Особые отметки:

Группа крови I (0) Rh+ (положительная)

Непереносимость лекарственных веществ не выявлена.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф. И.О….

Возраст: 26 лет.

Пол: женский

Семейное положение: замужем.

Национальность: русская.

Образование: высшее.

Место постоянного жительства: с. Чикча ул. Новая дом 2

Место работы: ООО “Сургутгазпром”

Профессия: моляр.

Дата поступления в клинику: 25.04. 2006 год в 2235

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА ДЕНЬ КУРАЦИИ

Жалуется на ноющие боли в низу живота на месте послеоперационной раны.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА ДЕНЬ ПОСТУПЛЕНИЯ

Жалуется на тупые, тянущие, разлитые боли по всему животу, сухость во рту, повышение температура тела, учащённое болезненное мочеиспускание.

АНАМНЕЗ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ТРАВМЫ

Anamnesis morbid

Считает себя больной с 24.04.06 года, когда впервые стала отмечать боли в низу живота с обеих сторон. Лечилась дома, принимала таблетки “Пенталгин”, после которых боль прекращалась, но потом опять появлялась ноющая боль в низу живота с обеих сторон. На следующий(25.04.06год) день утром проснулась от болей в низу живота с обеих сторон, приняла таблетку и боль прекратилась. Но через 4-5 часов боли стали интенсивнее и приняли разлитой характер по всему животу и появилось болезненное мочеиспускание. Больная обратилась в фельдшерский – акушерский пункт по месту жительства, где после обследования дежурным врачом направили в МСЧ “Нефтяник” с Ds: Аппендицит не уточнённый. Минназарова Ильнара в 2235 25.04. 2006 год поступила в МСЧ “Нефтяник” по направлению с Ds: Аппендицит не уточнённый. После проведённого обследования и сдачи анализов: - Симптом Щеткина – Блюмберга – положительный:

УЗИ от 25.04.06 года:

Желчный пузырь: V 142,5 ml, содержимое однородное, стенки в норме.

Матка: размеры 10\*4\*4 см, эндометрит.

Яичники: с обеих сторон размером 3\*4 см.

Свободная жидкость в малом тазу.

Общий анализ мочи от 25.04.06 года:

Цвет утная.

Среда кислая.

Прозрачная.

Удельный вес 1020.

Белок отсутствует.

Сахар отсутствует.

Лимфоциты единичные.

Эпителиальные клетки 1-2 в поле зрения.

Общий анализ крови от 25.04.06

Эритроциты – 4.3. \*1012/л; Нb – 124 г/л; ЦП – 0,9;

Лейкоциты 8.4 \*109/л;

Б-0, Э-0, Ю-0, П-1, С-90, Л-8, М-1.

Тромбоциты – 280 \*109/л

Ht – 32%

СОЭ - 40 мм/ч

Заключение: Количество лейкоцитов повышено (10.3 \*109/л), т.е. имеет место лейкоцитоз, высокий процент палочкоядерных форм нейтрофилов, лимфопения. Резко укорочено СОЭ – 40 мм/ч.

Поставлен Ds: до операции: перитонит 2-й день.

после операции: острый двухсторонний сальпингоофорит, пельвиоперитонит.

После операции госпитализирована в гнойное отделение, состояние стабилизировалось, наблюдается положительная динамики от лечения.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Anamnesis vitae

Родилась 21.08. 1979 г, в Псковской области, Островской район, село Козлы. Условия детства и быта оценивает как удовлетворительные. Образование: среднее - закончила техникум, маляр. В детстве болела ОРЗ, грипп. В течение жизни АД в норме 120/80 мм. рт. ст. В семье родилась первым ребенком. Проживает в с. Чикча в благоустроенном доме. Семейное положение – замужем, трое детей (сын 7 лет, дочь 3 года и 6 месяцев) – дети ничем не болеют со слов больного. В 2000 году была доставлена скорой помощью в экстренном порядке в районную больницу по месту жительства с DS: Аппендицит. Ревматизм, туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Наследственных заболеваний нет. Вредные привычки: не курит. Не злоупотребляет крепким чаем и кофе. Наркотических веществ не употребляет – со слов больного.

Аллергологический анамнез не отягощён. Менструации начались с 13-и лет и установились сразу. Менструации идут по 6 дней, через 28 дней, умеренные, редко болезненные. Пол года назад – роды. Всего 3-е родов и 5-ть абортов. Половая жизнь с 17-ти лет. Венерические заболевания: хламидиоз, гонорея, уреоплазмоз, трихомоноз – отрицает.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Status praesens

Общий осмотр: общее состояние неудовлетворительное. Положение больного вынужденное - лежачие. Сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Рост - 160 см. Вес - 81 кг. Тип конституции нормостенический. Физические недостатки и аномалии развития отсутствуют. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, толщина кожной складки у рёберной дуги 2 см., около пупка 3 см. Кожные покровы бледно-розового цвета. Участков пигментации и депигментации не обнаружено. Тугор кожи не изменён. Сыпей, геморрагических явлений, не обнаружено. Наружные опухоли не выявлены. Сосудистых звёздочек не наблюдается. Волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. Цвет и влажность слизистых оболочек глаз, губ и полости рта без изменений. Высыпаний на слизистых оболочках не выявлено. Мышечная система развита удовлетворительно. Атрофии и гипертрофии мускулатуры визуально не выявлено. Тонус и сила мышц достаточные, уплотнений и участков болезненности нет. Внешне конфигурация суставов не изменена. Шумов при движении нет. Кости: форма правильная, деформации, болезненность при ощупывании и поколачивании – отсутствует.

Суставы: температура кожи над суставами одинакова, припухлость, болезненность при ощупывании, гиперемия отсутствует. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранён.

Лимфатические узлы: пальпируется правый поднижнечелюстной узел – овальной формы, мягкий, эластичный, безболезненный, не спаяны с окружающими тканями и кожей, диаметром 1см.

Пальпируется левый поднижнечелюстной узел – круглой формы, мягкий, эластичный, безболезненный, не спаяны с окружающими тканями и кожей, диаметром 0.5см.

Затылочные, околоушные, шейные, надключичные и подключичные, под мышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не обнаружены.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

При осмотре грудная клетка нормостенической формы, симметричная. Видимых деформаций визуально не обнаружено. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Частота дыхания 17 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Соотношение фаз вдоха и фаз выдоха не нарушено. Дыхание совершается бесшумно. Грудная клетка при сдавлении упругая. При пальпации целостность рёбер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при пальпации рёбер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук. При топографической перкуссии:

нижние границы лёгких по срединно-ключичной линии проходят по VI ребру,

по передним подмышечным - по VII ребру,

по средним подмышечным - по VIII ребру, а слева - по IX,

по лопаточным - по X ребру,

по задним подмышечным - по IX ребру,

по околопозвоночным - на уровне остистого отростка XI грудного позвонка,

подвижность нижнего легочного края по задним подмышечным линиям

6-7 см. с обеих сторон,

высота стояния верхушек правого и левого лёгкого спереди на 3 см. выше ключиц, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка,

ширина верхушек лёгких (поля Кренинга) - 6 см. с обеих сторон. При аускультации над лёгкими с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония отрицательна с обеих сторон.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

При осмотре верхушечный толчок не выявляется. Сердечный толчок, выпячивание в прекардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации визуально не обнаруживаются. Набухание ярёмных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. При пальпации верхушечного толчка: невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. (локализованный), расположен в 5-ом межреберье на 1,5 см. к нутри от левой срединно-ключичной линии. Совпадает во времени с пульсом на лучевых артериях. При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый (синхронный) на обеих руках, равномерный, ритмичный, с частотой 78 в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. При перкуссии правая граница относительной сердечной тупости на уровне 4-го межреберья проходит по правому краю грудины, верхняя граница относительной сердечной тупости определяется по левой окологрудинной линии, находится на III ребре, абсолютной сердечной тупости - на IV. Левая граница сердца на уровне V межреберья расположена на 2 см. кнутри от левой грудино-ключичной линии. Ширина сосудистого пучка на уровне II межреберья находится в пределах нормы (4 см). При аускультации тоны сердца ясные, шумы отсутствуют во всех точках аускультации. Соотношение громкости тонов не изменено. На периферических артериях шумы не выслушиваются. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. Разница его на правой и левой плечевых артериях не превышает 10 мм. рт. ст.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

При осмотре слизистая оболочка полости рта физиологической окраски, пигментаций и язв нет, влажная. Цвет дёсен розовый. Налёты, кровоточивость и изъязвления не наблюдаются. Язык на цвет бледно-розовый. Губы не изменены. Акт глотания не нарушен. При осмотре живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перестальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяется. Объективно: на нижнем этаже брюшной полости – гипогастрии (левая и правая подвздошная область и лобок) находится послеоперационная повязка (чистая, сухая), размерами 20\*15 см. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Отсутствует расхождение прямых мышц, пупочное кольцо не расширено. При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско: невозможно так как больная находится после операции. Перкутороные границы печени по правой срединно-ключичной линии: верхняя - на VI ребре, нижняя - по краю правой рёберной дуги. Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии - 10 см., по передней срединно-ключичной линии - 8 см., по краю левой рёберной дуги - 7 см. Селезёнка в положении лёжа не пальпируется. Перкуторные границы селезёнки по левой средней подмышечной линии: верхняя - на IX ребре, нижняя - на XI ребре (ширина притупления 5 см). Края селезёнки на уровне X ребра: задний - по лопаточной линии, передний - по передней подмышечной линии (длина притупления 7 см).

СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

При осмотре поясничная область не изменена. При пальпации почки в положениях сидя и лёжа не пальпируются. Поколачивание по пояснице в области XII ребра безболезненно с обеих сторон, симптом Пастернацкого – отрицательный. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Акт мочеиспускания безболезненный,3 – 4 раз в сутки. Моча жёлтая, без примесей. Преобладает дневной диурез.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Нарушения роста, телосложения, похудание, жажду, чувство голода, постоянное ощущение жара, потливость, ознобы, судороги, мышечную слабость, повышенную температуры тела, увеличенную массы тела – отрицает.

Пальпация щитовидной железы: не увеличена, безболезненна, плотной консистенции и не подвижна. Сосудистые шумы над железой не отмечены.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНОВ ЧУВСТ.

Общительная, уравновешенная, с ясным сознанием, ориентируется в местности и времени, быстро отвечает на заданные вопросы. Речь ясная, громкая.

Головных болей, головокружения отсутствуют со слов больного. Состояние психики: работоспособность, память, внимание, сон, его глубина нормальные со слов больного.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

перитонит 2-й день.

Ds реаниматолога: 2400часа. Состояние тяжёлое. Тяжесть обусловлена эндогенной интоксикацией и гиповолемией. Степень операционно - анестезиологического риска 3а. Премедикация: атропин 0.5 мг, димедрол 10 мг, фентанил 0.1 мг, сибазон 10 мг.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Данного заболевания: Для лечения требуется хирургическое вмешательство. Операция должна быть в экстренном порядке. Операция заключается в проведении двухсторонней трубэктомии (сальпингоэктомия).

План обследования.

Клинический минимум

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Анализ крови на RW

Анализ крови на ВИЧ

ЭКГ

Рентгенография грудной клетки

Специальные исследования:

Биохимический анализ крови.

Микроскопия влагалищного мазка

УЗИ органов малого таза.

Коагулограмма.

Мазок из цервикального канала

Лапароскопия

Прямокишечное - влагалищное исследование.

Этапы операции:

Лапаротомия нижнесрединным или надлобковым разрезом по Пфанненштилю.

Выведение матки в рану и фиксация её лигатурой или пулевыми щипцами.

Наложение (быстро) двух зажимов на изменённую маточную трубу: один – на трубу у угла матки, другой на мезосальпингс (брыжейку трубы) со стороны ампулярного отдела.

Отсечение трубы над зажимом, участки мезосальпингса под зажимами прошивают рассасывающимися шовным материалом (кетгутом, полигликолидом, дексоном и др.) и перевязывают.

Перитонизация культи маточной трубы за счёт круглой связки.

Установка трубочные дренажи в малый таз в левой и правой подвздошных областях.

Послойное ушивание операционной раны.

Выход из раны.

Общая тактика при данном заболевании: госпитализация в гинекологическое отделение, для выяснения тактики лечения (консервативно или оперативно). Обследование гинекологом. Взятие мазка на микрофлору и бакпосев из цервикального канала. Для выявления различной микробной ассоциации, включающие специфическую и неспецифическую флору.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

основной: Острый двухсторонний сальпингоофорит.

осложнения: Пельвиоперитонит (первичный местный неограниченный перитонит, токсической стадии, I степени тяжести).

ОБОСНАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Диагноз острый двухсторонний сальпингоофорит (аднексид) был поставлен на основе анамнеза, клинических данных, данных лабораторных исследований и результатов операции.

Пельвиоперитонит поставлен по данным УЗИ и результатов операции.



Лист назначения:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 26.04 | 27.04 | 28.04 | 29.04 | 30.04 | 1.05 |
| Постельный режим | + | + | + | + | + | + |
| Таб. Аскорутин 2 таб.3 раза в день, 14 дней. | + | + | + | + | + | + |
| Супп. Гексикон 1 супп.2-4 раз в день. вагинально | + | + | + | + | + | + |
| Таб. Кетарол 20 \* 3 раза в день в/м | + | + | + | + | + | + |
| Таб. Ципролет 500 1 таб.3 раза вдень. | + | + | + | + | + | + |
| Таб. Дикловит по 1 ректальной свече 1-2 раза в день. | + | + | + | + | + | + |
| Супп. Виферон-2 по 1 свече 3 раза в день, ректально. | + | + | + | + | + | + |
| УВЧ на место проекции придатков матки.5-7 процедур |  |  |  | + | + | + |
| Холод на низ живота | + |  |  |  |  |  |
| Гинекологический массаж, для предотвращения появления спаек. |  |  |  | + | + | + |
| Капсулы Аевит по 1 капс.2 раза в день, 14 дней. | + | + | + | + | + | + |

Послеоперационные осложнения:

Быстрое нарастание массы тела.

Диффузное увеличение молочных желёз.

Гипертрихоз.

Диффузное увеличение щитовидной железы в 15-25%.

Нарушение менструального цикла.

Протокол операции:

Ds: до операции: перитонит 2-й день.

Ds: после операции: Пельвиоперитонит (первичный местный неограниченный перитонит, токсической стадии, I степени тяжести), острый двухсторонний сальпингоофорит.

26.04.06 года Начало операции 0030, конец 130. длительность операции 1 час. Кровапотеря 5 мл.

Был выполнен эндотрахеальный наркоз. Разрез - лапаротомия нижнесрединная. Трубочные дренажи в малый таз в левой и правой подвздошных областях.

Дифференциальный диагноз:

Диагноз воспаления придатков матки основывается на данных анамнеза, особенностях клиники, изменений гематологмческих показателей.

Воспаление придатков матки в острой стадии дифферецировать приходится от острого аппендицита:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Воспаление придатков матки | Острый аппендицит |
| 1. Начало заболевания | постененное, обычно пред шествуют признаки гинекологического заболевания и анамнезе, недомогание, боли, бели | Внезапное появление резких болей с иррадиацией в правую подвздошную область и правое подреберье, тошнота, часто рвота |
| 2. Клинический анализ крови | Умеренное повышение числа лейкоцитов без тенденции к быстрому нарастанию, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ | Лейкоцитоз уже в первые часы заболевания, быстрое нарастание его (12-20-• 10"/л) с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево |
| 3. Данные влагалищного исследования | Наличие болезненною об разования с одной или обе их сторон от матки, резкая болезненность при попытке смещения матки | Болезненное образование не определяется, при пальпации заднего свода боли нет, смещения шейки матки безболезненны |
| 4. Симптомы Ровзинга, Щеткина - Блюмберга, Ситковского, напряжение мышц передней брюшной стенки | Отсутствуют или нерезко выражены. Симптом Щет- кина - Блюмберга и локаль ное напряжение мышц пе редней брюшной стенки могут иметь место | Все симптомы выражены отчетливо |
| 5. Симптом Промптова (локализация боли при ректальном исследовании) | Чувствительность позади ма точного углубления незна чительна, приподнимание матки резко болезненно | Болезненноегь в области позади маточного углубления, приподнимание матки почти безболезненно |
| 6. Изменения в состоянии больных при дальнейшем наблюдении | Постепенное затихание ос трых явлений под влиянием противовоспалительного об щего и местного лечения (антибиотики, лед на низ живота, свечи с белладон ной, покой) | Все признаки заболевания прогрессируют, общее состояние ухудшается, нарастают явления перитонита |

ЭПИКРИЗ

Минназарова Ильнара Саидовна 1979 года рождения 25.04. 2006 года в 2235 поступила в МСЧ “Нефтяник” по направлению с Ds: Аппендицит не уточнённый. После проведённого обследования и сдачи анализов поставлен предварительный Ds: перитонит 2-й день. Была произведена операция в экстренном порядке, после которой был поставлен клинический Ds: пельвиоперитонит (первичный местный неограниченный перитонит, токсической стадии, I степени тяжести), острый двухсторонний сальпингоофорит. Наблюдается положительный эффект от лечения. Рекомендовано: постельный режим, полноценное питание, антибиотикопрофилактика, покой и профилактика пролежней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Общая хирургия. С.В. Петров
2. Лекции по факультетской хирургии.
3. Хирургические болезни под редакцией М.И. Кузина.
4. Хирургия. Д.Ф. Скрипниченко
5. Современная гинекология под редакцией В.А. Полякова.