***ФИО больной:***

***Возраст:*** 35 лет

***Профессия:***

***Дата поступления в стационар:***

***Диагноз направившего учреждения:*** Острый сальпингоофорит. Пельвиоперитонит

***Жалобы при поступлении:***

на ноющие боли внизу живота, повышение температуры до 38,40 С.

# Анамнез жизни

Беременность и срочные роды у матери протекали без осложнений. Родилась здоровым ребенком в срок. Росла и развивалась в раннем детском возрасте и в периоде полового созревания нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, детские инфекции, ГБ.

Эпиданамнез без особенностей. Малярией, болезнью Боткина не болела. С больными туберкулезом не контактировала. Трансфузий не было.

Аллергологический анамнез – без особенностей.

Наследственность – не отягощена.

Условия быта, питания и труда хорошие. Работа с действием вредных факторов не связана. Не курит. Выпивает по праздникам.

Группа крови АВ(IV), Rh+.

# Акушерско-гинекологический анамнез

1. Менструальная функция: менструации с 12 лет, установились сразу, по 7 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. После замужества, родов, абортов, перенесенных общих и гинекологических заболеваний их характер не изменился. Нарушений менструальной функции – нет. Последняя менструация с 01.05.2004 по 08.05.2004.
2. Половая функция: живет половой жизнью с 16 лет. В единственном браке с 18 лет, брак зарегистрированный. Мужу 38 лет, здоров. Венерическими заболеваниями не болела. Болезненности при половом сношении нет. Предохраняется от беременности ВМК (спираль стояла с 1994 года по 17.05.2004).
3. Детородная функция: беременностей – 3, родов – 1, абортов – 2. Роды – в 1993 году. Беременность, последовый и ранний послеродовый периоды протекали без особенностей. Имеет 1-го ребенка. Послеабортные периоды протекали без осложнений.
4. Секреторная функция: не нарушена. Патологических выделений больная не отмечает. Зуда в области наружных половых органов нет.
5. Функция соседних органов (мочевыделительной системы и кишечника): не нарушена.
6. Перенесенные гинекологические заболевания в прошлом: хронический аднексит, эрозия шейки матки (ДЭК).

# Анамнез заболевания

В течение одного месяца беспокоят боли внизу живота. В конце апреля принимала антибиотики в течение 10 дней.13.05.2004 боли усилились, больная вызвала бригаду СМП и была госпитализирована в 7 ГКБ.

# Данные общего исследования

Состояние больной средней тяжести. Сознание ясное. Телосложение нормостенического типа. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Оволосение по женскому типу. Отеков нет. Подкожножировой слой развит умеренно, равномерно.

Молочные железы развиты правильно, эластичной консистенции, уплотнений, пигментаций, патологических выделений из соска не обнаружено. Аксилярная температура – 39,80 С.

В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 20 в минуту.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД = 130/80 Hg. ЧСС = 82 в минуту.

Язык сухой, обложен белым налетом. При осмотре живота изменения формы, объема, патологических выпячиваний не отмечается. При пальпации живот напряжен, отмечается симптом мышечной защиты. Симптом раздражения брюшины слабоположительный.

Физиологические отправления в норме.

# Данные гинекологического обследования

####  Осмотр наружных половых органов

Оволосение по женскому типу. Половые губы плотно сомкнуты, половая щель закрыта. Патологические процессы (воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы, отечность) в области наружных половых органов отсутствуют. Слизистая оболочка вульвы и преддверия влагалища гладкая, влажная, бледно-розовая, выводные протоки парауретральных и бартолиниевых желез почти не заметны, выделения не видны. Патологические процессы в области заднепроходного отверстия отсутствуют.

####  Осмотр шейки матки, влагалища в зеркалах

Шейка матки цилиндрической формы и нормальной величины, без видимых патологических изменений, расположена по проводной оси таза. Слизистая оболочка влагалищной части шейки матки розовая, гладкая. Наружный зев закрыт, щелевидной формы, симптом “зрачка” слабоположительный (+). Слизистая оболочка влагалища розовая, складчатая, влажная, с небольшими рубцовыми изменениями. Выделения из половых путей гноевидные, обильные.

#### Влагалищное исследование

Ширина влагалищного входа – 2 поперечника пальцев. Складчатость слизистой выражена, уретра не уплотнена, безболезненна, выделения при массаже отсутствуют. Большие вестибулярные железы не увеличены. Своды свободны. Шейка плотноэластической консистенции, ограничено подвижна. Движения за шейку матки болезненны.

####  Двуручное влагалищно-брюшностеночное исследование

В связи с напряжением мышц брюного пресса пальпация матки и придатков с обеих сторон затруднена.

# Дополнительные методы обследования

*Общий анализ крови от14.05.2004 г.*

Эритроциты 4,27 \* 1012/л

Гемоглобин 124 г/л

Тромбоциты 226 \* 109/л

Лейкоциты 17,7 \* 109/л

 палочкоядерные 2%

 сегментоядерные 68%

 базофилы 0%

 эозинофилы 0%
 лимфоциты 22%

 моноциты 6%

 СОЭ 26 мм/ч

*Б/х крови от17.05.2004 г.*

Общий белок 74

Общий билирубин 4,1

Мочевина 5,0

Глюкоза 3,9

К 4,8

Nа 141

Са 0,998

*Исследование свертывающей системы крови от17.05.2004 г.*

Протромбин 77

Фибриноген 6.5

 *Исследование на наличие ВИЧ, гепатита В, С, сифилиса от 17.05.2004 г.*

Антитела к ВИЧ не обнаружены

Антитела к HCV не обнаружены

HbsAg не обнаружены

Серодиагностика сифилиса:

 с трепонемным АГ не обнаружены

 с кардиолипиновым АГ не обнаружены

 *ЭКГ от 17.05.2004 г.*

Синусовая тахикардия (ЧСС = 79 в минуту). Вертикальное положение ЭОС. Признаки повышенной нагрузки на левый желудочек.

 *УЗИ органов малого таза от 14.05.2004 г.*

Матка расположена в малом тазу нормально. Длина – 61 мм, ширина – 57 мм. Переднезадний размер – 56 см.

Контур матки: ровный.

М-ЭХО до 7 мм, неоднородное, контур нечеткий.

Яичники не визуализируются.

У ребра матки кзади визуализируется округлая жидкостная структура с множественными тонкостенными перегородками.

Жидкость в малом тазу.

# Диагноз и его обоснование

На основании жалоб больной (на ноющие боли внизу живота, повышение температуры до 38,4 С0), данных акушерско-гинекологического анамнеза (длительные (по 7 дней) менструации; 2 аборта, нахождение ВМК в полости матки в течение 10 лет), данных анамнеза заболевания (боли внизу живота в течение месяца, усиление болей перед госпитализацией), данных общего исследования(температура – 39,80 С, сухой, обложенный белым налетом язык; симптом мышечной защиты при пальпации, слабоположительный симптом раздражения брюшины), данных гинекологического обследования (гноевидные обильные выделения из половых путей, невозможность пальпапации матки и придатков из-за напряжения мышц брюшного пресса), данных дополнительного обследования (высокий лейкоцитоз, усоренное СОЭ, округлая жидкостная структура с множественными тонкостенными перегородками у ребра матки кзади) можно поставить диагноз: ***Острый сальпингоофорит с тубоовариальными образованиями на фоне длительного использования ВМК. Пельвиоперитонит.***

# Дифференциальный диагноз

Воспаление придатков матки при остром 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.

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.

Также следует дифференцировать острый сальпингоофорит от аппендицита. При последнем имеется миграция боли из эпигастральной области в правую подвздошную, болезненность в правой подвздошной области. Наличие перитонеальных симптомов, при влагалищном исследовании придатки матки не увеличены, безболезненны.

Также нужно дифференцировать острый сальпингоофорит с перекрутом и разрывом кисты яичника. Для второго характерно: клиника «острого» живота, появление боли над лобком, которая может охватывать также правую подвздошную область, боль иррадиирует в спину, промежность, распространяется на внутреннюю поверхность бедер. Наблюдается многократная рвота, мучительная тошнота рефлекторного характера, поллакиурия, учащенные позывы на дефекацию. Поведение больных беспокойное. При значительном кровотечении из стенки кисты появляются также симптомы внутреннего кровотечения: общая слабость, головокружение, шум в ушах, бледность кожных покровов, тахикардия. При исследовании живота в редких случаях удается пропальпировать кисту, отмечают некоторую резистентность и даже отчетливое защитное напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Температура тела в норме. Бимануальное исследование в этих случаях позволяет выявить округлую, с гладкой поверхностью, эластичную болезненную опухоль, которая достаточно отчетливо отделяется от матки и имеет ножку. Не изменяется также количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула крови.

Учитываются данные анамнеза и объективные данные: при остром сальпингоофорите - подострое начало, постепенное нарастание болей в нижних отделах живота, указание на внутриматочное вмешательство, связь с половым контактом или менструацией. Температура - субфебрильная или высокая лихорадка. При внематочной беременности характерна аменорея с последующими мажущими кровянистыми темными выделениями после задержки, как правило нет температурной реакции и имеется определенный болевой синдром: боли в правой или левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку или на внутреннюю поверхность бедер или с иррадиацией в правую надключичную область (френикус симптом), или с иррадиацией в надпеченочную область. Все сопровождается признаками анемии или кровотечения: головокружение, слабость, снижение АД. Также имеются положительные тесты на беременность. Перекрут ножки опухоли: характерны резко возникающие боли внизу живота, справа или слева, эти боли могут спровоцировать повышение внутрибрюшного давления в результате поднятия тяжестей или удара; тошнота, рвота. Может быть субфебрилитет. МКБ: для МКБ или пиелонефрита характерны боли в пояснице, иррадиирующие по ходу мочеточника, в паховую область.

Осмотр в зеркалах и бимануальное исследование: при наличии воспалительного процесса гнойные выделения, признаки кольпита или цервицита. При бимануальном исследовании матка плотная, нормальных размеров, с обеих сторон, либо с одной стороны - болезненные, увеличенные придатки. При движении за шейку матки слева направо - болезненность. Своды свободные. При внематочной беременности: темные, кровянистые выделения, шейка матки цианотична. При бимануальном исследовании матка мягкая, больше нормы может быть болезненная за счет действия прогестерона. Придатки увеличены только с одной стороны, определяется плотное образование. Своды могут быть утолщены
Перекрут ножки опухоли: осмотр в зеркалах информацию не дает. При бимануальном исследовании - матка нормальных размеров, справа или слева определяется резко болезненное образование, плотное, определенных размеров. МКБ: осмотр в зеркалах и бимануальное исследование ничего не дают.

# Лечение

Учитывая наличие тубоовариального образования в малом тазу, симптомов перитонита, повышение температуры до 39.80 С, картину клинико-лабораторных данных больной была проведена операция: ***Нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. Надвлагалищная ампутация матки с придатками. Санирование, дренирование брюшной полости.***

Лечение в послеоперационном периоде:

1. стол 1-ый хирургический
2. режим постельный
3. Контроль АД, ЧСС, диуреза, температуры
4. Наблюдение медицинского персонала
5. Лед на живот
6. Прозерин 1 мл подкожно для профилактики пареза кишечника
7. Гемодез 400 мл в/в капельно (коллоидный препарат для дезинтоксикационной терапии)
8. Раствор хлорида натрия 0.9% 400 мл
9. Дисоль 400 мл в/в капельно (кристаллоидный препарат для нормализации КЩС и восстановления электролитного состава)
10. Метрогил 100 мл в/в капельно (лечение анаэробной инфекции и инфекции, вызванной простейшими)
11. Анальгин 50% 2 мл + Димедрол 1% 1 мл 3 раза в день в/м (для снятия болевого синдрома)
12. Нистатин 500000 ЕД 4 раза в день (противогрибковый препарат)
13. Цефазолин 2 г 3 раза в день (антибиотик широкого спектра действия)
14. Витамин В1 1 мл в/м (общеукрепляющая терапия)

# 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.

В данном случае предраспологающим фактором стало длительное ношение внутриматочного контрацептива (10 лет) и, возможно наличие хронического аднексита.