# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Заведующий кафедрой:

д. м. н., профессор  Ю. И. Ишпахтин

Преподаватель:

ассистент Е. А. Киреева

История болезни

, 18 лет.

**Клинический диагноз:**

Острый двусторонний сальпингоофорит, стадия разрешения

Куратор: ст. 505 гр. леч. ф-та Пономарёв П. Ю.

I. Паспортная часть.

1. **Фамилия, имя, отчество больного:**.
2. **Дата рождения:** 4 августа 1986 г. (18 лет).
3. **Национальность:** русская.
4. **Семейное положение:** незамужем.
5. **Образование:** среднее.
6. **Место учёбы:**.
7. **Место жительства:**
8. **Дата поступления в стационар:** 17 ноября 2004 г.

II. Жалобы на момент поступления в стационар.

Основные: Сильные постоянные режущие боли внизу живота. Постоянные слизистые выделения из наружных половых органов.

Дополнительные: Не предъявляет.

III. История настоящего заболевания

(anamnesis morbi).

Считает себя больной с 10 ноября 2004 года, когда впервые появились периодические режущие боли внизу живота на фоне внеочередного длительного (около 2-х недель) менструального кровотечения. Начало заболевания связывает с переохлаждением. За помощью не обращалась, самолечением не занималась. 17 ноября 2004г. самочувствие больной ухудшилось – боли усилились, стали постоянными, повысилась температура. Больная обратилась в женскую консультацию по месту жительства, откуда была немедленно направлена в МУЗ родильный дом №3. Госпитализирована в гинекологическое отделение.

IV. История жизни больной (anamnesis vitae).

Кошкина Виктория Юрьевна родилась 4 августа 1986 года в городе Владивостоке; 2-м по счету ребенком. Роды проходили в срок, без осложнений. Заболеваний, перенесённых в детстве, не помнит. В школу пошла в семь лет, в умственном и физическом развитии не отставала от сверстников.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное - 3 раза в день, полноценное, разнообразное.

Перенесенные заболевания и операции: наличие ВИЧ-инфекции, туберкулёза, инфекционных гепатитов, венерических заболеваний отрицает.

Операций не было; в 2003г - сотрясение головного мозга средней степени тяжести.

Эпидемиологический анамнез: за последние два месяца контакты с инфекционными больными и укусы грызунов отрицает. За пределы города Владивостока не выезжала.

Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, наркотических и психотропных препаратов отрицает;

 Наследственность: врожденные аномалии развития, болезни обмена веществ, онкологические и психические заболевания у родственников отрицает.
Аллергический и гемотрансфузионный анамнез: аллергические реакции на бытовые и производственные аллергены, пищевые продукты, косметические средства, а также пыльцу различных растений отрицает. Аллергическая реакция на парентеральное введение аскорбиновой кислоты по типу крапивницы.

Переливаний крови не было.

V. Акушерско-гинекологический анамнез.

**Менструальная функция**. Первая менструация произошла в 15 лет, на данный момент менструальный цикл не установился. Менструация протекает 7-8 дней; количество теряемой крови в первый день значительное, в последующие – умеренное. Последняя менструация – с 6 по 13 ноября 2004 года.

**Секреторная функция.** Вне менструации постоянные слизистые выделения из наружных половых органов.

**Половая функция.** Начало половой жизни – в 17 лет.

**Контрацепция.** Предохраняется презервативами.

**Детородная функция.** Беременностей не было.

VI. Объективное исследование больной

(status praesens).

**1. Общее состояние больной.**

Удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Поведение адекватное. Телосложение правильное. Конституциональный тип – нормостенический. Масса тела = 54 кг, рост = 163 см.

Голова обычной формы, строение мозговой и лицевой частей черепа пропорционально, надбровные дуги выражены умеренно, черты лица правильные.

Оволосение головы и лица по женскому типу. Ширина глазной щели обычная. Конъюнктива без признаков воспаления. Зрачки круглые, 3 мм в диаметре. Реакция зрачков на свет (прямая, содружественная, на конвергенцию) живая. Блеск глаз и слезотечение отсутствуют. Деформаций носа, выделений из него нет. Губы обычного цвета, влажность нормальная, герпетических высыпаний и трещин в углу рта не обнаружено. Длина шеи пропорциональна длине туловища. Шея не искривлена, симметрична.

**2. Кожные покровы.**

Бледно-розового цвета. Гиперпигментации и депигментации кожных покровов не обнаружено. Тургор не изменён. Эластичность в норме. Повышение потоотделения не отмечено. Влажность кожи умеренная. Акроцианоз отсутствует. Рубцы, ксантомы, телеангиоэктазии отсутствуют.

**3. Подкожно-жировая клетчатка.**

Развита умеренно. При осмотре общие отеки (анасарка) не выявлены. Питание нормальное.

**4. Лимфатическая система***.*

При осмотре лимфатические узлы визуально не выявляются. Переднешейные, заднешейные, подчелюстные, подбородочные, подмышечные и паховые лимфоузлы не пальпируются.

**5. Мышечная система.**

Развитие мышц и их тонус соответствует возрасту. Мышцы безболезненны при пальпации и движении. Дрожание и тремор отдельных мышц и мелких мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и параличей нет.

**6. Костно-суставная система.**

При исследовании костей черепа, таза, конечностей и грудной клетки утолщений, искривлений и других нарушений не выявлено. Безболезненны при пальпации и перкуссии. Периостита, акромегалий, изменений концевых фаланг пальцев кистей и стоп нет. Хруст и крепитация при движении в суставах не отмечаются. Изменения при осмотре и пальпации костей скелета и суставов не выявлены. Активные и пассивные движения в полном объёме. Суставы безболезненны. При исследовании костей черепа, таза, конечностей и грудной клетки утолщений, искривлений и других нарушений не выявлено. При пальпации безболезненны. Хруст и крепитация при движении в суставах не отмечаются. Активные и пассивные движения в полном объёме.

**7. Система органов дыхания.**

Осмотр грудной клетки.

*Статический осмотр.*

Гиперстеническая форма грудной клетки. Эпигастральный угол тупой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ключицы выявляются хорошо, надключичные и подключичные ямки не выражены. Искривлений позвоночника, асимметрий нет.

*Динамический осмотр.*

Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный с преобладанием брюшного. Вспомогательные дыхательные мышцы не участвуют. Дыхание ритмичное, обычной глубины, частота дыхательных движений 18 в минуту. Одышка не наблюдается.

Пальпация.

Грудная клетка эластичная, умеренно резистентная в передне-заднем и боковом направлениях, при пальпации безболезненная. Ширина межреберных промежутков нормальная. Голосовое дрожание равномерно проводится на симметричные участки грудной клетки. Окружность грудной клетки в покое составляет 125 см, при максимальном выдохе – 110 см, при максимальном вдохе – 140 см.

Перкуссия.

*Сравнительная перкуссия лёгких.*

На симметричных участках грудной клетки, над всей лёгочной поверхностью определяется ясный лёгочный звук. Исключение составляет физиологическое укорочение перкуторного тона в правой подмышечной области и во II и III межреберьях слева.

*Топографическая перкуссия лёгких.*

Высота стояния верхушки левого лёгкого спереди – на 2,5 см выше середины ключицы, сзади – на уровне VII шейного позвонка. Высота стояния верхушки правого лёгкого спереди – 3 см выше середины ключицы, сзади – на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Крёнига: слева и справа по 7 см. Нижние границы лёгких по всем топографическим линиям в норме (указано, на уровне какого ребра перкутируется нижний край лёгкого):

|  |  |
| --- | --- |
| Топографические линии. | Нижние границы лёгких. |
| Справа. | Слева. |
| Linea parasternalis | V | – |
| Linea mediaclavicularis | VI | – |
| Linea axillaris anterior | VII | VII |
| Linea axillaris media | VIII | VIII |
| Linea axillaris posterior  | IX | IX |
| Linea scapularis | X | X |
| Linea paravertebralis | XI | XI |

Экскурсия нижних лёгочных краев с обеих сторон по средней подмышечной линии по 6 см.

Аускультация лёгких.

Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Над верхушкой правого лёгкого выслушивается смешанное (бронховезикулярное) дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) отсутствуют. Бронхофония проводится равномерно над всей лёгочной поверхностью, на симметричных участках.

**8. Сердечно-сосудистая система.**

Осмотр области шеи.

Патологической пульсации артерий и вен не выявлено.

Осмотр области сердца.

Область сердца визуально не изменена. Сердечный горб отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок при осмотре не определяется. Патологических пульсаций не выявлено.

Пальпация области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется на уровне нижнего края VI ребра на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, площадью 3 см2, нормальной силы, средней высоты. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое и систолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья») в области верхушки и основания сердца не обнаружено.

Перкуссия области сердца (по Сокольскому).

*Границы относительной тупости сердца.*

Правая граница определяется в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница – проходит по нижнему краю III ребра.

Левая граница определяется на уровне нижнего края VI ребра на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

*Контуры сердечно-сосудистого пучка.*

Правый контур – граница проходит справа от грудины и отстоит от передней срединной линии в I, II, III межреберье на 3 см.

Левый контур – граница проходит слева от грудины и отстоит от передней срединной линии в I и II межреберьях на 3 см, в III межреберье – на 4 см, в IV межреберье – на 8 см, в V – на 9 см. Конфигурация сердца нормальная. Талия сердца умеренно выражена.

*Размеры сердца.*

Поперечник сердца = 13 см .

Длинник сердца = 15 см.

Ширина сердца = 10 см.

Высота сердца = 9 см.

Ширина сосудистого пучка, определяемая во II межреберье = 5,5 см.

*Границы абсолютной тупости сердца.*

(перкуссия по Гольдшайдеру с установкой пальца по Плешу).

Правая граница проходит по левому краю грудины.

Верхняя – по нижнему краю IV ребра.

Левая – на 4 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца (на 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии).

Аускультация сердца.

Ритм сердца правильный. ЧСС = 72 удара в минуту. В пяти классических точках аускультации выслушивается два тона и две паузы. В 1-й и 4-й точках аускультации лучше выслушивается I тон, продолжительный, низкий, следует после продолжительной паузы, совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях. Во 2-й и 3-й точках лучше выслушивается II тон, громкий, короткий, высокий, следует после менее продолжительной паузы, чем I тон, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях. Шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует.

Исследование магистральных сосудов крупного и среднего калибра.

При осмотре и пальпации аорты (в области яремной вырезки и в эпигастральной области) определяется её пульсация. Визуально на переднебоковой области шеи патологическая пульсация сонных артерий («пляска каротид»), набухание и видимая пульсация шейных вен отсутствуют. При пальпации бедренной и подколенной артерий, артерии тыла стопы, задней большеберцовой артерии обнаруживается их пульсация с обеих сторон.

Исследование артериального пульса.

По наполнению и времени появления пульсовых волн пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях. Частота пульса = 72 в минуту. Ритм неправильный (определяются экстрасистолы). Пульс среднего напряжения и наполнения, средней величины, нормальной формы, высокий. Дефицит пульса отсутствует. Стенка лучевой артерии эластичная и равномерная. Определяется пульсация височной, сонной, локтевой, лучевой, подключичной, подмышечной, плечевой, подколенной артерий, стенка их эластична. Капиллярный пульс отрицательный. Артериальное давление на обеих руках составляет 110/70 мм рт. ст.

**9. Органы пищеварения и брюшной полости.**

Осмотр полости рта.

Цвет слизистой губ, щёк, твердого и мягкого нёба – бледно-розовый. Слизистая рта и зева достаточной влажности. Запах изо рта, трещины в углах рта отсутствуют. Десны бледно розового цвета, не кровоточат, язык увлажнен, не обложен. Миндалины не увеличены. Лакуны не расширены. Ротовая полость санирована.

Осмотр области живота.

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Брюшная стенка не увеличена. Видимой перистальтики и антиперистальтики желудка и кишечника не выявлено. Подкожная венозная сеть на боковых стенках живота и вокруг пупка не выражена. Грыжи, расхождение прямых мышц живота визуально не определяются. Пульсация брюшной аорты наблюдается.

Пальпация живота

*Поверхностная ориентировочная пальпация живота по методу Образцова-Стражеско.*

Влажность и тургор кожи сохранены. Передняя брюшная стенка не напряжена, во всех областях безболезненна, грыжевых выпячиваний и иных дефектов, а также расхождений мышц живота не обнаружено. Симптомы мышечной защиты, Щёткина-Блюмберга положительны в нижнем этаже. Симптом Ровзинга отрицательный.

*Глубокая ориентировочная пальпация живота:* болезненности, новообразований и инфильтратов не обнаружено.

*Глубокая методическая скользящая топографическая пальпация живота по методу Образцова-Стражеско:*

Сигмовидная кишка – прощупывается в левой подвздошной области живота, в виде гладкого, умеренно-плотного эластичного тяжа, диаметром 3 см. Пассивная подвижность кишки в пределах 3-5 см. При пальпации безболезненна, не урчит, перистальтирует редко и вяло.

Слепая кишка – пальпируется (в правой подвздошной области на границе средней и наружной третей правой линии, соединяющий пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в среднем на 5см. от кости) в виде гладкого, мягко-эластичного тяжа, диаметром около 3 см. Безболезненна. Подвижность кишки 2-3см.

Подвздошная кишка – пальпируется (в правой подвздошной области справа-сверху налево-вниз, несколько выше слепого конца, то есть в косом направлении от внутреннего края слепой кишки) – на протяжении 10-12 см, около 2-х см в диаметре. Мягкая, пассивно подвижная. При пальпации безболезненна, не урчащая.

Поперечная часть ободочной кишки – пальпируется в эпигастральной области в виде тяжа мягкой эластической консистенции диаметром 3,5 см, безболезненная, неурчащая.

Восходящий отдел толстой кишки – пальпируется в правом фланке в виде тяжа мягкой эластической консистенции диаметром 3 см, безболезненная, неурчащая.

Нисходящий отдел толстой кишки – пальпируются в левом фланке в виде тяжа мягкой эластической консистенции диаметром 3 см, безболезненная, неурчащая.

Исследование желудка.

При поверхностной ориентировочной пальпации болезненность подложечной области отсутствует. Брюшная стенка в области желудка не напряжена. Методом аускультоперкуссии большая кривизна желудка определяется на 3 см выше пупка. Методом глубокой скользящей пальпации (по Образцову-Стражеско) расположение большой кривизны желудка не определяется.

Пальпация поджелудочной железы по Гроту.

Поджелудочная железа не пальпируется. Симптом Карте отрицательный. Зоны повышенной чувствительности (Захарьина-Геда) в области XI – XII грудных позвонков не определяются.

Перкуссия живота.

Желудок и кишечник дают громкий тимпанический звук. Наличие свободной и осумкованной жидкости, а также газа в брюшной полости не выявлено. Воспалительные инфильтраты не обнаружены.

Аускультация живота.

Выслушивается звук активной перистальтики кишечника. Шум трения брюшины не определяется.

Исследование печени.

*Осмотр области печени.*

Увеличение живота не обнаруживается. Расширенная венозная сеть на передней брюшной стенке отсутствует. Выпячивания и пульсации в области правого подреберья и подложечной области не наблюдаются.

*Перкуссия печени.*

Нижняя граница печени расположена по правой срединно-ключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги (2точка), на передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком (4 точка), по левой реберной дуге – на уровне VII ребра (5 точка).

*Пальпация печени по методу Образцова-Стражеско.*

Нижний край печени прощупывается на 2см ниже реберной дуги по среднеключичной линии, мягкий, безболезненный, закругленный. Справа от среднеключичной линии печень прощупать не удалось, т.к. она скрыта под реберной дугой, а слева пальпация затруднена из-за толщи подкожно-жировой клетчатки.

*Размеры печени по Курлову.*

Первый размер = 9 см.

Второй размер = 8 см.

Третий размер = 7 см.

Исследование желчного пузыря.

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье выпячиваний или фиксаций этой области в фазе вдоха не отмечается. Методом поверхностной пальпации передней стенки живота болезненность не определяется. Желчный пузырь пальпаторно не прощупывается. Симптомы Кера, Курвуазье, Мюсси-Георгиевского, Караваева-Спектора, Ортнера, Образцова-Мерфи, Василенко отрицательные.

Исследование селезёнки.

При осмотре левого подреберья в области проекции селезёнки на левую боковую поверхность и левое подреберье выбуханий не обнаружено.

*Перкуссия селезёнки.*

Длинник селёзенки = 6 см. Поперечник селезёнки = 4 см.

При пальпации селезёнка не определяется, область пальпации безболезненна.

**10. Органы мочевыделения.**

Визуально в поясничной области патологических изменений (выбухания, отёчности и гиперемии) не выявлено. Почки в положениях по Образцову-Стражеско и Боткину не пальпируются, болевые точки (в области проекции почек: реберно-позвоночная точка – в углу между XII ребром и длинными мышцами спины; мочеточниковые: верхняя – у края прямой мышцы живота на уровне пупка, нижняя – пересечение биспинальной линии с вертикальной линией, проходящей через лонный бугорок) не определяются. Болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева (симптом Пастернацкого) нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением. При аускультации почечных артерий шумы не выслушиваются.

**11. Исследование нервно-психической сферы.**

Сознание ясное. Интеллект нормальный. Память хорошая. Ночной сон не нарушен. Нарушений речи не отмечено. В пространстве и времени ориентируется. Походка нормальная, судороги, параличи отсутствуют. Реакция зрачков на свет, ахиллов, глоточные, коленный рефлексы сохранены. Менингиальные симптомы не обнаружены. Дермографизм розовый.

**12. Эндокринная система.**

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомов гипертиреоза нет. Изменения лица и конечностей, гигантизма, ожирения или истощения не наблюдается. Патологическая пигментация кожных покровов отсутствует. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные.

**13. Органы чувств.**

Обоняние, зрение, осязание и вкус не нарушены. Отмечает значительное снижение слуха в течение последних двух лет.

VII. Status genitalis.

*Наружные половые органы* развиты в соответствии с полом и возрастом, оволосение по женскому типу, уретра и парауретральные ходы свободны, бартоллиниевы железы не изменены, варикоза НПО не наблюдается.

*Исследование при помощи зеркал*: слизистая влагалища в норме, слизистая шейки матки гиперемирована, отёчна, наблюдаются скудные слизистые выделения без запаха. Шейка матки без рубцовых изменений, наружный зев в норме.

*Бимануальное исследование*: Влагалище узкое, шейка матки плотной консистенции, длиной 2 см, расположена по продольной оси, наружный зев закрыт, опухолей и экзостозов в малом тазу нет. Тело матки в положении anteversio и anteflexio, округлой формы, умеренно подвижно, не увеличено, мягкое, умеренно болезненное, поверхность гладкая. Левые придатки инфильтрированы, резко болезненны при пальпации, диаметр левого яичника 3 см; правые придатки – инфильтрированы, эластической консистенции, болезненны при пальпации, диаметр правого яичника 5 см. Своды свободные, параметрий свободный, объёмных образований в малом тазу не обнаружено.

VIII. Предварительный диагноз.

**Клинический диагноз:**

Острый двусторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

IX. План обследования.

*Обязательные общие исследования:*

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Определение группы крови и резус-фактора.
4. Кал на яйца гельминтов.
5. КСР (RW, ИФА).
6. Антитела к ВИЧ.
7. Флюорография грудной клетки.

*Дополнительные исследования:*

1. Мазок на флору из влагалища.
2. Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, билирубин фракционно, АлАТ, АсАТ, мочевина, креатинин, глюкоза).
3. САСС.
4. УЗИ половых органов.
5. Пункция дугласова пространства через задний свод влагалища.

X. Результаты обследования.

**1. Клинический анализ крови:**

Hb – 124 г/л

СОЭ – 24 мм/ч

ЦП – 0,9

Эритроциты – 3,76×1012 /л

Лейкоциты – 12,4×109 /л

Базофилы – 0 %

Эозинофилы – 2 %

Юные – 0 %

Палочкоядерные – 11 %

Сегментоядерные – 69 %

Лимфоциты – 16 %

Моноциты – 2 %

Тромбоциты – 325×109 /л

**2. Общий анализ мочи:**

Удельный вес – 1017

Цвет – соломенно-желтый, прозрачная

Белок – следы

Сахар, кетоновые тела не обнаружены

Микроскопия осадка:

Эпителий плоский – 6-8 в поле зрения

Лейкоциты – 3-5 в поле зрения

Эритроциты – нет

Цилиндры – нет

**3. Группа крови** – II (A)

**Резус-фактор** – Rh+

**4. Кал на яйца гельминтов** – яйца гельминтов не обнаружены

**5.** Результаты **КСР** на сифилис отрицательны

**6. Антитела к ВИЧ** не найдены.

**7. Флюорография грудной клетки:**

Патологических изменений органов грудной полости не обнаружено.

###### **8. Мазок на флору из влагалища.**

###### Экссудат серозно-гнойный. Лейкоциты сплошь.

###### Нейтрофилы: 55 %.

###### Лимфоциты: 45 %.

Эпителий: единичный в поле зрения.

Кокки, палочки: умеренное количество.

Хламидии, трихомонады, грибы не обнаружены.

**9. Биохимический анализ крови.**

Общий белок – 60 г/л

Белковые фракции:

Альбумины – 50 %

Глобулины α1 – 2 %

α2 – 8 %

β – 12 %

γ – 28 %

Билирубин общий – 8,49 мкмоль/л

Билирубин прямой – 5,1 мкмоль/л

АлАТ – 0,17 мкат/л

АсАТ – 0,11 мкат/л

Мочевина – 4,9 ммоль/л

Креатинин – 85 мкмоль/л

Глюкоза – 4,2 ммоль/л

**10. САСС.**

Гематокрит – 32 %

ПТВ – 1,0 с

Фибриноген – 3,25 г/л

Этаноловый тест – отрицательный

**11. УЗИ:** В малом тазу небольшое количество свободной жидкости, объёмных образований нет. Тело матки с чёткими контурами, округлое, размеры 49×35×43 мм. Эндометрий визуализируется в виде линии толщиной 5 мм. Шейка чёткая, однородная, структурированная, размеры 28×22×27 мм. Правый яичник 45×32 мм, диаметр 2,5 см, включения до 1,5 см в диаметре. Левый яичник 30×19 мм, структура обычная.

**12. Пункция дугласова пространства через задний свод влагалища:** Обнаружено небольшое количество мутного серозного экссудата. Эритроциты не обнаружены, лейкоциты 12-14 в поле зрения.

XI. Клинический диагноз и его обоснование.

**Клинический диагноз:**

*Острый двусторонний сальпингоофорит, стадия разрешения. Серозно-гнойный пельвиоперитонит.*

Выставляется на основании жалоб на резкую боль в нижних отделах живота, скудные кровянистые выделения из половых путей; анамнеза заболевания (13.11 после переохлаждений появились вышеуказанные жалобы, подобных эпизодов в прошлом не было); данных гинекологического осмотра (левые придатки инфильтрированы, резко болезненны при пальпации, правые – болезненны при пальпации, эластической консистенции, диаметр правого яичника 5 см); результатов лабораторных исследований (повышенная СОЭ, умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, диспротеинемия); результатов мазка из влагалища (экссудат серозно-гнойный, лейкоциты сплошь, умеренное количество кокков и палочек); результатов пункции дугласова пространства (получен мутный серозный экссудат с лейкоцитозом, не содержащий эритроцитов); результатов УЗИ (увеличение придатков с обеих сторон, умеренное количество жидкости в малом тазу).

XII. Дифференциальный диагноз.

1. **Внематочная беременность** исключается на основании отрицательного теста на хорионический гонадотропин мочи, острого начала заболевания без продромальных явлений, двустороннего характера процесса, отсутствия эритроцитов в пунктате дугласова пространства.
2. **Перекрут кисты яичника** исключается на основании отсутствия объёмных образований в малом тазу при пальпации и УЗИ, острого, но не молниеносного развития заболевания и отсутствия связи заболевания со значительными физическими нагрузками, наличия белей воспалительного характера.
3. **Острый аппендицит** исключается на основании отсутствия гастралгической фазы (симптом Кохера), локализации боли диффузно по нижнему этажу брюшной полости, отрицательного симптома Ровзинга, наличия белей, пальпаторного изменения придатков и их болезненности и данных УЗИ.
4. **Острый цистит** исключается на основании отсутствия дизурических явлений, болей при мочеиспускании и значительных изменений мочи.

XIII. Лечение.

1. Режим постельный.
2. Основной вариант стандартной диеты (стол № 15).
3. Общее медикаментозное лечение:
* Антибактериальная терапия:

Rp: Ampioxi-natrii pro inject. 0,5

D.t.d. N 30

S.: Развести в 5 мл 0,25 % новокаина, вводить в/м 4 раза в день.

Rp: Metronidazoli 0,5 % - 100 ml

D.t.d. N 7

S.: Вводить в/в капельно 1 раз в день по 1 флакону.

* Противовоспалительное средство:

Rp: Ortopheni 2,5 % - 3 ml

D.t.d. N 10

S.: По 1 ампуле в/м 1 раз в день.

* Дезинтоксикационная терапия:

Rp: Sol. Glucosae 5 % - 200 ml

D.t.d. N 10

S.: По 1 флакону в день в/в капельно с добавлением CaCl2.

Rp: Sol. Calcii chloridi 10 % - 10 ml

D.t.d. N 10

S.: Добавлять в раствор глюкозы (1 ампула на 1 флакон).

* Витаминотерапия:

Rp: Dragee Acidi ascorbinici 0,05 N 200

D.S.: По 2 драже 2 раза в день.

Rp: Dragee «Complivitum» N 60

D.S.: По 1 драже утром.

1. Немедикоментозное лечение:
* Иглорефлексотерапия.
* Физиотерапия (УВЧ и электрофорез с кальция хлоридом на гипогастральную область)

XIV. Дневники.

18.11.2004

Жалобы на резкую боль в нижних отделах живота, скудные кровянистые выделения из половых путей.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. АД = 110/80 мм рт. ст., ЧСС = 72 в минуту, температура 36,7ºС. Данные гинекологического осмотра: левые придатки инфильтрированы, резко болезненны при пальпации, правые – болезненны при пальпации, эластической консистенции, диаметр правого яичника 5 см. Результаты лабораторных исследований: СОЭ = 24 мм/ч, лейкоциты 12,4×109 /л, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, диспротеинемия.

Аппетит снижен. Стул, мочеиспускание не изменены, диурез 1,5 л.

24.11.2004

Отмечается положительная динамика в результате лечения (уменьшение интенсивности болей). Жалобы на умеренную боль в нижних отделах живота, скудные кровянистые выделения из половых путей.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. АД = 110/70 мм рт. ст., ЧСС = 68 в минуту, температура 36,6ºС. Данные гинекологического осмотра: левые придатки инфильтрированы, болезненны при пальпации, правые – болезненны при пальпации, эластической консистенции, диаметр правого яичника 5 см. Результаты лабораторных исследований: СОЭ = 20 мм/ч, лейкоциты 5,3×109 /л, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, диспротеинемия.

Аппетит снижен. Стул, мочеиспускание не изменены, диурез 1,5 л.

29.11.2004

Отмечается положительная динамика в результате лечения (уменьшение интенсивности болей до слабых, изменение характера и количества выделений из половых путей). Жалобы на незначительную боль в нижних отделах живота, скудные слизисто-гнойные выделения из половых путей.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. АД = 120/80 мм рт. ст., ЧСС = 64 в минуту, температура 36,6ºС. Данные гинекологического осмотра: левые придатки инфильтрированы, болезненны при пальпации, правые – болезненны при пальпации, эластической консистенции, диаметр правого яичника 4 см. Результаты лабораторных исследований: СОЭ = 15 мм/ч, лейкоциты 4,6×109 /л, небольшой палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, незначительная диспротеинемия.

Аппетит нормальный. Стул, мочеиспускание не изменены, диурез 1,5 л.

Курс антибактериальной терапии завершён в связи с достижением поставленного результата. Показано продолжение противовоспалительной терапии (ортофен, кальция хлорид 10 % по 10 мл в/в 1 р/д), рассасывающей терапии (магния сульфат 10 % в/в по 10 мл 1 р/д), витаминотерапии, немедикаментозного лечения.

XV. Этапный эпикриз.

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 18 лет находилась с 17.11.2004 по настоящее время в гинекологическом отделении родильного дома № 3 с жалобами на сильные постоянные режущие боли внизу живота, не иррадиирующие, постоянные слизистые выделения из наружных половых органов. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 72. Данные гинекологического осмотра: левые придатки инфильтрированы, резко болезненны при пальпации, правые – болезненны при пальпации, эластической консистенции, диаметр правого яичника 5 см. Результаты лабораторных исследований: СОЭ 24 мм/ч, лейкоциты 12,4×109 /л, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, диспротеинемия. Результаты мазка из влагалища: экссудат серозно-гнойный, лейкоциты сплошь, умеренное количество кокков и палочек. Результаты пункции дугласова пространства: мутный серозный экссудат с лейкоцитозом, не содержащий эритроцитов. Результаты УЗИ увеличение придатков с обеих сторон, умеренное количество жидкости в малом тазу. Выставлены следующие клинические диагнозы: *Острый двусторонний сальпингоофорит, стадия разрешения. Диффузный серозно-гнойный пельвиоперитонит.* Назначена антибактериальная, дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия и витаминотерапия. Динамика заболевания положительная. Боли значительно уменьшились, изменился характер выделений и уменьшилось их количество. 29.11.04 курс антибактериальной и дезинтоксикационной терапии завершён в связи с достижением желаемого результата. Назначена рассасывающая терапия (магния сульфат), показано продолжение противовоспалительной терапии (ортофен, кальция хлорид, витаминотерапии, немедикаментозного лечения.

XVI. Рекомендации.

1. Наблюдение у врача-гинеколога в женской консультации по месту жительства.
2. Обследование на инфекции, передающиеся половым путём.
3. Гормональная контрацепция («Три-регол» по схеме) для профилактики внематочной беременности и тубоовориальных образований.

XVII. Список литературы.

1. Бодяжина В. И., Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. – М.: Медицина, 1990.
2. Большая медицинская энциклопедия /ред. Б. В. Петровский, том 1. – М.: Советская энциклопедия, 1974.
3. Гинекология /ред. Л. Н. Василевская. – Ростов-на-Д.: Феникс, 2002.
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства, тома 1, 2. – М.: Новая волна, 2002.
5. Мельник А. А. Референтные значения лабораторных показателей у детей и взрослых. – К.: Книга-плюс, 2000.
6. Практический справочник акушера-гинеколога /ред. Ю. В. Цвелев. – СПб.: Фолиант, 1995.