**1. Жалобы**

На момент госпитализации предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота

**2. История заболевания (Anamnesis morbi)**

В течении последних 6 месяцев стали беспокоить тянущие боли внизу живота. Обратилась к гинекологу. На узи от 26.01.2015 - дермоидная киста левого яичника. Обследована. Направлена на госпитализацию в гинекологическое отделение городской клинической больницы №10 для проведения планового оперативного лечения.

**3. История жизни больного (Anamnesis vitae)**

Родилась в Азербайджанской респулике в 1984 году. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Росла и развивалась нормально. Пациентка первый и единственный ребенок в семье. В школе училась хорошо, окончила 11 классов. В настоящий момент не работает.

Жилищные условия в настоящее время удовлетворительные.

Вредные привычки отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевые продукты, бытовые аллергены отрицает.

Перенесенные заболевания: ОРВИ

**4. Гинекологический анамнез**

1. Менструальная функция:

· Первая менструация: 15 лет

· Менструации регулярные через 28 дней

· Длительность: 5 дней

· Первый день менструаций сопровождается болью.

· С началом половой жизни длительность, периодичность менструаций не изменились.

· Дата последней менструации: 17.02.15

2. Секреторная функция:

· Первые выделения появились в 15 лет.

· Выделения в умеренном количестве жидкие, прозрачные, без запаха, не раздражают окружающие ткани.

3. Половая функция:

· Половая жизнь с 20 лет.

· Состоит в браке.

· В настоящее время живет половой жизнью, имеется постоянный половой партнер.

· Во время полового акта болевых ощущений, кровянистых выделений из влагалища не отмечает.

· Способ контрацепции: презервативы.

4. Детородная функция:

В 2007 году срочные роды

**5. Настоящее состояние (Status presents)**

Общее состояние удовлетворительное, положение больной активное, сознание ясное, лицо спокойное, телосложение пропорциональное, рост 164 см, вес 60 кг, нормостеник. Походка ровная. Температура тела 36,6оС

Кожные покровы обычной окраски.

Видимые слизистые губ, полости рта, носа, глаз светло-розового цвета. Высыпания на слизистых отсутствуют. Сухости слизистых нет.

Подкожная клетчатка развита умеренно, отложения жира равномерные. Отеки отсутствуют.

Лимфатическая система: подчелюстные лимфатические узлы размером с чечевицу, подмышечные узлы пальпируются размером с горошину, паховые - размером с фасолину. Затылочные, надключичные, подключичные, околоушные, локтевые лимфатические узлы не пальпируются. Лимфатические узлы имеют мягкую консистенцию, не увеличены, с окружающими тканями и между собой не сращены, при пальпации безболезненны. Состояние кожи над пальпируемыми узлами без изменений.

Мышцы развиты умеренно, равномерно. Тонус сохранен, сила хорошая. Болезненность при пальпации, уплотнения в мышцах, местные гипертрофии, атрофии отсутствуют.

Кости черепа, позвоночника, конечностей без особенностей. Болезненности при пальпации и поколачивании грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков нет.

Суставы. Боли во всех суставах отсутствуют. Движения во всех суставах активные, свободные.

Система органов дыхания

Жалоб нет.

Дыхание свободное. Голос чистый, болей при разговоре и глотании нет.

Легкие: болей в грудной клетке нет. Одышка, удушье отсутствуют.

Осмотр грудной клетки: форма грудной клетки нормостеническая, надчревный угол равен 90о. Грудная клетка симметричная, выбухания или западения половины грудной клетки нет. Ширина межрёберных промежутков и направление рёбер не изменены. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. ЧДД 16 в минуту.

Пальпация грудной клетки: болезненности при пальпации грудной клетки нет. Резистентность грудной клетки обычная. Голосовое дрожание не изменено.

Перкуссия грудной клетки: при сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук над симметричными участками.

При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких спереди над ключицей по 3 см с обеих сторон, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренинга по 5 см с обеих сторон.

Нижняя граница легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ПРАВОЕ | ЛЕВОЕ |
| Окологрудинная линия | Пятое межреберье |  |
| Среднеключичная линия | 6 ребро |  |
| Передняя подмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Аускультация легких: аускультативно над всей поверхностью легких дыхание везикулярное. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена.

Система органов кровообращения

Боли в области сердца отсутствуют. При пальпации артерии мягкие. Артериальный пульс одинаковый на обеих лучевых артериях - 76 уд/мин, ритм правильный, одинаковый, дефицита пульса нет, форма пульсовой волны обычная, пульс обычного наполнения, нормальной величины.

Артериальное давление 110 /70 мм. рт. ст.

Осмотр области сердца: при осмотре области сердца сердечный, верхушечный толчок и эпигастральная пульсация не определяются, сердечного горба не выявлено.

Пальпация сердечной области: верхушечный толчок не определяется. Сердечный толчок, дрожание в области сердца, пульсация в эпигастральной области отсутствуют.

Аускультация: тоны сердца ясные, ритмичные. Расщепления и раздвоения тонов нет. Патологические тоны и шумы не выслушиваются.

Система органов пищеварения

Расспрос: жалоб нет. Аппетит сохранен. Глотание свободное, безболезненное. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба светло-розового цвета, без повреждений и наличия сыпи. Язык светло-розовой окраски, не обложен. Зев обычной окраски, без налета. Миндалины не увеличены. Глотка обычной окраски, слизистая гладкая

По данным ориентировочной поверхностной пальпации живота тонус брюшных мышц обычный; брюшная стенка мягкая, податливая. Живот безболезненный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Состояние пупка, мышц, белой линии живота без патологических изменений. При перкуссии живота свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено Печень. Видимого увеличения печени нет. Размеры печени по Курлову - по правой среднеключичной линии - 9 см, по срединной линии - 8, по левой рёберной дуге - 7 см. При пальпации край печени гладкий, закругленный, безболезненный.

Система органов мочевыделения

Жалоб нет. Мочеиспускание свободное. Частота мочеиспускания - 4-6 раз в сутки. Диурез обычный. Боли в области почек нет Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система

Жалоб нет. Видимого увеличения щитовидной железы не отмечается. Пальпаторно щитовидная железа плотной консистенции, безболезненна, не увеличена.

Нервная система

Расспрос: жалоб нет. Память хорошая. Сон хороший. Обоняние и вкус не изменены. Зрачки круглой формы, на свет реагируют. Слух не снижен. Речь чистая. Координация движений сохранена

**6. Гинекологический статус**

Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, развито умеренно. Гиперемии, отека, болезненности, рубцов, в области промежности не отмечается. Целостность девственной плевы нарушена.

Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах: слизистая оболочка розовой окраски, шейка деформирована, зев закрыт. Дополнительных образований не обнаружено.

Бимануальное исследование:

· Шейка матки плотная, коническая.

· Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, положение - антефлексио.

· Придатки матки справа не определяются. Слева определяется образование d=4,5 см. Выделения светлые, жидкие, без запаха.

**. Предварительный диагноз**

На основании:

· Жалоб: на тянущие боли внизу живота.

· Анамнеза заболевания: наблюдается у гинеколога регулярно. Последний год отмечала малоинтенсивные, тупые, неиррадиирующие боли внизу живота. За помощью не обращалась. За последнюю неделю боли усилились, в связи с чем обратилась к гинекологу по месту жительства. Было произведено ультразвуковое исследование органов малого таза (26.01.15), заключение: дермоидная киста левого яичника.

· Гинекологического статуса: придатки матки справа не определяются, слева определяется эластическое, округлое, подвижное, безболезненное образование размерами 4,5 см.

· УЗИ (26.01.15): дермоидная киста правого яичника

Можно сформулировать предварительный диагноз: дермоидная киста левого яичника.

**8. Специальные методы гинекологического исследования**

· **УЗИ органов малого таза от 26.01:**

7 день м/цикла

Размеры 54х39х52 мм (нормальных размеров).

Структура миометрия однородная.

Толщина эндометрия: 6 мм. Структура однородная. Стенки полости ровные. Отражения от эндометрия соответствуют физиологическим изменениям-начальной стадии пролиферации.

Яичники: левый - 47х32х38 мм. Расположен обычно. Содержит жидкостное полостное образование с густым содержимым размером 38х22х32 мм, с гиперэхогенным пристеночным включением d=7 мм. Толщина капсулы 2 мм.

Правый: размеры - 28х12х30 мм. Расположен по ребру матки.

Доминантный фолликул d=16 мм.

Объем стромы яичника не увеличен. Капсула яичника не утолщена.

Маточные трубы: не визуализиуются.

Шейка матки: 28х23 мм. Кисты эндоцервикса макс d=8 мм.

Эндоцервикс: 6 мм. Без особенностей.

Пространство малого таза: свободная жидкость не обнаружена.

Заключение: Дермоидная киста левого яичника.

**9. Лабораторные методы исследования**

**1. Общий анализ крови от 09.02.15 г.:**

· Эритроциты - 4,09 х1012 /л

· Гемоглобин - 122 г./л

· Гематокрит - 38,1%

· Лейкоциты - 7,0х109 /л

· Тромбоциты - 246х109 /л

· Эозинофилы - 2,4%

· Нейтрофилы - 65,4%

· Лимфоциты - 23,8%

· Моноциты - 8,1%

· СОЭ - 59 мм/ч

**2. Время свертывания крови**: начало - 4’11» конец - 4’37» длительность - 1’17»

**3. Определение группы крови и резус-фактора от 09.02.15 г.:** В(III) Rh(+)

**4. Общий анализ мочи от 09.02.15 г.:**

· Цвет: желтый

· рН мочи: 5,5 Ед

· Прозрачность: слабо мутная

· Удельный вес: 1,035 г./мл

· Белок: 0,160 г./л

· Глюкоза: отрицательно

· Кетоны: отрицательно

· Билирубин: отрицательно

· Эритроциты 1-0 в п/зр

· Лейкоциты единичные

· Эпителий плоский 1-0

· Слизь много

**5. Определение реакции Вассермана от 12.02.15 г.:** отрицательно.

**6. Кровь на ИФА от 12.02.15 г.:** АТ к ВИЧ, вирусу гепатита В, С не обнаружены.

**7. Электрокардиография от 12.02.15 г.:** Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС.

**8. Биохимический анализ крови от 09.02.15 г.:**

· Глюкоза крови - 4,72 ммоль/л

· АлАТ - 14,6 Е/л

· АсАТ - 15,6 Е/л

· Билирубин общий - 8,3 мкмоль/л

· Креатинин - 60,0 мкмоль/л

· Мочевина - 5,1 ммоль/л

· Общий белок - 73,9 г/л

**Биохимический анализ крови от 09.02.15:**

· Остаточный азот 16,4

· Мочевина 5,2

**9. Онкомаркеры от 09.02.15 г.:** СА 125 - 13,2 Ед/л

**Онкомаркеры от 09.02.15 г.:**

· Альфа-фетопротеин <0.500

· СА 15-3 10,8

**10. Гормональные исследования от 09.02.15 г.:**

· Хорионический гонадотропин <0.100

**11. Мазок на флору от 10.02.15 г.:**

· Лейкоциты 5-7 в п/з

· Плоский эпителий едн. в п/з

· Гонококки - 0

· Др. бактерии - 0

**10. Заключение консультантов**

**Консультация терапевта от 4.06.14:**

Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм. рт. ст. Пульс 70 уд/мин. Живот мягкой, безболезненный. Мочеиспускание, стул в норме. ЭКГ: Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС. ФЛГ - патологии не выявлено.

Заключение: оперативное лечение не противопоказано.

**Консультация анестезиолога от 24.02.15**:

Жалоб не предъявляет. Аллергологический анамнез не отягощен.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Рост 164 см, вес 60 кг. Кожные покровы обычной окраски. При перкуссии определяется легочный звук над всей поверхностью легких. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм. рт. ст. Пульс 72 уд/мин. Живот мягкой, безболезненный. Мочеиспускание, стул в норме.

Противопоказаний к оперативному лечению нет.

Анестезиологический риск II степени.

Согласие на операцию получено.

Предполагается: эндотрахеальный наркоз

**11. Дифференциальный диагноз**

Доброкачественные опухоли яичников необходимо дифференцировать от ряда заболеваний:

· Рак яичника в начальной стадии, особенно развившийся в предсуществовавшей доброкачественной опухоли, не дает клинических признаков, позволяющих отличить его от доброкачественного новообразования. Поэтому все опухолевые образования яичников, даже не вызывающие у врача подозрение на озлокачествление, подлежат оперативному удалению и тщательному гистологическому исследованию с целью исключения рака.

· Хронические воспалительные заболевания придатков матки часто бывают двусторонними. Воспалительные тубо-овариальные образования имеют причудливые нечеткие очертания, обычно спаяны с маткой, париетальной брюшиной малого таза и прилежащими органами, вследствие чего подвижность их резко ограничена, а пальпация вызывает болезненность. В анамнезе у больных частые обострения воспалительного процесса и длительное консервативное лечение.

· Миома матки с подсерозно расположенным узлом представляет трудности для дифференциальной диагностики с цистаденомой яичника. Для этой цели применяют прием низведения шейки матки, захваченной пулевыми щипцами, вместе с маткой книзу. Передача движения на прощупываемую в малом тазу опухоль свидетельствует о непосредственной связи ее с телом матки. Положение цистаденомы яичника при этом диагностическом приеме не изменяется. Для дифференциальной диагностики используют и рентгенологические методы: пневмоперитонеум, чрезматочную висцеральную флебографию.

· От беременности больших сроков доброкачественную опухоль яичника значительных размеров следует дифференцировать на основании вторичных признаков беременности, прослушивания сердцебиения плода и данных рентгеноскопии брюшной полости. При опухоли яичника, имеющую длинную ножку и относительно свободно перемещаемую при исследовании в брюшной полости, следует дифференцировать с подвижными опухолями брюшной полости. Помимо данных объективного осмотра, в таких случаях в диагностике значительную помощь оказывает рентгенологическое исследование с применением пневмоперитонеума.

**12. Окончательный диагноз**

На основании:

· Жалоб: на тянущие боли внизу живота.

· Анамнеза заболевания: наблюдается у гинеколога регулярно. Последний год отмечала малоинтенсивные, тупые, неиррадиирующие боли внизу живота, преимущественно справа. За помощью не обращалась. За последнюю неделю боли усилились, в связи с чем обратилась к гинекологу по месту жительства. Было произведено ультразвуковое исследование органов малого таза (26.02.15), заключение: дермоидная киста левого яичника.

· Гинекологического статуса: придатки матки справа не определяются, слева определяется эластическое, округлое, подвижное, безболезненное образование размерами 4,5 см.

· УЗИ (26.02.15): дермоидная киста левого яичника

· Лабораторных методов исследования: Онкомаркеры: СА 125 - 13,2 Ед/л, Альфа-фетопротеин <0.500, СА 15-3 - 10,8

· Дифференциального диагноза

Можно сформулировать окончательный клинический диагноз:

Основной: Дермоидная киста левого яичника

Осложнение: нет

Сопутствующий: нет

**13. Этиология**

Этиология опухолей яичников неизвестна. В происхождении опухолевидных образований яичников большую роль придают гормональным нарушениям и, возможно, воспалению. Однако доказать роль тех или иных гормональных нарушений достоверно не удалось. Существует концепция повышенной овуляторной нагрузки на яичник, так называемая гипотеза непрерывной овуляции, подтверждающаяся более частым возникновением опухолей в единственной оставшейся после односторонней аднексэктомии гонаде.

Полагают, что эпителиальные опухоли возникают из инклюзионных кист покровного эпителия, возникших в местах частых овуляций. Однако роль стимуляторов овуляции в этой связи не доказана окончательно.

Широко распространена теория развития эпителиальных опухолей яичника из покровного эпителия.

Предполагают, что опухоли полового тяжа и герминогенные опухоли могут развиваться вследствие эмбриональных нарушений на фоне гипергонадотропинемии, что объясняет возрастные пики заболеваемости опухолями яичников в периоде полового созревания и перименопаузе.

Факторы риска опухолей яичника:

· раннее менархе

· поздняя менопауза

· нарушения репродуктивной функции

· высококалорийная диета с большим содержанием насыщенных жирных кислот

· генетическая предрасположенность

· бесплодие

· курение

Нейроэндокринные нарушения, заболевания щитовидной железы, ожирение достоверно не ассоциированы с опухолями яичников и в доказательных моделях не описаны.

**14. Патогенез**

Патогенез опухолей яичников изучен недостаточно и вызывает много споров. Полагают, что эпителиальные опухоли яичников развиваются из покровного эпителия в результате формирования инклюзионных кист, возможно, на фоне гипергонадотропинемии. Гормональные нарушения, так же как и иммунные, с позиций доказательной медицины первичными не считают. Возможно, гипергормонемия связана с низким содержанием ГСПГ.

Известно, что употребление с пищей растительной клетчатки приводит к выделению в просвет тонкого кишечника и повторному всасыванию в кровоток соединений со слабой эстрогенной активностью, увеличивающих синтез ГСПГ печенью. Этот механизм увеличивает содержание свободных стероидов в сыворотке крови.

В патогенезе опухолей яичника доказана роль нарушений барьерных функций тонкой кишки и связанной с этим эндотоксинемии.

Опухоли полового тяжа и стромальноклеточные опухоли развиваются из эмбриональных закладок на фоне гипергонадотропинемии и нереализованной репродуктивной функции.

**15. Предоперационный эпикриз**

Больная находится в гинекологическом отделении с 24.02.2015., г с диагнозом: Кистома левого яичника.

Из анамнеза: в течении последних 6 месяцев стали беспокоить тянущие боли внизу живота. Обратилась к гинекологу. На узи от 26.01.2015 - левый яичник 47\*32\*38 мм. Расположен обычно. Содержит жидкостное образование с густым содержимым размером 38\*22\*32 мм., с гиперэхогенным пристеночным включением d=7 мм. Толщина капсулы 2 мм. Маркеры опухолевого роста СА 125 39,7. Совместный осмотр с зав. отд. Любимовой А.Ю. Обследована. Госпитализирована.

Направлена на госпитализацию в гинекологическое отделение ГКБ №10.

Показания к операции: кистома левого яичника.

Планируется: удаление опухоли левого яичника, окончательный объем выявить в ходе операции.

Анестезиологом осмотрена: Противопоказаний нет.

Аллергические реакции не выявлено.

Соматический анамнез не отягощен.

К операции подготовлена. Согласна. О возможных осложнениях предупреждена в доступной форме.

**16. Операция. Чревосечение. Удаление опухоли левого яичника. Резекция правого яичника. Разделение спаек**

В асептических условиях под интубационным наркозом нижнесрединным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. Обнаружено: брюшина гладкая, органы верхнего этажа брюшной полости без патологии, к брюшине подпаян большой сальник. В малом тазу выраженный спаечный процесс. Левые придатки находятся в спаечном конгломерате с петлями кишечника, задней поверхностью матки. Спайки разделены тупым и острым путем. Тело матки нормальных размеров, обычной окраски. На левом яичнике образование с гладкой поверхностью диаметром 4 см. Образование имеет гладкую наружную капсулу. Объемное образование яичника удалено, при его извлечении излилось 30 мл «шоколадного» содержимого, яичник ушит кетгутовыми швами. Правый яичник кистоизменен, с эндометриоидными очагами, произведена резекция, яичник ушит кетгутовыми швами. Брюшная полость осушена, дополнительный гемостаз в области заднего «дугласова» кармана, ушита послойно наглухо. Внутрикожный викриловый шов.

Макропрепарат: опухоль содержит эндометриоидное содержимое, без сосочковых включений, участок яичника с очагами эндометриоза.

Операционный диагноз: эндометриоз яичников, спаечный процесс в малом тазу.

Кровопотеря 200,0

Моча по катетеру - светлая 200,0

**17. Послеоперационное лечение**

1. Палатный режим

2. Стол №15

. С антибактериальной целью назначено: Цефтриаксон 1,0 в/м в течение 2 дней после операции.

. С антипротозойной целью назначено: Sol. Trichopoli 0,5% - 100 ml. в/в капельно через 8 часов в течении 3 дней.

. С целью детоксикации назначено: Sol. NaCl 0,9%-500 ml + Sol. Glucosae 5%-500 ml. в/в капельно 1 раз в сутки в течении 5 дней

. С анальгезирующей целью назначено: Sol. Promedoli 1% - 1,0 в/м через 6 часов в течение 1 дня, затем при необходимости кеторол 1,0 в/м (в случае возникновения болевого синдрома).

**18. Прогноз**

В отношении жизни - благоприятный.

В отношении трудоспособности - временная утрата трудоспособности (на время нахождения в клинике).

В отношении специфических функций:

· менструальная функция - сохранена

· половая - сохранена

· детородная - сохранена

· секреторная - сохранена

**19. Этапный эпикриз**

яичник киста опухоль оперативный

Больная находится в гинекологическом отделении ККБ №10 с 24.02.2015 г. с диагнозом: дермоидная киста левого яичника.

Из анамнеза: у гинеколога наблюдается регулярно. В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота. Обратилась к гинекологу выполнено УЗИ от 26.01.2015, заключение: дермоидная киста левого яичника. Направлена на госпитализацию в гинекологическое отделение ГКБ №10 для проведения планового оперативного лечения.

.02.2015 Выполнено оперативное вмешательство в объеме: Чревосечение. Удаление опухоли левого яичника. Резекция правого яичника. Разделение спаек

Операционный диагноз: Эндометриоз яичников, спаечный процесс в малом тазу.

Планируется продолжить лечение в условиях стационара.