Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России

**Кафедра акушерства и гинекологии.**

Зав. кафедрой: профессор д.м.н. Ишпахтин Ю.И.

Преподаватель:доцент

д.м.н. Храмова И.А.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.**

**Пациентки К.М.А., 23 года**

Клинический диагноз: Обострение хронического правостороннего сальпингоофорита.

Осложнения: Нет.

Сопутствующий диагноз: Нет.

Выполнила: студентка 508 группа

Лечебного факультета Зубкова Е.Д.

Владивосток, 2013г.

***I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.***

**Ф.И.О.:**

**Дата рождения:** 13.10.1990 года, 23 года

**Национальность:** Русская

**Семейное положение:** Не замужем

**Образование:** Высшее

**Место жительства:** гор. Владивосток, ул. Кирова 12-5

**Место работы**: Не работает

**Дата поступления в клинику:**15.12.2013г.

**Дата курации:** 20.12.2013г.

***II. ЖАЛОБЫ.***

На момент поступления: На ноющие тянущие боли внизу живота, иррадиирущие в паховую область, головные боли, общее недомогание, слабость, повышение температуры до 38°С.

На момент курации: Жалоб не предъявляет.

***III. ANAMNESISMORBI.***

Считает себя больной с 8.12.13, когда вечером появились сильные тянущие ноющие боли в нижней части живота, иррадиирущие в паховую область. Так как ранее в 2011 году был похожий эпизод болей, незамедлительно вызвала бригаду СМП, которая госпитализировала пациентку во Владивостокский клиническийродильный дом№3 с предварительным диагнозом внематочная трубная беременность.

***IV. ANAMNESISVITAE.***

Родилась первым ребенком в семье роды в срок,родоразрешение через естественные родовые пути. Физическое и психическое развитие проходило соответственно возрасту, ходить и говорить начала в срок, пошла в школу с 7 лет.

Жилищно-бытовые условия: Удовлетворительные.

Питание: Регулярное, сбалансированное.

Перенесенные заболевания:Ветряная оспа в детстве, ОРВИ 1-2 раза в год. Туберкулез, гепатиты «В» и «С» отрицает; венерические заболевания не отмечает.

Вредные привычки: Отрицает.

Наследственный анамнез: Не отягощен.

Гемотрансфузии: Отрицает.

Аллергологический анамнез: Не отягощен.

***V. ANAMNESISGYNAECOLOGICUS.***

Менструация с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, установились сразу, умеренные, регулярные, безболезненные.

Первый день последней менструации18.12.2013.

Половая жизнь с 19 лет, не замужем.

Гинекологические заболевания:В 2011 году выставлен диагноз сальпингоофорит,

Внематочная беременность слева, прерывание беременности по типу трубного аборта на сроке 6-7 недель.

Травмы и операции: Сальпингэктомия слева в 2011 году.

Контрацепция барьерная.

Секреторная функция: Патологических выделений из половых путей не отмечала.

***VI. STATUSPRAESENS.***

***Общий осмотр больного.*** Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Походка свободная. Телосложение правильное, нормостеническое. Рост 165 см, вес 50 кг,ИМТ=18,4.

***Питание.*** Удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, толщина кожной складки на животе 1,0 см.

***Кожные покровы*** бледные, нормальной влажности. Сыпь, депигментация, лихорадочные высыпания, сосудистые изменения, кровоизлияния, рубцы, и видимые опухоли не обнаружены. Оволосение по женскому типу. Ломкости, сухости, истонченности и преждевременного выпадения волос не выявлено. Ногти правильной формы, розового цвета. Исчерченность и ломкость ногтей не выявлена. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Гиперкератоз и отеки не выявлены.

***Лимфатические узлы.*** Пальпируются поднижнечелюстные, паховые лимфоузлы: подвижные, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями и между собой. Остальные группы лимфатических узлов не пальпируются.

***Мышечная система.*** Удовлетворительной степени развития, тонус сохранён, сила мышц достаточна.

***Костно-суставная система.*** Деформации, патологические искривления не выявлены. Кости при пальпации безболезненны. Суставы нормальной конфигурации, Активные и пассивные движения в полном объеме. Болезненность при движении и пальпации не отмечается.

**Система органов дыхания:**

Дыхание свободное, через нос. Отделяемого из носа нет. Одышки нет.

Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены.

Грудная клетка нормостеническая, симметричная.

Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Лопатки прилегают плотно. Надключичные и подключичные ямки выражены одинаково справа и слева.

Тип дыхания смешанный с преобладанием грудного. Дыхание ритмичное. Движение грудной клетки при дыхании равномерное.

Частота дыхания 16 в минуту.

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.

Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей поверхностью грудной клетки, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Топографическая перкуссия легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких: | | |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 межреберье | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillarisanterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillarismedia | 8 ребро | 8 ребро |
| l.axillarisposterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | ост. отросток 11 гр. позв. | ост. отросток 11гр. позв. |
| Экскурсия нижнего края легкого по срединно-ключичной линии | 5 см | 5 см |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Высота стояния верхушек легких: | | |
|  | слева | справа |
| спереди | 3 см над ключицами | |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | |

Ширина полей Кренига слева и справа по 5 см.

Дыхание везикулярное. Побочные дыхательные шумы не выявлены. При исследовании бронхофонии звук на симметричные участки грудной клетки проводится

**Сердечно-сосудистая система:**

Форма грудной клетки в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок визуально не определяется;пальпаторно определяется в 5-ом межреберье на 1.5см2кнутри от lineamedioclavicularis, средней силы, площадью 2 см. Сердечный толчок не пальпируется.

Пульс частотой 73 уд/мин. удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный на обеих руках.

*При перкуссии:*

Правая граница - в IVмежреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница – проходит по нижнему краю III ребра.

Левая граница - на уровне нижнего края V ребра по левой срединно-ключичной линии.

*Границы абсолютной сердечной тупости.*

Правая граница в 4-ом межреберье, между lineasternalis и parasternalis.

Левая на 0.5см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок в 1 и 2-ом межреберье не выходит за края грудины.

*При аускультации:*

Во всех точках аускультации регистрируется 2 тона и 2 паузы. Тоны ясные ритмичны.Шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Расщепление и раздвоение тонов не обнаружено. Шум трения перикарда отсутствует.

Артериальное давление на момент осмотра на обеих руках = 120/80 мм рт ст.

**Пищеварительная система:**

***Желудочно-кишечный тракт.***

*Осмотр полости рта.*Ротовая полость санирована. Выпадения зубов не отмечено. Десна и язык бледно-розовые, нормальной влажности, налётов, трещин, язв, геморрагии нет. Углы губ без изменений, миндалины и глотка розового цвета.

*Осмотр живота.*Нормальной конфигурации, симметричен, участвует в акте дыхания.

*Поверхностная ориентировочная пальпация живота.*В нижних отделах выявляется некоторое напряжение мышц брюшной стенки и резкая болезненность. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

*Глубокая методическая пальпация живота по Образцову-Стражеско.* Невозможна ввиду резкой болезненности.

*Перкуссия.*Наличие свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Поджелудочная железа. Не пальпируется.

*Аускультация живота:*При аускультации слышны шумы перистальтики.

Шум трения брюшины отсутствует.

Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

***Печень и желчный пузырь.***

*Осмотр печени.*Выбухания в области проекции печени на переднюю поверхность грудной клетки и ограничения этой области в дыхании не обнаружено.

*Перкуссия печени.*Границы печени по Курлову 9x8x7 см.

*Пальпация печени.*Край печени закругленный, ровный, эластичный, безболезненный.

*Пальпация желчного пузыря.*Не пальпируется.

***Селезенка.***

*Осмотр.* В области проекции на левую боковую поверхность грудной клетки выбухание и ограничение этой области в дыхании не отмечается.

*Перкуссия селезенки.* Длинник 6,5 см, поперечник 5 см.

*Пальпация селезенки.* Не пальпируется.

**Мочевыделительная система:**

Почки не пальпируются. Визуально припухлости в почечной области не выявляется. Симптом поколачивания отрицательный.

**Нервная система:**

Обоняние и вкус не извращены. Реакция зрачков на свет в норме. Функция слухового аппарата не нарушена. Расстройств речи нет. Вестибулярный аппарат без отклонений.

Движения мимической мускулатуры свободные. Тремор не наблюдается. При пальпации по ходу нервных стволов болезненности нет.

Менингеальные симптомы отсутствуют.

Дермографизм белый. Умственное развитие соответствует возрасту.

**Statusgenitalis.**

Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Половая щель зияет. Губки уретры, парауретральные железы и вестибулярные железы не изменены.

*Осмотр с помощью зеркал:* Влагалище свободное, слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки чистая, розовая. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев точечный. Выделения слизисто-гнойные умеренные.

*Бимануально-вагинальное исследование:* тело матки в ante-flexio-versio, маленькое, плотное, ограниченно-подвижное, чувствительно при пальпации.

Справа в области придатков выраженная тяжистость, болезненность.

Слева область придатков не изменена.

Правый влагалищный свод укорочен.

***VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

Клинический диагноз: Обострение хронического правостороннего сальпингоофорит.

Осложнения: Нет.

Сопутствующий диагноз: Нет.

***VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.***

1. Клиничекий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови (определение белка, глюкозы, билирубина, креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ)
4. Кровь на САСС.
5. Определение группы крови и резус фактора.
6. Исследование серологических реакций (антитела к ВИЧ, маркеры вирусных гепатитов, RW).
7. Мазок из влагалища, уретры, цервикального канала на флору, гонорею и трихоманады.
8. Бактериальный посев из уретры, цервикального канала на флору, урогенитальную инфекцию с определением чувствительности к антибиотикам.
9. Мазок на АК из влагалищной части шейки матки, после стихания острого воспалительного процесса.
10. УЗИ органов малого таза.
11. Кольпоскопия.

***IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ.***

1. Клинический анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Полученные данные | Нормативные данные |
| Эритроциты | 3,8\*1012/л. | 3,5– 4,5\*1012/л. |
| Гемоглобин | 120 г/л. | 120 – 140 г/л. |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 9,1\*109 /л. | 4,0 – 9,0\*109 /л. |
| Миелоциты | отсутствуют | отсутствуют |
| Метмиелоциты | отсутствуют | отсутствуют |
| Нейтрофилы  -палочкоядерные | 4% | 1 – 6 % |
| -сегментноядерные | 60 % | 47 – 72 % |
| Эозинофилы | 2 % | 0,5 – 5 % |
| Базофилы | 0 % | 0 – 1 % |
| Лимфоциты | 30 % | 18 – 40 % |
| Моноциты | 4 % | 3 – 11 % |
| Плазматические клетки | отсутствуют | отсутствуют |
| СОЭ | 4 мм/ч. | 2 – 15 мм/ч. |
| Тромбоциты | 220\*109 /л. | 180 – 320\*109 /л. |
| Ретикулоциты | 0,8% | 0,2 – 1,2% |

1. Общий анализ мочи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Полученные данные | Норма |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| Удельный вес | 1020 | 1012-1026 |
| Белок (‰) | отсутствует | 0,33 |
| Глюкоза | отсутствует | отсутствует |
| Билирубин | отсутствует | отсутствует |
| Гемоглобин | отсутствует | отсутствует |
| Реакция | Слабо кислая | кислая |
| Микроскопия осадка мочи | | |
| Плоский эпителий | 2 в п.з | Незначительное количество |
| Переходный эпителий | отсутствует | Незначительное количество |
| Призматический эпителий (почечный) | отсутствует | отсутствует |
| Лейкоциты | 16 – 18 - 20 | 0-3 в поле зрения |
| Эритроциты | отсутствуют | 0-2 в п.з |
| Цилиндры | отсутствуют | отсутствуют |
| Слизь | отсутствует | Незначительное количество |
| Бактерии | отсутствуют | Отсутствуют или незначительное количество |

1. Биохимическое исследование крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Полученные данные | Норма |
| ЛДГ | 238 | 140-280 ед/л |
| Холестерин | 3,4 ммоль/л | До 5,2 ммоль/л |
| Билирубин общий | 10,2 | 1,7-21 мкм/л |
| АСТ | 8,3 | До 20ед/л |
| АЛТ | 62 | До 40 ед/л |
| Показатели углеводного обмена | | |
| Глюкоза (ммоль/л) | 4,0 | 3,38-5,55 |
| Показатели белкового обмена | | |
| Общий белок (г/л) | 73,2 | 65-85 |
| Креатинин (ммоль/л) | 106 | 2,5-8,3 |
| Мочевина (ммоль/л) | 6,4 | 1,7 -8,3 |

1. САСС:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Полученные данные | Норма |
| АПТВ | 22 | 26-42 сек. |
| Этаноловый тест | отрицательный | Отрицательный |
| Фибриноген | 8,0 | 2-4 г/л |

1. Кал на яйца гельминтов:Яйца гельминтов не обнаружены.
2. ЭДС: Отрицательный.
3. Анализ на Антитела к HBsag и HCVag:Отрицательый.
4. Группа крови:I (0), Rh-
5. Анализ мазка на флору:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | С | V | U |
| Лейкоциты | 19-20 | 5-7 | 6-7 |
| Эпителий | 4-5 | 3-4 | 5-6 |
| Кокки | + | + | + |
| Гонококк | - | - | - |
| Трихомонады | - | - | - |
| Гарднереллы | - | - | - |
| Палочки | Обильно | | |

1. Мазок на АК: Без особенностей.
2. Обследование на уреаплазму, микоплазму, хламидии: Не выявлены.
3. УЗИ:

матка: контуры ровные, четкие.

Размеры – 57х32х39 мм

Загнута к переди

Эхоструктурамиометрия однородная

Эндометрий визуализируется.

Левый яичник: контуры ровные четкие

Размеры – 33х19 мм

Эхоструктура однородная

Правый яичник: контуры ровные четкие

Размеры – 38х23 мм

Эхоструктура однородная

***X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.***

Ведущим в клинике заболевания является болевой синдром, который характеризуется ноющими тянущими болями в нижних отделах живота, иррадиирущими в паховую область.

Воспалительный синдром: при влагалищном исследовании пальпируются тяжистые, болезненные придатки справа и болезненное тело матки. Выделения слизисто-гнойныго характера, умеренные.

Повышение температуры тела, слабость свидетельствует об интоксикационном синдроме.

На хроническое течение заболевания указывают данные анамнеза – В 2011 году выставлен диагноз сальпингоофорит.

Учитывая все вышеперечисленное, выставляется окончательный клинический диагноз:

Основное заболевание:Обострение хронического правостороннего сальпингоофорит.

Сопутствующие заболевания: нет.

Осложнения: нет.

***XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Сальпингоофоритметроэндометрит | Прервавшаяся трубная беременность | аппендицит |
| Менструальная функция | Нарушена по типу метроррагии | Нарушена, задержка менструации | Не нарушена |
| Провоцирующие факторы | После переохлаждения, внутриматочные вмешательства. | 6-7 недельбеременности | - |
| Дизурические расстройства | Могут быть | Нет | нет |
| Общее состояние | Средней тяжести, температура тела высокая, слабость, боли внизу живота | Тяжелое, снижение АД, учащение пульса, симптомы внутреннего кровотечения, боль в животе и пояснице. | Температура тела повышена, усиливающиеся боли в эпигастральной, а затем в правой подвздошной области сопровождаются тошнотой, рвотой |
| Распространение процесса | Часто односторонний | Односторонний | - |
| Мазок, клинический анализ крови | В мазке лейкоциты, в крови повышение СОЭ, умеренный лейкоцитоз | Мазок в норме. В крови – анемия. | в крови выраженный лейкоцитоз. |
| Выделения из половых путей | Кровянистые, гнойные | Могут быть кровянистые | Кровянистые выделения отсутствуют |
| Влагалищное исследование | Пальпируются болезненные придатки. Матка болезненна, размягчена. | Пальпируется одностороннее трубное образование, резко болезненное. Матка увеличена на 5-6 недель беременности. | безболезненное |

***XII. ЛЕЧЕНИЕ.***

1. Режим постельный.
2. Диета N15.
3. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности.

Rp.: Sol. Cefrani 1,0

D.S. 1раз в день в/м

1. Спазмолитики.

А. Rp.: Sol. No – spani – 2.0

D.S. в/м 2 раза в день

Б. Rp.: Sol. Analgini 50% - 2.0

Sol. Dimedroli 1% - 1.0

M.D.S. в/м на ночь

1. Дезинтоксикационная терапия.

Rp.:SolAc. Ascarbinici 5% - 5.0

Sol.Glucosae 5% - 10.0

M.D.S. в/вкапельно

1. Поливитамины.

Rp.: Tabl. "Complivitum" no.

D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.

1. После курса антибиотикотерапиипротивогрибковая терапия.

Rp.: Tabl. Nizoral 0.2

D.S. Внутрь 2раза в день в течение 5 дней.

1. После стихания воспали воспалительного процесса физиопроцедуры: электрофорез тиосульфат Na + ДМСО на низ живота №10 после стихания острого процесса.

***XIII. ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ.***

|  |  |
| --- | --- |
| **22.12.13**  tтела = 36,5оС  ЧД = 16/мин  ЧСС = 73 уд/мин  АД 1200/80 мм ртст | Состояние стабильное. Наблюдается положительная динамика. Жалоб не предъявляет. Объективно: дыхание везикулярное, хрипов, шума трения плевры нет. Тоны сердца ритмичные, ясные; шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный, печень и почки не пальпируются, край печени - у реберной дуги.Диурез 1200 – адекватен объёму выпитой жидкости.Стул, со слов больной, оформленный. Состояние удовлетворительное. Выделения слизистые, скудные. Лечение продолжать. |
| **24.12.13**  tтела = 36,5оС  ЧД = 16/мин  ЧСС = 73 уд/мин  АД 1200/80 мм ртст | Состояние стабильное. Жалоб не предъявляет. Объективно: дыхание жесткое, хрипов, шума трения плевры нет. Тоны сердца ритмичные, ясные; шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный, печень, край печени и почки не пальпируются. Диурез 1100 – адекватен объёму выпитой жидкости. Стул, со слов больного, оформленный. Состояние удовлетворительное. Лечение продолжать. |

***XIV. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ.***

Кормач Марта Андреевна в возрасте 23 года поступила в приемное отделениеВладивостокского клиническогородильного дома №3 15.12.2013г. с диагнозом внематочная трубная беременность.Поступила в состоянии средней степени тяжести за счет болевого синдрома. Пациентка госпитализирована в гинекологическое отделение, для обследования и лечения.

В отделение было назначено лечение: антибиотикотерапия, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, после прохождения курса антибиотикотерапии противогрибковые препараты, а также физиолечение.

***XV. 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.

***XVI. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.***

1. Л.Н. Василевская, В.И. Грищенко, Н.А. Щербина, В.П. Юровская – «Гинекология», Ростов – на – Дону, 2002г.
2. В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович - «Неоперативная гинекология», Москва, 2000г.
3. Бодяжина В.И. – «Акушерство», Курск, 19995г.
4. Машковский М.Д. – «Лекарственные средства», Харьков, 1998г.