# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. Возраст: 21 года Семейное положение: не замужем Профессия: повар, трудовой стаж: 3 года Время поступления в клинику: 2 февраля 2000 года.

# ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

## Жалобы на постоянные, умеренные, тянущие боли внизу живота, на нарушение менструального цикла, болезненные скудные месячные.

# АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

## Родилась в Чистых 23 июня 1978 года, 2-м ребенком. В детстве росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала. Начала ходить с девяти месяцев. С 6-ти лет пошла в школу, училась хорошо. После ее окончания училась в торговой школе. После чего работала 3 года поваром. Материально обеспечена, проживает в частном доме с семьей из трёх человек. Питание регулярное- 3 раза в день, полноценное, разнообразное.

# ПЕРЕНЕСЁННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Детские инфекции. ОРВИ. В 13 лет перенесла острый цистит. В 1995 году перенесла болезнь Боткина. Хронический гастрит, ДЖВП,себорейный дерматит, аномалия ЖП.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Не курит. Алкоголь не употребляет.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на пищевые продукты не отмечает. Отмечает аллергические реакции на лекарственные вещества: лидаза.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Венерические заболевания, малярию и туберкулёз отрицает. Последние 6 месяцев кровь не переливалась, у стоматолога лечилась, за пределы Чистых не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Бабушка - сахарный диабет, мать - ВСД.

# АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Первые месячные появились в 13 лет; установились сразу. Характер менструального цикла: 29-30 по 4-5 дней, менструации слабо болезненные, умеренные.

## Половую жизнь начала с 17 лет вне брака. Применяла механическую и биологическую контрацепцию. 2 месяца не жила половой жизнью.

## Имела 2 беременности. Первая в 1997 году закончилась мед.абортом. Послеабортный период осложнился двусторонним сальпингоофоритом. Вторая беременность была в начале 1998 года, закончилась медицинским абортом по социальным показаниям, осложнившийся кистой яичника справа.

# ТЕЧЕНИЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Считает себя больной с середины декабря 1997 года, когда в середине менструального цикла появились мажущие кровянистые выделения, продолжающиеся до очередной менструации (1-е числа января). Наступившая менструация была обильная и длительная. 13 января появились постоянные, умеренные, тянущие боли внизу живота. В связи с этим обратилась к участковому гинекологу. После его обследования больная была сразу направлена в гинекологическую клинику ЦРБ с предварительным диагнозом: "Нарушение менструального цикла. Подозрение на внематочную беременность." В 1998 году была направлена в ЦРБ по поводу кисты яичника справа для проведения хирургического лечения, в сентябре того же года была прооперирована повторно по поводу рецидива кисты яичника справа - вылущивание кисты.

# ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## Общий осмотр: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Волосяной покров равномерный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Склеры не изменены. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, влажный, чистый, сосочки выражены. Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 165 см, вес 45 кг. Сердечно-сосудистая система: Пульс симметричный, частотой 76 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные; соотношение тонов не изменено. Артериальное давление 110/60 мм.рт.ст. Дыхательная система: Тип дыхания - грудной. Форма грудной клетки - правильная. Грудная клетка эластичная, безболезненная. Дыхание везикулярное. Пищеварительная система: Живот умеренно-болезненный в гипогастральной области. В остальных областях живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочевыделительная система: В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

# СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 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.

## P.S. Шейка матки коническая,не эррозирована, умеренно гиперемирована. Наружный зев закрыт, овальной формы. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений. Выделения молочные умеренные.

## P.V. Шейка матки умеренно-подвижная, плотноэластическая, размером 3,5 см. Тело матки нормальных размеров, мягкое, безболезненное, смещено влево. Справа пальпируется увеличенный эластический яичник(киста). Слева яичник в спайках. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.  
   Эритроциты- 4,3х10^12/л  
   Hb- 132 г/л  
   Цвет. показатель- 0,98  
   Лейкоциты- 10х10^9/л  
    эозинофилы- 1%  
    палочкоядерные- 1%  
    сегментоядерные- 66%  
    Лимфоцитов- 29%  
    Моноцитов- 3%  
   CОЭ- 3 мм/ч
2. Биохимический анализ крови.  
   Общ. белок 72 г/л  
   Альбумины 62  
   α1 3, α2 9, β 12, γ 14  
   Калий 4,1 мкмоль/л  
   Креатинин 73 ммоль/л   
   Билирубин общ. 12 мкмоль/л  
   Сахар 3,9 ммоль/л
3. Анализ мочи.  
   Цвет желтый Белок 0  
   Прозрачность прозрачная Сахар 0  
   Реакция кислая Уробилин (-)  
   Уд. вес 1,026 Желч. пигменты (-)  
   Лейкоциты 3-5 в поле зрения  
   Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения  
   Эпителий плоский 1-4 в поле зрения
4. Цитологическое исследование.  
   Цервикальный канал - типический цервикальный эпителий, кровь. Шейка матки - типический плоский эпителий, кровь. Влагалище - преобладание промежуточных клеток, кариопикнотический индекс 35%.
5. Исследование на гонококк.  
   Уретра эпителий 5-10 Цервикальный канал эпителий 5-10  
    лейкоциты 5-10 лейкоциты 10-20  
    флора Гр (-) флора Гр (-)  
   Гонококки не обнаружены.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

## Полученные данные (жалобы на постоянные, умеренные, тянущие боли в низу живота, на расстройство менструального цикла и обострение хронического сальпингоофорита, болезненность при пальпации гипогастральной области, мягкая матка, увеличенный эластический правый яичник, лейкоцитоз) 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. И, наконец, у женщины не было длительное время половых контактов, поэтому трубный аборт можно исключить.

## Иногда возникают 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

## Обострение хронического сальпингоофорита. Нарушение менструального цикла, рецидивирующая киста яичника справа.

# 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.

# ЛЕЧЕНИЕ

## Диета. Пища должна быть высококалорийной, богатой белками и витаминами.

## Больной необходим постельный режим. Холод на низ живота.

## Для остановки кровотечения и ограничения воспаления показаны препараты кальция. Назначаем кальция хлорид внутривенно, капельно. Rp.: Sol. Calcii chloridi 1%-200 ml D.t.d.N 3 S. Вводить по 200 мл внутривенно, капельно, 1 раз в сутки.

## Как противовоспалительное, дезинтоксикационное и десенсибилизирующее средство назначаем натрия тиосульфат. Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10 ml D.t.d.N 6 in amp. S. Вводить по 10 мл внутривенно, струйно, медленно 1 раз в сутки.

## Для этиологической борьбы с воспалением показано назначение антибактериальных препаратов. Назначаем антибиотик цифран. Rp.: Тab. "Cifran" N 30 S. По 1 таблетке 2 раза в день.

## В качестве общеукрепляющей терапии назначаем поливитаминные препараты, например гендевит, ундевит.

## При стихании симптомов обострения воспалительного процесса назначаем физиотерапию: синусоидальные модулированные токи, ультразвук, микроволны сантиметрового диапазона.

# ДНЕВНИК КУРАЦИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число | Текст дневника | Назначения |
| 22.02.00 Т. У. 36,6°  В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Самочувствие удовлетворительное. 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. Дыхание везикулярное. Живот слабо болезненный при пальпации гипогастральной области. Физиологические отправления в норме. | Диета 1. Режим постельный.  Кальция хлорид 1%-200 мл в/в капельно |
| 23.02.00 Т. У. 36,8°  В. 36,5° | Жалобы на постоянные, слабые, тянущие боли внизу живота. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 70 уд/мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Те же +  Тиосульфат натрия 30%-10 мл в/в струйно. |
| 24.02.00 Т. У. 36,6°  В. 36,7° | Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 80 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Те же. Цифран 20 мг 2 раза в день. |

# ЭПИКРИЗ

## Больная 21 лет поступила в гинекологическую клинику ОКБ с жалобами на постоянные, умеренные, тянущие боли внизу живота и на расстройство менструального цикла. За время пребывания в клинике больная была обследована, и были проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, цитологическое исследование мазков из влагалища, уретры и цервикального канала. При этом было выявлено: перенесенное обострение хронического сальпингоофорита в анамнезе, умеренная болезненность при пальпации гипогастральной области живота, при влагалищном исследовании - мягкая матка, увеличенный, эластичный яичник слева, справа - утолщенные, болезненные придатки, лейкоцитоз в периферической крови. На основании этого был поставлен диагноз: "Обострение хронического сальпингоофорита. Нарушение менструального цикла, рецедивирующая киста яичника справа." Проводилось медикаментозное лечение, направленное на устранение кровотечения и борьбу с воспалением ( хлоридом кальция, тиосульфатом натрия, цифраном). На фоне проводимого лечения самочувствие больной улучшилось: прошли боли. Прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное восстановление трудоспособности. 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.