ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Урологического больного

Возраст: 24 года

Семейное положение: Не замужем

Профессия: продавец, трудовой стаж: 3 года

Направлен: ГССМИ Адрес: Чернышевского 19–40 DS направившего учреждения: Почечная колика справа. DS: Почечная колика справа. Обострение хронического сальпингоофорита.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Жалобы на боли в правой поясничной области с иррадиацией в правую подвздошную область.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родилась в Литве 23 июня 1972 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 продавцом. Материально обеспечена, проживает в 3-х комнатной квартире с семьей из шести человек. Питание регулярное- 3 раза в день, полноценное, рациональное.

ПЕРЕНЕСЁННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Детские инфекции. ОРВИ. В 1989 году переломы ног. В 13 лет перенесла острый пиелонефрит. В 1991 году перенесла обострение хронического сальпингоофорита. В 1992 году перенесла послеродовой эндометрит.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

Не курит. Алкоголь не употребляет.

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Аллергические реакции на пищевые продукты не отмечает. Отмечает аллергические реакции на лекарственные вещества: антибиотики пенициллинового ряда.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию и туберкулёз отрицает. Последние 6 месяцев кровь не переливалась, у стоматолога лечилась, за пределы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Родители и ближайшие родственники здоровы. Мужа нет.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Первые месячные появились в 15 лет; установились сразу. Характер менструального цикла: 29–30 по 4–5 дней, менструации слабо болезненные, умеренные.

Половую жизнь начала с 16 лет вне брака. Взаимоотношения с родителями мужа удовлетворительные. Применяла механическую и биологическую контрацепцию. 7 месяцев не жила половой жизнью.

Имела 2 беременности. Первая в 1992 году закончилась срочными родами. Послеродовой период осложнился эндометритом. Вторая беременность была в начале 1996 года, закончилась медицинским абортом по социальным показаниям. Развитие заболевания связывает с сильным переохлаждением.

ТЕЧЕНИЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больной с момента появления болей с 31 марта. А также появились мажущие, скудные кровянистые выделения, продолжающиеся до очередной менструации. Наступившая менструация была обильная и длительная. Далее 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 больницы с предварительным диагнозом: «Нарушение менструального цикла. Подозрение на внематочную беременность». Возникновение заболевания больная связывает с длительным стрессом, длительным половым воздержанием и переохлаждением.

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 62 кг.

Сердечнососудистая 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 цилиндрической формы, эррозирована, умеренно гиперемирована. Наружный зев закрыт, овальной формы. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений. Выделения кровянистые, менструального характера, умеренные.

P.V. Шейка матки умеренно-подвижная, плотноэластическая, размером 3,5 см. Тело матки нормальных размеров, мягкое, безболезненное, расположено по центру. Слева пальпируется увеличенный эластический яичник. Справа утолщенные, болезненные придатки. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результаты лабораторных исследований:

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

Биохимический анализ крови.

Общ. белок 72 г./л

Альбумины 62

a1 3, a2 9, b 12, g 14

Калий 4,1 мкмоль/л

Креатинин 73 ммоль/л

Билирубин общ. 12 мкмоль/л

Сахар 3,9 ммоль/л

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

Цитологическое исследование.

Цервикальный канал – типический цервикальный эпителий, кровь. Шейка матки – типический плоский эпителий, кровь. Влагалище – преобладание промежуточных клеток, кариопикнотический индекс 35%.

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.

Результаты инструментальных исследований:

УЗИ органов малого таза.

Заключение: Мелкокистозные изменения правого яичника. Слева жидкость в трубе.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Полученные данные (жалобы на постоянные, умеренные, тянущие боли внизу живота, на расстройство менструального цикла – метроррагию, перенесенные женщиной послеродовой эндометрит и обострение хронического сальпингоофорита, болезненность при пальпации гипогастральной области, мягкая матка, увеличенный эластический левый яичник и утолщенные, болезненные правые придатки, лейкоцитоз, наличие жидкости в левой трубе на УЗИ) 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.

При осмотре в зеркалах обнаружена эррозированная и гиперемированная шейка матки, значит, в диагноз нужно включить эктопию шейки матки.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Почечная колика справа. Обострение хронического сальпингоофорита.

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.

Наиболее частым фоновым патологическим состоянием влагалищной части шейки матки является псевдоэррозия (эктопия). Существует точка зрения, согласно которой плоский многослойный эпителий, так же как и цилиндрический, образуется в псевдоэррозиях не путем механического перемещения, а в результате метаплазии так называемых резервных, или базальных, клеток в том или ином направлении. Эта теория не отрицает роли послеродовых разрывов и деформаций шейки матки, а также гормональных нарушений в возникновении очагов цилиндрического эпителия на ее поверхности.

ЛЕЧЕНИЕ

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

Больной необходим постельный режим. Холод на низ живота.

Так как матка мягкая и у больной маточное кровотечение, назначаем средства сокращающие матку. Препаратом выбора у больной является окситоцин.

Rp.: Sol. Oxytocini 1,0–10 ED

D.t.d.№6 in amp.

S. Вводить по 1 мл внутримышечно 2 раза в день.

Для остановки кровотечения и ограничения воспаления показаны препараты кальция. Назначаем кальция хлорид внутривенно, капельно.

Rp.: Sol. Calcii chloridi 1%-200 ml

D.t.d.№3

S. Вводить по 200 мл внутривенно, капельно, 1 раз в сутки.

Для лучшей остановки кровотечения вводим также гипертонический раствор глюкозы с витамином С.

Rp.: Sol. Glucosi 40%-10 ml

Sol. Acidi ascorbinici 5%-1 m

D.t.d.№10 in amp.

S. Вводить внутривенно, струйно по 10 мл глюкозы с 1 мл витамина С 2 раза в день.

Как противовоспалительное, дезинтоксикационное и десенсибилизирующее средство назначаем натрия тиосульфат.

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10 ml

D.t.d.№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» №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.