанка правильная, походка без особенностей. Костно- мышечная система без патологических изменений. Следов перенесенного в прошлом рахита не выявлено. Форма суставов не изменена. Активное движение в суставах в полном объеме. Степень развития мышц умеренная. Тонус мышц одинаковый на правой и левой стороне.

**СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:**

 Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Сосудистая стенка на a. radialis вне пульсовой волны не пальпируется.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 120/70 мм. рт. ст.

Пальпаторно верхушечный толчок не определяется.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в 2 межреберье |
| верхняя | на 3-ем ребре по l.parasternalis |
| левая | на 1 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.**

Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 16 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание одинаково проводится над всей поверхностью легких.

Перкуторно над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | V ребро | - |
| l.medioclavicularis | VI ребро | - |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapulars | X реброе | X ребро |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов в легких нет.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:**

 Осмотр ротовой полости: губы влажные, красная кайма губ обычная, влажная, переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, чистый. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ.

 Живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. Определяется умеренная болезненность и локальное напряжение мышц передней брюшной стенки в надлобковой области.

Печень и желчный пузырь.

 Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7см. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус- симптом отрицательный.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

**СИСТЕМА МОЧЕВЫВЕДЕНИЯ:**

 При осмотре поясничной области патологических изменений не выявлено. При пальпации почки и мочеточниковые точки безболезненны, симптом поколачивания по поясничной области отрицателен. Диурез без изменений.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА:**

 Сознание ясное, речь внятная. Больная ориентирована в месте, пространстве и времени. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Менингиальные симптомы отрицательные. Зрачки D=S расширены, живо реагируют на свет.

 **Специальное исследование.**

Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Слизистая входа во влагалище обычного цвета, влажная, чистая.

 В зеркалах влагалищная часть шейки матки конической формы.

P.V. Влагалище ёмкое. Движения за шейку матки безболезненны. Тело матки в anteflexio, очень маленькое, подвижное, безболезненно.

 Придатки утолщены, болезненны.

 Выделения: обильные бели.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.

 2/IV/2002год.
Эритроциты- 4,3х1012/л
Hb- 134 г/л
Цвет. показатель- 0,98
Лейкоциты- 10х109/л
 эозинофилы- 1%
 палочкоядерные- 1%
 сегментоядерные- 66%
 Лимфоцитов- 29%
 Моноцитов- 3%
CОЭ- 4 мм/ч

1. Биохимический анализ крови.

 2/IV/2002год.
Общий белок 62,5 г/л
Билирубин общий 8,8 мкмоль/л
Глюкоза 4,2 ммоль/л

1. Анализ мочи.

 2/IV/2002год.
Цвет: светло желтый

Белок: отр.
Прозрачность: прозрачная

Сахар: отр.
Реакция кислая

Уд. вес 1016

Лейкоциты 3-5 в поле зрения
Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения
Эпителий плоский 1-4 в поле зрения

Результаты инструментальных исследований:

2/IV/2002год.

УЗИ: Размеры яичников в пределах нормы. Структура без особенностей. Объёмных образований, свободной жидкости в малом тазу не обнаружено.

##### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 Полученные данные при осмотре и лабораторные данные позволяют заподозрить обострение хронического сальпингоофорита.

Воспаление придатков матки при хроническом течении заболевания чаще всего приходится дифференцировать от трубного аборта. Но при последнем имеется задержка менструаций на 3-5 недель. При аднексите задержки менструаций обычно не бывает, или же наблюдается расстройство менструального цикла. Обязательно выявление субъективных признаков беременности при трубном выкидыше, в то время как при воспалении 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. Живот слегка вздут и напряжен, отмечается болезненность при глубокой пальпации на стороне внематочной беременности при трубном аборте. Болезненность отмечается при пальпации внизу живота, обычно с обеих сторон при аднексите. При трубном аборте матка несколько увеличена в размере, определяется увеличение маточной трубы тестоватой консистенции, при пункции заднего свода получают свободную кровь. При воспалении придатков матка нормальных размеров, иногда мягкая, определяется двустороннее (чаще) увеличение придатков матки, при пункции заднего свода удается получить небольшое количество серозной жидкости.

 Могут быть трудности при дифференциации параметрального воспалительного инфильтрата от сальпингоофорита. Первый отличается от второго более плотной консистенцией; инфильтрат переходит на стенку малого таза, слизистая оболочка влагалища под инфильтратом неподвижна. Этих признаков у больной нет, значит параметральный инфильтрат также можно исключить.

###### Клинический диагноз

Хронический сальпингоофорит в стадии обострения.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

 Сальпингоофорит - воспаление придатков матки - относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям половой системы. Возникает обычно восходящим путем при распространении инфекции из влагалища, полости матки, чаще всего в связи с осложненными родами и абортами, а также нисходящим - из смежных органов (червеобразный отросток, прямая и сигмовидная кишка) или гематогенным путем. 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. У 2/3 больных воспалительный процесс с маточной трубы переходит на яичник.

Наиболее частым фоновым патологическим состоянием влагалищной части шейки матки является псевдоэррозия (эктопия). Существует точка зрения, согласно которой плоский многослойный эпителий, так же как и цилиндрический, образуется в псевдоэррозиях не путем механического перемещения, а в результате метаплазии так называемых резервных, или базальных, клеток в том или ином направлении. Эта теория не отрицает роли послеродовых разрывов и деформаций шейки матки, а также гормональных нарушений в возникновении очагов цилиндрического эпителия на ее поверхности.

ЛЕЧЕНИЕ

Диета № 15. Пища должна быть высококалорийной, богатой белками и витаминами.

Больной необходим постельный режим.

Для этиологической борьбы с воспалением показано назначение антибактериальных препаратов. Назначаем антибиотик Оксациллин.

Rp.: Oxacillini natrii 0,25
 S. По 1грамму 4 раза в день внутри мышечно.

Rp.: Sol. Metrogili 0,5% - 100ml

 S. В/в капельно 2 раза в день.

Для профилактики и лечения грибковых заболеваний назначим Нистатин.

Rp.: Tab. Nistatini 500 ED

 S. Внутрь 4 раза в день.

В качестве общеукрепляющей терапии назначаем витаминные препараты Пиридоксин и Тиамин.

Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml

Rp.: Sol. Pyridoxini 5% - 1 ml

 S. В/м чередуя, один раз в день.

При стихании симптомов обострения воспалительного процесса назначаем физиотерапию:

синусоидальные модулированные токи, ультразвук, микроволны сантиметрового диапазона.

# ДНЕВНИК КУРАЦИИ

|  |  |
| --- | --- |
| Число | Текст дневника |
| 08.04.2002Т. У. 36,6° В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Выделения из половых путей. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 78 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот слабо болезненный при пальпации гипогастральной области. Физиологические отправления в норме. |
| 09.04.2002Т. У. 36,8° В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Выделения из половых путей. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 74 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот слабо болезненный при пальпации гипогастральной области. Физиологические отправления в норме. |
| 10.04.2002Т. У. 36,6° В. 36,7° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 72уд/мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации безболезнен. Физиологические отправления в норме. |
| 11.04.2002Т. У. 36,6° В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 78 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезнен. Физиологические отправления в норме. |
| 12.04.2002Т. У. 36,8° В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 78 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации безболезнен. Физиологические отправления в норме. |

ЭПИКРИЗ

Больная , 19 лет поступила в ГКБ № 8, в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, в поясничной области, на обильные выделения из половых путей, неприятного запаха. За время пребывания в клинике больная была обследована, и были проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, УЗИ органов малого таза.

Был выставлен диагноз хронический сальпингоофорит в стадии обострения.

Проведено лечение антибактериальные препараты, противогрибковые, витамины, физиотерапия.

На фоне проведённого лечения самочувствие больной улучшилось, выписывается под наблюдение участкового гинеколога.

 Прогноз для жизни благоприятный. Для профилактики рецидивов больной рекомендованы нормализация режима дня, полноценное питание, общеукрепляющие мероприятия (закаливание, занятие физической культурой), тщательное соблюдение правил личной гигиены, нормализация половой жизни, правильная комбинация противозачаточных средств.

Список использованной литературы:

1. «Гинекология», Василевская Л.М., М. «Медицина» 1985 год.
2. «Лекарственные средства», Машковский М.Д., М. «Новая волна», 2000 год.