**I. Паспортные данные**

1. Ф.И.О.: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. Пол: женский
3. Возраст: 23.01.1978 г. (32 года)
4. Адрес: г. Ульяновск, ул. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 11-47
5. Место работы, экономист в «Dixis»
6. Группа крови: АО (II)
7. Резус фактор: положительный
8. Дата и время поступления: 01.02.2010 года
9. Дата начала курации: 02.02.2010 года
10. Дата окончания курации: 03.02.2010 года

**II. Жалобы**

На умеренные, тянущие боли внизу живота, преимущественно слева, мажущие кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, быструю утомляемость.

**III. История заболевания (Anamnesis morbi)**

Последняя менструация была с 11.01.2010 г. по 16.01.2010 г., в срок, скуднее обычной, болезненная. 27 января 2010 года появились тянущие боли внизу живота. 29 января 2010 года пациентка прошла УЗИ органов малого таза, по результатам которого плодное яйцо в полости матки обнаружено не было. Ей была рекомендована госпитализация для прохождения дальнейшего обследования, однако она отказалась. 31 января 2010 года боли внизу живота усилились и к ним присоединились мажущие кровянистые выделения из половых путей, в связи с чем 1 февраля 2010 года пациентка вызвала машину скорой медицинской помощи и была госпитализирована в гинекологическое отделение МУЗ УОКБ.

**IV. История жизни (Anamnesis vitae)**

Пациентка родилась 23.01.1978 года в городе Ульяновске, в полноценной семье, вторым ребёнком по счёту. Росла и развивалась без отклонений, соответственно возрасту. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала. С 3 лет посещала детский сад. С 6 лет обучалась в средней школе. По окончании школы поступила в Ульяновский Государственный Университет, закончив который, вышла замуж. В данный период времени работает экономистом в «Dixis».

**Соматический анамнез:**хронических заболеваний не отмечает, на диспансерном учёте не стоит. Операций, травм не было.

**Менструальная функция:**Месячные начались в 15 лет, были в течение полугода нерегулярными, кровянистые выделения длились в течение 4 - 5 дней, первые 2 дня обильные, а затем скудные. Позднее (к 17 годам) установился менструальный цикл – 28 дней, продолжительность менструации 5 дней. Отмечает умеренную болезненность в первый, обильность умеренная. Дата последних месячных – с 11.01.2010 по 16.01.2010 г.

**Сексуальная функция:**Половая жизнь с 18 лет, один половой партнёр, методы контрацепции не применялись. При половых сношениях болей и кровянистых выделений не отмечала.

**Репродуктивная функция:** Третья беременность. В анамнезе – 2 беременности. Первая беременность в 1999 году закончилась родами в срок 36 недель. Родилась девочка вес 3870 г, рост 52 см. Послеродовый период без осложнений. Вторая беременность в 2001 была прервана на сроке 7 недель. Постабортный период без осложнений.

**Бытовой анамнез:** Материально-бытовые условия хорошие, живёт в 3-х комнатной квартире вместе с мужем и ребёнком . Климатические условия благоприятные. В зонах экологических бедствий не прибывала.

**Питание:** Питается регулярно 3 - 4 раз в день.

**Перенесенные заболевания:**В раннем детстве перенесла ветряную оспу. В 1985 году – острый бронхит. Кроме того, болела ОРЗ, гриппом.

**Вредные привычки:** Не курит. Употребление алкоголяотрицает. Приём наркотиков отрицает.

**Аллергический анамнез:** без особенностей (аллергических реакций пациентка не отмечает).

**Гемотрансфузий:** не переносила.

**Венерические заболевания,** туберкулёз, гепатит, онкологические заболевания у себя и у родственников отрицает.

**V. Настоящее состояние (Status praesens)**

**Общий осмотр**

*Общее состояние больной*: удовлетворительное.

*Сознание*: ясное.

*Положение*: активное.

*Телосложение*: нормостеническое. Рост - 175 см, вес - 75 кг. Индекс массы тела составляет 24,5.

*Исследование кожи и слизистых оболочек*: Кожный покров бледно- розового цвета, чистый. Тургор кожи сохранен, кожа умеренно влажная, эластичность не снижена. Пастозности и отёков нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Ногтевые пластинки овальной формы, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Кровоизлияний, расчёсов, рубцов, язв, пролежней, сосудистых изменений, в виде «сосудистых звёздочек» или телеангиоэктазий - нет. Видимые опухоли (ангиома, атерома и т. д.) так же отсутствуют. Слизистая носа, полости рта и твёрдого нёба розовая, влажная, высыпаний нет. Дёсны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены. Язык обычной формы и величины, чистый, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая зева розовой окраски, влажная, высыпаний и налётов нет. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая. Налётов, изъязвлений, рубцов нет.

*Подкожно-жировая клетчатка*: развитие подкожной жировой клетчатки выраженное. Толщина кожной складки в области реберных дуг по парастернальной линии и у нижнего угла лопатки - 2 см., в области пупка толщина жировой складки – 2,5 см. Подкожные вены малозаметны, подкожные опухоли не визуализируются.

*Лимфатические узлы:* подчелюстные - округлой формы, эластичные, гладкие, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, кожа над лимфатическими узлами не изменена; затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подъязычные, подмышечные, над-, подключичные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы - не пальпируются.

*Мышцы:* Мышечный корсет развит удовлетворительно, тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон.

*Костная система:* Кости не деформированы, обычной формы; болезненности при пальпации, поколачивании, симптома «барабанных палочек» нет. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы.

*Суставы:* правильной формы, активные и пассивные движения в полном объёме, безболезненные. Гиперемии, отёчности и изменения температуры кожи над суставами нет.

**Система органов дыхания**

Форма носа, гортани не изменена. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, нормостенического типа. Тип дыхания - грудной. Дыхание ритмичное с частотой 17 дыхательных движений в минуту, средней глубины. Дыхательные движения симметричны, отставания одной половины грудной клетки, участия дополнительной мускулатуры в дыхании нет.

При пальпации грудной клетки по ходу межрёберных нервов, мышц и рёбер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, эластичность сохранена.

При аускультации выслушивается неизменённое везикулярное дыхание по всем лёгочным полям. Крепитации и других побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена, одинакова над всей поверхностью лёгких.

**Сердечно-сосудистая система**

Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Видимая пульсация в области сердца, ярёмной ямки, подложечной области отсутствует.

Осмотр артерий и вен: «пляска каротид» не просматривается, извитость артерий и вен нормальная.

*Пальпация.* При пальпации верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, шириной 2 см, высотой 0,5 см, резистентный, сильный. Сердечный толчок не определяется. Аортальной пульсации и пульсации лёгочной артерии нет.

При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на лёгочной артерии и на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 83 уд/мин., ритмичный, умеренного наполнения и напряжения.

Артериальное давление на правой руке 120 и 70 мм. рт. ст.,

**Пищеварительная система**

Стул регулярный, оформленный.

*Полость рта:* слизистая бледно-розового цвета, умеренной влажности, налётов, трещин, язв нет. Зубы ровные, санированы. Дёсны, мягкое и твёрдое нёбо бледно-розовой окраски, безболезненные, налётов, геморрагий, изъязвлений нет. Язык чистый, влажный, нормальной окраски, состояние сосочкового слоя в норме. Миндалины обычной величины, формы, розовой окраски, без налётов и гнойных пробок.

*Живот:* симметричен, округлой формы, равномерно участвует в акте дыхания;.

При пальпации живот мягкий, болезненный в нижнем отделе, особенно слева. Состояние мышц живота (тонус в норме, напряжение мышц среднее, расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии, пупочная грыжа отсутствуют). Поверхностных опухолевых образований не выявлено. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

**Печень и желчный пузырь**

Выпячивания печени нет, деформация в области печени отсутствует.

Край печени острый, мягкий, поверхность ровная, консистенция мягко-эластичная, безболезненная. Желчный пузырь не пальпируется.

**Система органов мочеотделения**

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

*Поясничная область:* гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено.

*Надлобковая область:* ограниченного выбухания в надлобковой области нет.

*Почки*: не пальпируются в положении стоя и лёжа. При нажатии на верхнюю и среднюю, рёберно-позвоночную и рёберно-поясничную точки болезненность отсутствует.

*Мочевой пузырь:* не пальпируется.

**Эндокринная система**

Части тела развиты пропорционально. Симптомы гипотиреоза и гипертиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерных для акромегалии, нет. Пигментации кожного покрова не обнаружено. Волосяной покров соответствует возрасту и полу. Выпадения волос не отмечает. Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Щитовидная железа не пальпируется.

**Нервная система**

Сознание ясное, пациентка ориентирована в пространстве и времени. В контакт вступает охотно, доброжелательно настроена.. Умственное развитие соответствует возрасту и образованию, на вопросы отвечает внятно, адекватно, речевые команды воспринимает быстро. Повышенной раздражительности, апатии, депрессии, эйфории, слабодушия не отмечено. Мнительности и навязчивых страхов нет. В разговоре пациентки отмечается последовательное изложение событий, эмоциональных реакций при беседе не возникало.

Функции черепных нервов не нарушены.

Нарушений в двигательной сфере не выявлено.

**VI. Гинекологический статус (Status genoecologicus)**

1. **Визуальный осмотр:** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Строение больших и малых половых губ без визуальных особенностей: большие половые губы прикрывают малые половые губы. Длина клитора составляет 1,5 см. Уретра и парауретральные ходы визуально не изменены.
2. **Осмотр в зеркалах:** Слизистая вульвы цианотична, патологического отделяемого не выявлено; слизистая влагалища цианотична, складчатость не нарушена, эпителий без нарушения покрова; влагалищная часть шейки матки конической формы, цианотична без нарушения эпителиального покрова; зев округлой формы; выделения тёмно-коричневого цвета, скудные.
3. **Бимануальное исследование:** Тело матки в положении anteflexio versio, составляет с шейкой матки тупой угол; оно несколько больше обычной величины; мягковатой консистенции; ограниченно подвижное; безболезненное. Придатки справа не определяются, безболезненные, слева - отмечается некоторая болезненность при пальпации без увеличения, подвижные, не спаянные с окружающими тканями. Своды глубокие, безболезненные. Движения за шейку матки безболезненные.

**VII. Предварительный диагноз**

Нарушенная трубная беременность слева по типу трубного выкидыша.

**VIII. Этиология, патогенез данного заболевания**

**Этиология.** Возникновение внематочной беременности связано с нарушением прохождения оплодотворенной яйцеклетки по половым путям, вследствие чего она достигает соответствующей фазы развития и имплантируется до попадания в полость матки. Наиболее часто эти нарушения обусловлены воспалительными изменениями в маточных трубах, сопровождающимися нарушением их перистальтики, сужением просвета, образованием сращений, истончением слизистой оболочки. Нарушение прохождения оплодотворенной яйцеклетки может быть следствием недоразвития маточных труб, полового инфантилизма, нарушения гормонального баланса, длительной лактации, психогенного спазма мускулатуры маточных труб, никотиновой интоксикации и т. д. Следовательно, все те факторы, которые могут препятствовать нормальному механизму транспортировки оплодотворенной яйцеклетки, могут явиться причиной возникновения внематочной беременности.

**Причинами внематочной беременности могут быть:**

1. *Инфекция органов малого таза. Хронический сальпингит - частая находка (30 – 50 %) при эктопической беременности. Часто внематочная беременность возникает у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.*
2. *Хламидийные инфекции, поражающие участки маточных труб и вызывающие неспособность имплантации оплодотворенной яйцеклетки в матку. В этой связи чрезвычайно важным является соблюдение правил личной гигиены и надежная контрацепция в целях недопущения попадания инфекции.*
3. *Сужение маточной трубы:*

* Врожденные дефекты маточной трубы (например, дивертикулы и карманы).
* Патологическая ассиметрия маточных труб.
* Доброкачественные опухоли или кисты трубы.
* Фибромиомы матки в области трубного угла.
* Эндометриоз труб.
* Околотрубные спайки, возникающие вторично при аппендиците или после операций на органах малого таза и/или брюшной полости.
* Хирургические вмешательства на маточных трубах. Частота эктопической беременности выше после пластических операций на маточных трубах по поводу воспалительных заболеваний или восстановления их проходимости после перевязки.

1. *Миграция оплодотворённой яйцеклетки. У большинства женщин жёлтое тело обнаруживают в яичнике на стороне, противоположной локализации эктопической беременности.*

* При внешней миграции (например, из правого яичника в левую маточную трубу через брюшную полость или наоборот) бластоциста успевает настолько увеличиться, что не проходит через узкий перешеек трубы.
* Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через матку (внутренняя миграция) и попасть в противоположную трубу.

1. *ВМС. Часто эктопическая беременность возникает при использовании ВМС. Внутриматочная спираль нарушает перистальтику маточных труб.*
2. *Беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.*
3. *Искусственные аборты, вследствие которых возникают воспалительные изменения в маточных трубах, нарушения функции яичников и рецепторного аппарата матки, частичная облитерация её просвета.*
4. *Нарушения функции яичников, которые могут быть следствием как нейроэндокринных изменений, так и воспалительного процесса.*
5. *Стрессы, ведущие к спазму маточных труб.*
6. *Никотиновая интоксикация и др.*

**Патогенез**

В маточной трубе, брюшной полости и зачаточном роге матки нет мощной специфической слизистой, которая свойственна для обычного места имплантации - полости матки. Прогрессирующая внематочная беременность растягивает плодовместилище, а ворсины хориона разрушают подлежащую ткань, в том числе и кровеносные сосуды. Этот процесс может протекать с разной скоростью в зависимости от места локализации и сопровождается более или менее выраженным кровотечением. Если плодное яйцо развивается в истмическом отделе трубы, то имеет место базотропный рост ворсин хориона, которые быстро разрушают все слои трубы. И уже к 4 - 6 неделе это приводит к разрыву трубы и массивному кровотечению. Аналогично протекает беременность, локализованная в интерстициальном отделе трубы, однако в связи с большей толщиной мышечного слоя длительность существования такой беременности больше и достигает 10 - 12 недель. При ампулярной локализации плодного яйца возможна имплантация плодного яйца в складки эндосальпингса. В этом случае рост ворсин хориона возможен в сторону просвета трубы. При этом вследствие антиперистальтики трубы возможно изгнание отслоившегося плодного яйца в брюшную полость, т.е. происходит трубный аборт. При закрытии фимбриального отдела трубы изливающаяся в просвет трубы кровь приводит к образованию гематосальпингса. При открытом просвете ампулы кровь, вытекая из трубы и сворачиваясь в области её воронки, может образовывать перитубарную гематому. При скоплении крови в Дугласовом пространстве образуется заматочная гематома, отграниченная от брюшной полости фиброзной капсулой. В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а имплантируется в брюшной полости и продолжает развиваться.

В определённых условиях возможно развитие яичниковой беременности, которая редко существует длительное время и приводит к разрыву плодовместилища, сопровождающегося значительным кровотечением.

**IX. План ведения больной**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. Кровь на ХГЧ.
5. Анализ группы крови
6. Кровь на RW.
7. УЗИ органов малого таза
8. Определение группы крови
9. Пункция заднего свода влагалища

**X. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

1. **Общий анализ крови (01.02.2010 г.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты крови | 01.02.2010 | Норма | Единицы измерения |
| Гемоглобин | 142 | 120 - 166 | г/л |
| Цветовой показатель | 0,84 | 0,8 - 1,1 | - |
| Эритроциты | 4,44 | 3,5 - 5,0 | 1012/л |
| Лейкоциты | 9,0 | 4,0 - 9,0 | 109/л |
| Палочкоядерные нейтрофилы | 6 | 1 – 6 | % |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 66 | 45 - 70 | % |
| Лимфоциты | 22 | 18 - 40 | % |
| Эозинофилы | 2 | 0 - 5 | % |
| Моноциты | 8 | 2 - 9 | % |
| СОЭ | 15 | менее 15 | мм/час |

Заключение: изменений в общем анализе крови нет.

1. Общий анализ мочи (01.02.2010 г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели исследуемой мочи | 01.02.2010 | Нормальные показатели |
| Количество | 800 | 800 - 1500мл |
| Прозрачность | мутная | прозрачная |
| Реакция | кислая | кислая |
| Цвет | соломенно-жёлтый | соломенно-жёлтый |
| Плотность | 1019 | 1015 - 1025 |
| Белок | отрицательный | отрицательный |
| Микроскопический анализ: |  |  |
| Эпителий плоский | 0 - 1 | 0 - 3 в поле зрения |
| Лейкоциты | 1 - 2 | 1 - 2 в поле зрения |
| Эритроциты | 0 - 1 | 0 - 1 в поле зрения |

Заключение: изменений в общем анализе мочи нет.

1. Биохимический анализ крови (01.02.2010 г.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели исследуемой крови | 01.02.2010. | Нормальные показатели | Единицы измерения |
| Фибриноген | 3,99 | 2,0 - 4,0 | г/л |
| Холестерин | 6,0 | 3,64 - 6,5 | ммоль/л |
| Билирубин | 13,4 | 8,5 - 20,5 | мммоль/л |
| Глюкоза | 4,8 | 3,5 - 5,5 | ммоль/л |
| Мочевина | 3,4 | 2,5 - 8,3 | ммоль/л |
| Креатинин | 64,8 | 44 - 132 | ммоль/л |
| ПТИ | 100 | 80 - 105 | % |

Заключение: изменений в биохимическом анализе крови нет.

1. **Анализ крови на ХГЧ (01.02.2010 г.)** - ХГЧ - 46 МЕд/л (норма - 1-10 Мед/л).
2. **Группа крови (01.02.2010.):** АО (II) вторая, Rh (+) положительный.

**XI. Клинический диагноз и его обоснование**

**Клинический диагноз:** Нарушенная трубная беременность слева по типу трубного выкидыша.

**Диагноз поставлен на основании:**

*Жалоб:* на умеренные, тянущие боли внизу живота, преимущественно слева, мажущие кровянистые выделения из половых путей.

*Данных анамнеза жизни:* факторы риска внематочной беременности – аборт (в 7 недель в 2001 г.),

*Данных объективного исследования:* при пальпации живота отмечается болезненность в нижнем отделе, больше выраженная слева.

*Данных гинекологического осмотра:*

* Осмотр в зеркалах: Слизистая вульвы цианотична, патологического отделяемого не выявлено; слизистая влагалища цианотична, складчатость не нарушена, эпителий без нарушения покрова; влагалищная часть шейки матки конической формы, цианотична без нарушения эпителиального покрова; зев округлой формы; выделения темно-коричневого цвета, скудные.
* Бимануальное исследование: отмечается болезненность при пальпации в области придатков слева.

*Данных лабораторных и инструментальных методов исследования:* Анализ крови на ХГЧ (01.02.2010 г.) - ХГЧ - 46 МЕд/л. По данным УЗИ плодное яйцо в полости матки отсутствует.

**XII. Дифференциальный диагноз**

Внематочную беременность необходимо дифференцировать от острого аппендицита, острого воспаления придатков, самопроизвольного аборта при маточной беременности, перекрута ножки опухоли или кисты яичника и других заболеваний.

Для **острого аппендицита** нередко характерна боль, первоначально возникающая в эпигастральной области, в области пупка или правого подреберья, а не внизу живота. Постепенно боль перемещается в правую подвздошную область и усиливается (симптом Кохера – Волковича). Типичными для острого аппендицита симптомами являются выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина - Блюмберга, Ровзинга, Ситковского и др. Анализ крови указывает на воспалительный процесс: лейкоцитоз, повышение СОЭ (изменений в общем анализе крови, а так же выше перечисленных симптомов у пациентки нет). Боль при внематочной беременности появляется на фоне полного благополучия, как и при остром аппендиците, однако локализуется, как правило, на стороне трубы, содержащей плодное яйцо или в нижних отделах живота, чаще всего носит тянущий характер, сопровождается кровянистыми выделениями из половых путей и задержкой менструации. У данной больной наблюдается характерный для внематочной беременности болевой синдром – тянущая боль в нижнем отделе живота, больше выраженная слева, кроме того у неё присутствуют задержка менструации и мажущие кровянистые выделения. При остром аппендиците задержки менструации и кровянистых выделений из половых путей наблюдаться не будет, придатки не увеличены, иммунологическая реакция ХГЧ не изменена (у больной наблюдается повышение уровня ХГЧ до 46 МЕд/л). Отличить внематочную беременность от аппендицита помогает также признак Промптова. Он заключается в том, что при аппендиците обследование больной через прямую кишку вызывает выраженную болезненность в области прямокишечно-маточного пространства, тогда как смещение матки пальцем, упирающимся во влагалищную часть шейки, почти безболезненно. При прервавшейся внематочной беременности имеется обратная зависимость: поднимание матки пальцем вызывает резкую боль, а надавливание на дно маточно-прямокишечного пространства почти не вызывает неприятных ощущений.

При **остром воспалении придатков матки** или обострении хронического процесса у больных нередко определяют двухстороннее увеличение придатков. Матка не увеличена, признаки беременности отсутствуют. При воспалении боль нарастает постепенно, нет признаков внутреннего кровотечения. В крови отмечается выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Температура тела при внематочной беременности обычно нормальная (у больной температура - 36,60 С) или субфебрильная, при обострении сальпингоофорита она достигает более высоких цифр.

При внематочной беременности обследуя женщину бимануально, можно обнаружить чрезмерную подвижность матки (симптом «плавающей матки»), резкую болезненность при смещениях шейки матки, нависание и выраженную болезненность заднего свода влагалища («крик Дугласа»). При воспалении придатков данных симптомов не наблюдается.

Для внематочной беременности характерны кровянистые выделения из половых путей и увеличение уровня ХГЧ.

**Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта, по своим клиническим симптомам во многом сходна с клиникой прервавшейся маточной беременности малых сроков.** Дифференциальная диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картины заболевания и дополнительных методов исследования. При начавшемся самопроизвольном аборте схваткообразная боль внизу живота не сопровождается симптомами внутреннего кровотечения, явления раздражения брюшины отсутствуют. Наружное кровотечение более выражено, чем болевой синдром, тогда как при эктопической беременности боль доминирует (болевой синдром у пациентки превалирует над наружным кровотечением).

Имеет значение и характер выделений: при аборте они жидкие, ярко-красного цвета; при прерывании трубной беременности - крошковатые, цвета кофейной гущи вследствие смешивания крови с десквамированной некротизированной децидуальной оболочкой (у больной выделения тёмно-коричневого цвета, скудные).

При прервавшейся маточной беременности малых сроков по данным влагалищного исследования размеры матки соответствуют сроку беременности, наружный зев слегка приоткрыт, матка мягкая, лёгко возбудимая. В области придатков патологических изменений не обнаруживают, надавливание на задний свод влагалища безболезненно, в отличие от внематочной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта при которой размеры матки отстают от срока беременности, а надавливание на задний свод влагалища вызывает усиление болезненности.

В затруднительных случаях производят диагностическое выскабливание стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием. При внематочной беременности в соскобе гистологически выявляется децидуальная ткань без ворсин хориона, при прерывании маточной беременности - остатки или части плодного яйца, элементы хориона. Гистологическому исследованию необходимо подвергать и кусочки ткани, отторгнувшиеся из матки самостоятельно. После выскабливания стенок полости матки при маточном аборте клинические проявления заболевания ликвидируются, при внематочной беременности - не изменяются либо нарастают.

**Перекрут ножки опухоли или кисты яичника**, как и трубный выкидыш, обычно сопровождается симптомами острого живота. Решающим в дифференциальной диагностике этих заболеваний является указание в анамнезе на наличие опухоли или кисты яичника (у больной таких указаний в анамнезе нет), отсутствие задержки менструации и других признаков беременности и обнаружение при влагалищном исследовании сбоку от матки образования округлой формы, тугоэластичной консистенции, резко болезненного при пальпации и смещении.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Острый аппендицит | Воспаление придатков матки | Нарушенная трубная беременность по типу трубного аборта |
| боль | первоначально возникающая в эпигастральной области, в области пупка или правого подреберья, постепенно боль перемещается в правую подвздошную область и усиливается | боль нарастает постепенно | боль возникает внизу живота, на стороне трубы, содержащей плодное яйцо |
| Напряжение мышц передней брюшной стенки | **+** | **-** | - |
| ОАК | Лейкоцитоз, повышенная СОЭ | Лейкоцитоз, повышенная СОЭ | - |
| Уровень ХГЧ | N | N | повышен |
| Выделения | - | Серозно-гнойные, гнойные | Кровянистые |
| Симптом «плавающей» матки | - | - | + |
| Крик Дугласа | - | - | + |

**XIII. Предоперационный эпикриз от 01.02.2010 г**

На операцию 01.02.2010 г. подготовлена пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*., 32 лет с диагнозом - Нарушенная трубная беременность слева по типу трубного выкидыша. Больная была экстренно госпитализирована 01.02.2010 г. во 2 гинекологическое отделение МУЗ УОКБ из приёмного отделения, куда была доставлена машиной скорой медицинской помощи.

Учитывая усиление болевого синдрома, наличие мажущих кровянистых выделений, результат крови на ХГЧ (46 МЕд/л), а так же отсутствие беременности в матке по данным УЗИ, пациентке показано экстренное оперативное лечение.

В клинике проведен курс предоперационной подготовки, включающий механическую очистку кишечника и премедикацию: в/м в 17:05 введены р-ры 1мл 2 % промедола, 1 мл 0,1 % атропина сульфата и 1 мл 1 % димедрола.

Планируется под эндотрахеальным наркозом произвести – Лапароскопическую тубэктомию слева. Санацию и дренирование брюшной полости. Предполагаемый объём кровопотери – минимальный, поэтому не требуется интраоперационной гемотрансфузии. Больная предупреждёна о возможных осложнениях и изменениях объёма оперативного вмешательства в процессе операции. Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. Аллергический анамнез – не отягощён. Согласие больной на операцию получено. Риск развития тромбоэмболических осложнений минимальный.

**XIV. Протокол операции**

**01.02.2010 г. 13:50 - 14:40 - Операция:** Лапароскопическая тубэктомия слева. Санация и дренирование брюшной полости.

**Диагноз до операции:** Нарушенная трубная беременность слева по типу трубного выкидыша.

В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом, после создания искусственного пневмоперитонеума, в брюшную полость введён один большой и два малых троакара.

Обнаружено: в малом тазу около 50 мл тёмной крови. Матка, правый и левый яичники визуально не изменены. Правая маточная труба извитая, фимбриальный конец свободен. Левая маточная труба утолщена в ампулярном отделе 3Ч3 см, синюшно-багрового цвета, из фимбриального конеца истекает кровь.

Произведено: Лапароскопическая тубэктомия слева. Санация и дренирование брюшной полости.

Пневмоперитонеум распущен, наложены швы на кожу. Произведена обработка операционных швов раствором йода дважды. Поставлен дренаж. Наложена асептическая повязка.

В ходе операции получен макропрепарат – левая маточная труба.

**XV. Рекомендации по ведению послеоперационного периода**

1. Удаление дренажа на 2-и сутки после операции.
2. Перевязки каждый день до снятия швов.
3. Снятие швов на 5 - 7 сутки после операции.
4. С целью устранения болевого синдрома в послеоперационном периоде НПВС (Пенталгин, Баралгин и др.).
5. В течение 3 - 4 месяцев после операции контрацепция с помощью КОК монофазных низкодозированных (Жаннин, Регулон и др.).
6. Биогенные стимуляторы (Алоэ, Фибс).
7. Системная энзимотерапия (Вобэнзим, Флогэнзим и др.).
8. Переменное магнитное поле на нижнюю область живота № 10.
9. Лапароскопия через 4 - 6 месяцев для контроля проходимости правой маточной трубы.

**Дневники**

|  |  |
| --- | --- |
| 02.02.2010.  t 36,8о С  АД 110/70 мм.рт.ст.  Рs 74 уд/мин  ЧДД 16 в/мин | Жалобы:на боли в области послеоперационной раны.  При осмотре: в лёгких - везикулярное дыхание , хрипов нет. Сердце - тоны ясные , ритмичные . Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Повязка сухая, чистая. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание безболезненное. Выделений из половых путей нет. |
| 03.02.2010  t 36,3о С  АД 120/70 мм.рт.ст.  Р 70 уд/мин  ЧДД 16 в/мин | Жалобы: на незначительные боли в области послеоперационного шва. Повязка сухая, чистая.  В лёгких - везикулярное дыхание .  Сердце - тоны громкие , ритмичные.  Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационного шва. Газы не беспокоят. Мочится сама.  St. genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и парауретральные ходы без особенностей. В зеркалах: шейка матки чистая, коническая. Выделения слизистые. Бимануально: матка в anteflexio – versio, нормальной величины плотная, ограничено подвижная. |

Эпикриз:

Больная \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* лет, поступила 01.02.2010 с жалобами на умеренные, тянущие боли внизу живота, преимущественно слева, мажущие кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, быструю утомляемость. На основании жалоб больной, данных объективного исследования, анамнеза жизни, данных акушерско-гинекологического анамнеза, данных лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на ХГЧ) был поставлен диагноз: Нарушенная трубная беременность слева по типу трубного выкидыша. Назначена и проведена операция : Лапароскопическая тубэктомия слева. Больной рекомендовано продолжать лечение в условиях стационара.