***I. Паспортная часть.***

1. Ф.И.О.

#### Туренко Людмила Алексеевна

1. Возраст

 19 лет

###### Пол

 женский

##### Профессия

бухгалтер.

###### Домашний адрес

Ст. Брюховецкая ул. Герасименко д. 74.

###### Время поступления в клинику

7. 04. 99.

###### Диагноз при поступлении

Киста правого яичника.

***II. Данные субъективного обследования***

 ***Жалобы больного:***

На нерегулярные и очень болезненные менструации. Боли локализуются внизу живота и имеют интенсивный характер.

***Анамнез заболевания:***

Считает себя больной с декабря 1997 года, т. к. больная отметила нарушение менструального цикла, которое проявлялось в том, что менструации задерживались на неделю или две, в первые дни менструации возникала очень сильная боль внизу живота, больная даже могла потерять сознание. 1.06.99. после того как во второй раз потеряла сознание(первый раз в предыдущую менструацию), экстренно поступила в ККБ, где был поставлен диагноз: Киста правого яичника. Врач рекомендовал хирургическое лечение. После купирования болей отправил домой и назначил время консультации. За это время должна была пройти менструация. Но когда больная приехала, то он ей сказал, что в операции необходимости нет, и был проведён курс лечения диклофенаком в течение 10 дней и «Дюфастоном» в течение 3 месяцев. Менструации были регулярными, безболезненными во время лечения, после отмены препарата снова нарушился менструальный цикл, и появились интенсивные боли. Обратилась на консультацию в ЦМР. С 10.03.99. по 26.03.99. прошла курс рассасывающей терапии в стационаре ЦМР. Были назначены: гентамицин, диклофенак, глюконат кальция, алоэ, аутогемотерапия, физиопроцедуры (электрофорез с лидазой). Было рекомендовано оперативное лечение. 7.04.99. поступила в ЦМР для хирургического лечения.

***Анамнез жизни:***

Наследственность не отягощена.

 Родилась в срок. Вскармливалась естественно. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Ходить начала в 11 мес. В психомоторном развитии не отставала от сверстников.

 Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, эпидемический паротит, часто болела ОРЗ.

Гемотрансфузии отрицает. Аллергических реакций не было.

В 1990 году произведена аппендэктомия, 1990 году и в 1993 – аденоидэктомия, 1995 год - выравнивание носовой перегородки. Операции прошли без осложнений.

 Mensis с 12 лет, нерегулярные, продолжительность 7 дней, через 35 – 42 дня, болезненны в первые 2 дня с первой менструации, обильные. Последняя менструация 28.03.99.

Живёт половой жизнью с 18 лет вне брака. С начала половой жизни менструальная и выделительная функции не изменились. Противозачаточные средства не применялись.

Беременностей не было.

23.12.97. экстренно произведена операция по поводу разрыва кисты левого яичника, заживание шва вторичным натяжением.

Туберкулёз, ЗППП, вирусный гепатит, психические заболевания у себя и родственников отрицает.

Вредных привычек не имеет.

Условия труда и быта хорошие.

 ***III. Данные объективного исследования.***

 ***Общий осмотр.***

Состояние больной удовлетворительное**.** Положение активное. Сознание ясное. Температура тела 36,7οС. Телосложение правильное, пониженного питания. Рост 165 см , вес 50 кг . Кожные покровы физиологической окраски, чистые, тургор нормальный. Кровоизлияний на коже и слизистых оболочках нет. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, мускулатура развита умеренно. Отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не визуализируется. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

 ***Органы дыхания.***

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный . ЧДД 16 в минуту . Форма грудной клетки нормостеническая , деформаций нет , при пальпации безболезненна . Перкуторно - ясный легочной звук . Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание , хрипов нет .

 **Нижние границы лёгких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Линии |  Справа |  Слева |
| Парастенальная |  V межреберье |  V межреберье |
| Срединно-ключичная |  VI ребро |  VI ребро |
| Передняя подмышечная  |  VII ребро |  VII ребро |
| Средняя подмышечная |  VIII ребро |  VIII ребро |
| Задняя подмышечная |  IX ребро |  IX ребро  |
| Лопаточная |  X ребро |  X ребро |
| Околопозвоночная |  Остистый отросток XI грудного позвонка |

 ***Сердечно-сосудистая система.***

 Выпячиваний и пульсации сонных артерий нет. Пальпаторно верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии . Сердечный толчок не определяется . Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Граница* | *Относительная тупость* | *Абсолютная тупость* |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины  |
| Верхняя | Верхний край III ребра  | Хрящ IV ребра |
| Левая | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии |

 Поперечник сердца - 11 см. Конфигурация сердца не изменена.

 *Аускультативно*. Тоны сердца громкие , ритмичные . Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту , патологические шумы не выслушиваются .

 Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм.рт.ст.

 ***Пищеварительная система.***

 Язык влажный, чистый. Зев нормальной окраски . Форма живота обычная . Видимая перистальтика отсутствует .

 При поверхностной пальпации живот мягкий, зон повышенной кожной чувствительности нет; расхождения прямых мышц живота, феномен «мышечной защиты» отсутствуют; симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

 При глубокой методической пальпации: сигмовидная кишка прощупывается в виде урчащего валика, безболезненна; слепая кишка пальпируется в виде цилиндра толщиной в 2 пальца, безболезненна; подвздошная кишка урчит; поперечно-ободочная кишка легко передвигается вверх и вниз. Инфильтратов , опухолей нет .

 Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненна. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см .

 Желчный пузырь не пальпируется.

Поджелудочная железа и селезёнка не пальпируется.

Стул без особенностей.

 ***Мочеполовые органы.***

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости не выявленно. Напряжения поясничных мышц нет . Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон . Мочевой пузырь не пальпируется . Дизурических расстройств нет .

 ***Эндокринная система.***

 Щитовидная железа при осмотре не визуализируется. Вторичные половые признаки соответствуют возрасту и полу. Оволосение по женскому типу.

**Нервная система.**

Сознание ясное ориентирована в месте, времени и ситуации. Внимание устойчивое, память на текущие и прошлые события сохранена. Мышление логичное, речь последовательная. Менингеальные симптомы отрицательные. Патологии со стороны ЧМН, чувствительной и двигательной сфер не выявлено.

**Гинекологическое исследование.**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу, большие губы прикрывают малые половые губы, рубцов и деформаций нет. Слизистая входа во влагалище бело-розового цвета, уретра не изменена. Бартолиновы и парауретральные железы без особенностей.

### **В зеркалах:** слизистая влагалища чистая, розового цвета, складчатость слизистой сохранена. Выделения слизистые. Шейка матки коническая, слизистая чистая, розового цвета. Наружный зев точечный.

###  **Бимануальное влагалищно-брюшностенное исследование:** слизистая влагалища складчатая, стенки растяжимые, рубцовых изменений нет. Матка в anteflexio, нормальной величины и формы, плотная, ограничено подвижная, безболезненная. Придатки слева тяжисты, справа и позади матки определяется опухолевидное образование 6х5 см тугоэластической консистенции, безболезненное. Своды свободные.

**Предварительный диагноз и его обоснование.**

На основании жалоб больной (на нерегулярные и очень болезненные менструации), анамнеза заболевания (считает себя больной с декабря 1997 года, когда менструации стали очень болезненными и нерегулярными, во время которых больная могла потерять сознание, ощущала слабость, головокружение, перемены настроения. 1.06.99. экстренно поступила в ККБ, где был поставлен диагноз: Киста правого яичника. Был проведён курс лечения диклофенаком, назначен «Дюфастон» в течение 3 месяцев. Менструации были регулярными, безболезненными во время лечения, после отмены препарата снова нарушился менструальный цикл, и появились интенсивные боли. Обратилась на консультацию в ЦМР. С 10.03.99. по 26.03.99. прошла курс рассасывающей терапии в стационаре ЦМР. Были назначены: гентамицин, диклофенак, глюконат кальция, алоэ, аутогемотерапия, физиопроцедуры (электрофорез с лидазой). Было рекомендовано оперативное лечение), анамнеза жизни (mensis с 12 лет, нерегулярные, продолжительность 7 дней, через 35 – 42 дня, болезненны в первые 2 дня с первой менструации, обильные; 23.12.97. экстренно произведена операция по поводу разрыва кисты левого яичника, заживание шва вторичным натяжением), результатов гинекологического исследования (придатки слева тяжисты, справа и позади матки определяется опухолевидное образование 6х5 см тугоэластической консистенции, безболезненное) можно поставить предварительный диагноз: КИСТА ПРАВОГО ЯИЧНИКА.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

* **Общий анализ крови 5.04.99 г.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Эритроциты* | ***3.6х1012/л*** |
| *Гемоглобин* |  ***118.5 г/л*** |
| *Цветной показатель* | ***0.9*** |
| *Тромбоциты* |  ***300000*** |
| *Лейкоциты* |  ***4.1х109/л*** |
| *Базофилы* |  ***---***  |
| *Эозинофилы* |  ***1 %*** |
| *Нейтрофилы: Миэлоц .* |  ***---*** |
|  *Юные* |  ***---*** |
|  *Палочкоядерные* |  ***4 %*** |
|  Сегментоядерные |  ***65 %*** |
| *Лимфоциты* |  ***23 %*** |
| *Моноциты* |  ***7 %*** |
| *СОЭ* |  ***15 мм/час***  |

* **Общий анализ мочи 8.04.99г.**
1. цвет светло жёлтый
2. реакция кислая
3. удельный вес 1017
4. прозрачность п/п
5. белок нет
6. сахар нет
7. ацетон нет

 Микроскопия осадка .

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-1-2 в п/з
3. Лейкоциты 5-3-3 в п/з
4. Эритроциты отр.
5. Цилиндры 0-2-1 в п/з

Гиалиновые

Зернистые

 5. Кл-ки почечного эпителия отр.

1. Слизь +++
2. Бактерин отр.
3. Соли отр.
* **МОР 5.04.99 г.**

***отрицательная***

* **Мазок из влагалища 6.04.99 г.**

Лейкоциты 8-12

Эпителиальные кл-ки 1-3

Флора - смешанная

* **Мазок на gn, trich**

Отрицательный

* **исследование свёртывающей системы крови 7.04.99 г.**

толерантность плазмы к гепарину – 7мин

рекальцинация плазмы – 15''W16''

протромбиновое время – 105''

степень тромботеста – 4 степень

фибринолитическая активность – 3 часа

общий фибриноген –2,6 г/л

фибриноген ''В'' – отриц.

* **Исследование крови на резус - принадлежность 7.04.99 г.**

 АВ (IV) Rh «+»

* **Глюкоза крови 6.04.99 г.**

5,6 ммоль/л

* **Исследование сыворотки крови 6.04.99 г.**

Биллирубин 17,101мкмоль/л

Общий белок 74 г/л

Белковые фракции - нет расстройства

* **ЭКГ**

Ритм синусовый, замедленный. Нормальное положение электрической оси. Замедленная внутрижелудочковая проводимость по правой ножке п. Гисса.

* **ЛОР-врач:**

Перфорация носовой перегородки. Синехии н/носового хода.

* **Стоматолог:**

Полость рта санирована.

**Дифференциальный диагноз.**

Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с серозной (цилиоэпителиальной) гладкостенной кистомой. Как и при кисте, так и при кистоме отмечаются боли в нижних отделах живота и в пояснице, а так же при относительно больших размерах или межсвязочно расположенные опухоли возникают дизурические явления. Но кистома чаще обнаруживается в возрасте 45 лет, тогда как киста возникает чаще в молодом возрасте. Киста при бимануальном исследовании имеет меньшие размеры, чем кистома. Кистома не обладает гормональной активностью, следовательно менструальный цикл при ней не нарушен, тогда как при кисте отмечается его нарушение. Но решающее значение в дифференциальной диагностике имеет гистологическое исследование. Так же фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с субсерозной миомой на ножке. Миома чаще возникает у женщин 30 – 35 лет и старше, тогда как киста возникает чаще в молодом возрасте. При бимануальном влагалищно-брюшностенном исследовании у больных с миомой находят увеличенную и болезненную матку, а у нашей больной, в результате влагалищно-брюшностенного исследования определяется – матка нормальной величины, плотная, безболезненная. В крови при субсерозной миоме отмечают лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ, чего нет у данной больной. В процессе диагностического поиска возникает необходимость дифференцировки фолликулярной кисты от дермоидной. Дермоидная киста как и фолликулярная чаще встречается в молодом возрасте, симптомы этих заболеваний схожи. При влагалищном исследовании женщин с дермоидной кистой определяется опухолевидное образование неравномерной консистенции, с неровной поверхностью, которая как правило располагается сбоку и кпереди от матки и обладает большой подвижностью. А у нашей больной справа и позади матки определяется опухолевидное образование тугоэластической консистенции с гладкой поверхностью.

**Окончательный диагноз и его обоснование.**

 На основании предварительного диагноза, проведённого дифференциального диагноза можно поставить окончательный клинический диагноз:

**Киста правого яичника.**

**Этиология и патогенез данного заболевания.**

Ретенционные кисты яичников представляют собой образование в результате накопления жидкости в соответствующей полости. Увеличение размеров кисты происходит не за счёт размножения клеточных элементов, а в результате накопления жидкости, являющейся транссудатом плазмы крови. Кисты яичников встречаются в любом возрасте, но чаще у молодых женщин. Фолликулярная киста яичника наблюдается наиболее часто.

 Патогенез связан со снижением эстрогенной функции яичников, что приводит к возрастанию уровня гонадотропных гормонов, при чём изменяется соотношение между ЛГ и ФСГ в сторону повышения уровня последнего. Также имеют значение воспалительные процессы.

 Фолликулярная киста в своём развитии проходит несколько стадий. Под влиянием ФСГ фолликулы в яичниках увеличиваются в размерах. Один из фолликулов увеличивается особенно значительно. Образоваавшеяся киста растёт за счёт полости фолликула. Кисты могут образовываться из атрезированных и персистирующих фолликулов. Полость кисты заполнена гомогенным светлым содержимым, мало чем отличающимся от секрета нормального фолликула. В этой стадии развития внутренняя поверхность кисты выстлана хорошо сохранившимися гранулёзными клетками. Внутренняя оболочка кисты утолщается, клетки её увеличиваются в размерах, ядра набухают, протоплазма клеток вакуолизируется. Наружная оболочка заметно не изменяется. Следующая стадия развития кисты характеризуется различными дистрофическими и атрофическими изменениями гранулёзных клеток. Наступает вакуолизация протоплазмы, пикноз и распад ядер на мелкие глыбки хроматина. В аналогичные процессы вовлекается и внутренняя оболочка. В результате этого киста превращается в тонкостенную полость, заполненную жидким секретом. Фолликулярные кисты не активны в отношении продукции гормонов (эстрогенов). Нередко в одном яичнике наблюдается несколько кист, находящихся в разных стадиях развития.

**Лечение.**

**I.**ХИРУРГИЧЕСКОЕ. 8.04.99.

 *Премедикация*: Сибазон 0,5%-2 мл

 Атропин 0,1%-0,5 мл

 *Анестезия:* NO2 – O2 = 4 – 2 л/мин

 Сибазон

 Фентанил

 Калипсон

 *Протокол операции:* начало операции 9.50 – конец 11.30

ЛАПОРОТОМИЯ С ИССЕЧЕНИЕМ СТАРОГО РУБЦА: ВЫЛУЩИВАНИЕ КИСТЫ ПРАВОГО ЯИЧНИКА.

Под эндотрахеальным наркозом, после соответствующей обработки рук хирургов и операционного поля, брюшная полость вскрыта разрезом по Пфанненштилю с иссечением старого рубца.

***Обнаружено:*** к передней брюшной стенке припаян сальник на всём протяжении от пупка до входа в малый таз. Правый яичник размерами 6,0х5,0 см с тонкой капсулой, труба без особенностей. Матка в грубых спайках с сальником, кишечником. Левые придатки в спайках с сальником и кишечником.

***Диагноз во время операции:*** спаечный процесс в брюшной полости. Киста правого яичника.

***Произведено:*** правые придатки извлечены из брюшной полости, после чего капсула кисты острым и тупым путём выделена из ложа. На ножку капсулы наложен зажим, капсула отсечена. Яичник ушит отдельными кетгутовыми швами. Контроль. Гемостаз. Туалет брюшной полости. Счёт салфеток и инструментов. Операционная рана зашита послойно: брюшина и мышцы сведены непрерывными, апоневроз узловатыми швами, пжк и кожа – лавсановыми швами, проведёнными через края разреза.

*Продолжительность операции 1час 40 мин.*

Общая кровопотеря 100 мл

***Макропрепарат:*** содержимое – серозная жидкость, капсула гладкая.

***Результаты патологоанатомического исследования*** (12.04.99.):

*Характер материала* – капсула кисты правого яичника, ткань яичника, рубцовая ткань.

Простая серозная киста. В яичнике мелкие фолликулярные кисты. Рубцовая ткань.

**II.** КОНСЕРВАТИВНОЕ.

1. Холод, груз на живот, круговые банки в 22.00, касторовое масло 30 мл per

оs.

2. Стол № 15

1. Противоспалительная терапия с целью профилактики послеоперационных осложнений:

Ампициллин 1,0х3 раза в/м N7. Активен в отношение Г “ + “ и ряда Г “ – “ микробов, расматривается, как антибиотик широкого спектра действия и применяется при заболеваниях, вызванных смешанных инфекцией.

Rp.: Ampicillini – natrii 0,5

 D.t.d. N 14

 S. Содержимое 2-х флаконов растворить в 4-х мл воды для инъекций и вводить в/м 3 раза в день.

1. Обезболивающая и противоспалительная терапия:

Sol. Analgini 50% - 2,0

 ⎬ в/м 4 раза в день

Sol. Dimedroli 1% - 1,0

Анальгин обладает выраженным анальгезирующим и жаропонижающим эффектом. Анальгезирующее действие обуславливается подавлением биосинтеза медиаторов боли. Димедрол, являясь блокатором гистаминовых рецепторов, обладает противоаллергической активностью, оказывает местноанатсезирующее, спазмолитическое и умеренное ганглиоблокирующее действие.

Промедол 2,0%х 1,0 мл в/м. Синтетический наркотический анальгетик, уменьшает восприятие ЦНС болевых импульсов.

Rp.: Sol. Promedoli 2% - 1 ml

 D.t.d. N 6 in amp.

 S. По 1 мл в / м.

1. Для профилактики атонии кишечника и мочевого пузыря:

Прозерин 0,05% 1,0х 2 раза в день в/м. Обладает сильной антихолинэстеразной активностью оказывает преимущественное влияние на периферическую нервную систему.

Rp.: Sol. Proserini 0,05%-1ml

 D.t.d. N 4 in amp.

 S. По 1 мл 2 раза в день в/м.

**Дневник.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8.04.99.г.****t 37,0оС****АД 110/70 мм.рт.ст.****Рs 74 уд/м****ЧДД 16 в /** | **Жалобы:**на боли в области послеоперационной раны.При осмотре:**В лёгких -** везикулярное дыхание , хрипов нет .**Сердце -** тоны ясные , ритмичные . Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Повязка сухая, чистая. Перистальтика выслушивается. Моча по катетеру 350 мл, светлая. Выделений из половых путей нет.   | **Лечение:**1. Стол N 0
2. Режим палатный
3. Холод, груз на живот
4. Круговые банки в 22.00
5. Касторовое масло 30 г per os
6. С обезболивающей целью промедол 2% - 1мл по показаниям.
7. Ампициллин 1,0 х 3 раза в/м.
8. Анальгин 50% - 2,0

Димедрол 1% - 1,0 В/м 4 раза в день.* Прозерин 0,05%-1,0 х

 2 раза в/м. |
| **11.04.99г.****t 36,8оС****АД 120/70 мм.рт.ст.****Р 70 в /****ЧДД 16 в /** | **Жалобы:**На незначительные боли в области послеоперационного шва. Повязка сухая, чистая. **В лёгких -** везикулярное дыхание .**Сердце -** тоны громкие , ритмичные.Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационного шва. Газы не беспокоят. Мочится сама. St. genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и парауретральные ходы без особенностей. В зеркалах: шейка матки чистая, коническая. Выделения слизистые. Бимануально: матка в anteflexio – versio, нормальной величины плотная, ограничено подвижная. Придатки слева тяжистые, справа не определяются.  | **Лечение:*** Стол № 15
1. Ампициллин 1,0 х 3 раза в/м.
2. Анальгин 50% - 2,0

Димедрол 1% - 1,0 В/м 4 раза в день.**Рекомендовано:** УФО п/о шва. |
| **16.04.99г.****t 36,6оС****АД 115/65 мм. рт.ст.****Р. 70 в /****ЧДД 15 в /** | **Жалобы:**На тянущие боли в области п/о шва.**В лёгких -** везикулярное дыхание .**Сердце -** тоны громкие , ритмичные .Повязка сухая и чистая.Живот мягкий безболезненный.St. genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и парауретральные ходы без особенностей. В зеркалах: шейка матки чистая, коническая. Выделения слизистые. Бимануально: матка в anteflexio – versio, нормальной величины плотная, ограничено подвижная. Придатки слева тяжистые, справа не определяются.Стул и диурез в норме. | **Лечение:**1. Стол N 15
2. УФО п/о шва.
3. Швы сняты.
 |

 ***Эпикриз.***

Больная Туренко Людмила Алексеевна, 19 лет, поступила 7.04.99. с жалобами на нерегулярные болезненные менструации. На основании предварительного, дифференциального диагноза был поставлен окончательный клинический диагноз: киста правого яичника. 8.04.99. была произведена операция: лапоротомия с иссечением старого рубца: вылущивание кисты правого яичника. Послеоперационный период протекал без осложнений назначен курс противовоспалительной терапии. Швы сняты на 8 день. Заживание раны первичным натяжением.

Рекомендовано: избегать тяжёлых физических нагрузок.

Прогноз: для жизни и репродуктивной функции – благоприятный.

 ***Использованная литература .***

1. **ГИНЕКОЛОГИЯ.**

Под ред. проф. Л.Н. Василевской

 М. Медицина 1985 г.

1. **акад. Петровский Б.В.**

 **БМЭ**

М. Советская Энциклопедия 1978 г.

**3. Кукес В.Г.**

 **КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 г. стр . 131-134 , 380-383

4. **Справочник ВИДАЛЬ**

АОЗТ М. АстраФармСервис 1996 г.