#### Паспортные данные

***Ф.И.О.:***

***Возраст***

##### ***Домашний адрес:*** г.

***Место работы:***

***Дата поступления:***

##### Доставлена в Гинекологический стационар машиной Скорой помощи, направлена БСМП

***Диагноз направившего учреждения:*** Гигантские кисты яичников

***Предварительный диагноз:*** Цистаденома левого яичника гигантских размеров.

***Клинический диагноз:*** Доброкачественное новообразование левого яичника (цистаденома левого яичника гигантских размеров).

***Заключительный диагноз:*** Доброкачественное новообразование левого яичника (цистаденома левого яичника гигантских размеров).

***Сопутствующие заболевания:***

* Атеросклероз сосудов головного мозга
* Артериальная гипертензия 2 степени
* Сосудистая вестибулопатия
* Остеохондроз шейного отдела позвоночника
* Хронический гастрит, ремиссия.

***Жалобы при поступлении и на момент курации***

 При поступлении больная предъявляла жалобы на постоянные боли тянущего характера в нижних отделах живота. Также больная предъявляла жалобы на тошноту, которая появилась утром.

 На момент курации предъявляет жалобы на боли тянущего характера в нижних отделах живота малой интенсивности. Также предъявляет жалобы на общую слабость, вялость.

#### Анамнез заболевания

 Женщина считает себя больной с весны 2003 года, когда впервые отмечает появление постоянных болей тянущего характера в нижних отделах живота и невозможность наклониться. За медицинской помощью не обращалась. В ноябре 2003 года – плановая госпитализация в неврологическое отделение БСМП по поводу сопутствующей патологии. При обследовании больной в БСМП впервые выявлена цистаденома левого яичника гигантских размеров, диагноз подтвержден УЗИ от 26.11.2003 г. По окончании плановой терапии в неврологическом отделении БСМП больная была выписана (09.12.2003 г), с рекомендациями наблюдения и лечения у гинеколога. Рекомендации выполнены не были. С 21.01.2004 больная отмечает усиление болей в нижних отделах живота, тошноту. 22.01.2004 в 20.05 больная была доставлена в БСМП машиной Скорой медицинской помощи, в приемном покое осмотрена хирургом – клиники острой хирургической патологии не выявлено. Подтвержден диагноз: цистаденома левого яичника гигантских размеров. Для обследования и лечения больная направлена в Гинекологический стационар. Машиной Скорой помощи женщина доставлена в Гинекологический стационар 22.01.2004 в 21.40

#### Анамнез жизни

 Родилась в городе Петрозаводске. Масса тела при рождении – 3.200 кг. Находилась на естественном вскармливании. В развитии от сверстников не отставала. Окончила средне-образовательную школу. Больная окончила ПТУ. Работала по профессии, секретарём-машинисткой. Сейчас на пенсии. Муж скончался в 2001 году. Материальные условия в детстве и в настоящее время удовлетворительные. Перенесённые заболевания в детстве – ОРЗ, ОРВИ. В 1966 году перенесла гепатит «А». В 1968 году –туберкулез нижней доли левого легкого, в 1969 году – снята с учета. Оперативных вмешательств не было. Гемотрансфузия в 1969 году при лечении туберкулеза.

 Наследственность: со слов больной у ее матери была онкопатология. Какая именно выяснить не удалось.

 Аллергологический анамнез спокоен. Не курит, алкоголь не употребляет.

***Гинекологический анамнез***

**1.** **Менструальная функция:** начало менструаций с 13 лет, установились не сразу. В течение года были нерегулярны. Затем установился характер менструального цикла: 28 по 3 дней, регулярный. Величина кровопотери: умеренные, безболезненные. Характер менструаций в течение последующей жизни не изменился. Пременопаузальный период протекал спокойно. Менопауза – в течение 7 лет.

**2. Половая функция**. Половую жизнь начала с 19 лет, в браке, половая жизнь была регулярной. Замуж вышла в 1961 году, брак 1, зарегистрирован.

**3. Репродуктивная функция:** Общее количество беременностей - 4. На 1 году половой жизни наступила первая беременность. Первая беременность завершилась артифициальным абортом на малом сроке. Осложнений аборта и послеабортного периода не было. До наступления следующей беременности применялся барьерный метод контрацепции (мужской презерватив). Вторая беременность наступила через 5 лет после начала половой жизни, протекала без осложнений, в 1966 году завершилась родами на 39 неделе, роды протекали без осложнений. Плод живой, с массой 3.600 и ростом 52 см. Послеродовый период - без осложнений. До наступления следующих беременностей применялся барьерный метод контрацепции (мужской презерватив). Третья беременность наступила через 7 лет после начала половой жизни - артифициальный аборт на малом сроке. Осложнений аборта и послеабортного периода не было. Четвертая беременность наступила через 9 лет после начала половой жизни, завершилась выкидышем. Больная связывает выкидыш со стрессом.

 Гинекологические заболевания отрицает. Патологических выделений из половых органов в различные периоды жизни не отмечает. Расстройств мочеиспускания и дефекации больная не отмечает.

***Status praesens:***

**Объективные данные:**

 Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, выражение лица спокойное, сон не нарушен, хорошо контактирует при разговоре. Телосложение правильное, гиперстеническое. Вес 90 кг, рост 170 см. Характер оволосения - по женскому типу. Молочные железы развиты умеренно, симметрично, D=S. Кожные покровы желёз не изменены, сосудистый рисунок не выражен. Область сосков и ореол не изменены, форма соска нормальная. При пальпации молочных желёз уплотнений, выделений из сосков не обнаружено. Кожные покровы: бледные, чистые, эластичные, умеренной влажности. Видимые расчёсы, эрозии, сыпь отсутствуют. Слизистая: склер не изменена, зев не гиперемирован. Подкожно- жировая клетчатка: развита хорошо, равномерно, симметрично, тургор тканей сохранён. Лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, в области сосцевидного отростка, подподбородочные, переднешейные, заднешейные, над- и подключичные, подмышечные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются. Костно - мышечная система: форма костей черепа, позвоночника, конечностей не изменена. При пальпации и перкуссии безболезненны. Суставы правильной конфигурации, безболезненны при пальпации. Движения активные, свободные. Мышцы развиты умеренно и равномерно, нормальной силы, при пальпации безболезненны, уплотнений нет.

 **Сердечно - сосудистая система:**

 Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Цианоза, одышки, периферических отёков нет. При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме - нормальный, ЧСС 76 уд/мин. Сердечный горб и сердечный толчок визуально не определяются. АД 140 /80 мм рт. ст. При пальпации: верхушечный толчок определяется слева на 0,5 см. кнаружи от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Феномен "кошачьего мурлыканья" отрицательный. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические шумы не прослушиваются.

При перкуссии: Границы относительной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по правому краю грудины Левая - на уровне 5 межреберья по левой срединно-ключичной линии Верхняя - по левой окологрудинной линии на 3 ребре

Границы абсолютной тупости сердца

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по левому краю грудины Левая - на уровне 5 межреберья на 1,0 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии Верхняя - по левой окологрудинной линии на 4 ребре Конфигурация сердца не изменена.

**Дыхательная система:**

 *Осмотр и пальпация грудной клетки.*

 При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 18 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной.

 Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при пальпации грудной клетки не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия лёгких.*

1. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук.
2. При топографической перкуссии:

Нижняя граница легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребро) | Слева (ребро) |
| Парастернальная линияСрединно-ключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | Хрящ V ребраVVIIVIIIIXXXI | VIIVIIIIXXXI |

 При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

**Желудочно-кишечный тракт:**

 Губы физиологичной окраски, высыпаний и трещин нет. Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изо рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут. Усиления венозного рисунка на передней брюшной стенке нет.

*При пальпации:* Живот мягкий, умеренно болезненный над образованием мягкоэластической консистенции верхний полюс которого расположен у пупка.

*При глубокой пальпации:* в левой подвздошной области определяется безболезненная, эластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, безболезненна, подвижна, слегка урчит. Поперечно-ободочная кишка обычной консистенции определяется на уровне пупка. Симптомы раздражения брюшины не выявлены.

Перкуторные размеры печени:

* Передняя подмышечная линия-10 см. между верхней и нижней границей
* Средняя ключичная линия-9 см. между верхней и нижней границе
* Правая парастернальная линия-8 см. между верхней и нижней границей

 Селезенка не пальпируется, перкуторно определяется по средней подмышечной линии между IX и XI ребрами:

 Продольный размер- 9 см

 Поперечный размер- 4 см

 Зона проекции поджелудочной железы безболезненна. Зона Шоффара безболезненна. Симптомы Курвуазье, Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского отрицательные.

Стул регулярный, до 3 раз в день, кашицеобразный, коричневого цвета.

**Нервная система**:

 Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирована во времени, месте, ситуации. Эйфории, бреда, галлюцинаций не отмечается. Сон не нарушен. Патологических рефлексов не выявлено. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненности по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены. Движение глазных яблок в полном объёме, зрение нормальное, форма зрачков правильная, D=S; со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет,

язык располагается посередине. Со стороны слуха патологических изменений нет.

**Эндокринная система:**

Щитовидная железа не увеличена.

**Мочеполовая система**:

 Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненны c обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный. Цвет мочи желтый. Диурез не нарушен.

 При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

**Гинекологическая система:**

1. *Наружный осмотр*: Наружные половые органы сформированы правильно, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение достаточное, по женскому типу, форма промежности обычная. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, рубцов нет. Область ануса, наружного отверстия мочеиспускательного канала не изменена. Выводные протоки парауретральных желёз без воспалительных изменений.

2. *Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал*: Слизистая влагалища бледно-розового цвета. Опухолей, рубцов нет, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный зев закрыт. Форма наружного зева щелевидная, слизистая шейки матки бледно-розовая. Выделения слизистые, прозрачные, умеренные.

3. *Бимануальное исследование*:

##  Тонус мышц тазового дна сохранён. Шейка матки плотноэластическая, подвижная, безболезненная при смещении.

 Матка нормальных размеров, гладкая, плотная, подвижная, безболезненная. Слева придатки: Перед маткой пальпируется неподвижное образование мягкоэластической консистенции, размерами до 19-20 недель беременности, слегка болезненное при пальпации в области верхнего полюса. Справа придатки не определяются. Своды свободные.

***Результаты лабораторных и инструментальных исследований***

***Анализ мочи от 23.01.2004.***

Цвет – соломенно-желтый

Относительная плотность - 1020

Реакция - кислая

Белок-0

Глюкоза-0

***23.01.2004*** – 1(0) Rh(-)

***Клинический анализ крови от*** ***23.01.2004***

Эритроциты – 10,5 х 10^12/ л

Гемоглобин – 8,2

Цветной показатель - 0,85

Лейкоциты – 10,4 х 10^9 / л

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 2

- сегментноядерные - 68

Лимфоциты - 19

##### Моноциты – 2

СОЭ - 10 мм /ч

Биохимический анализ крови от 23.01.2004

Общий белок – 70,9 г/л

Мочевина – 5,9 ммоль/л

Креатитинин – 96,2 мкмоль/л

Билирубин общий – 4,5 ммоль/л

АлАТ - 12,9 ммоль/ч.л.

АсАТ – 20,2 ммоль/ч.л.

Холестерин – 5,66

Калий – 4,5

Натрий – 151

Кальций – 2,55

Фибриноген – 5,0 г/л

***Реакция Вассермана*** ***(23.01.2004)*** - отрицательная

***Протромбиновый индекс***

* **22.01.2004:** 97 %
* **23.01.2004:** 92 %

***Ультразвуковое исследование (26.01.2004)***

##### Тело матки определяется в ретропозиции.

Размеры обычные:

Длина – 34 мм (норма 40-60)

Толщина – 22 мм (норма 30-45)

Ширина – 41 мм (норма 30-45)

Форма обычная. Строение миометрия не изменено.

* Эндометрий

Толщина - 1 мм. Строение не изменено. Контуры эндометрия на границе с внутренним мышечным слоем четкие, с отсутствием включений, без деформаций.

* Полость матки не расширена.
* Шейка матки определяется

Размеры обычные:

Длина – 23 мм (норма 20-30)

Толщина – 16 мм (норма 15-20)

Ширина – 21 мм (норма 20-30)

Форма обычная. Толщина эндоцервикса 1 мм, обычная.

* Жидкость в позадиматочном пространстве не выявлена.
* Левый яичник определяется. Строение изменено за счет анэхогенных, единичных включений с четкими контурами, округлой формы до 3-х мм.
* Правый яичник определяется.

Размеры обычные:

Длина – 28 мм

Ширина – 19 мм

 Выявлено патологическое образование в полости малого таза размерами 148\*156\*183, структура неоднородная, содержит анэхогенные и гипоэхогенные включения неправильной формы с неровными контурами. Форма образования округлая, контуры четкие. Перегородки с утолщениями.

 Заключение: Цистаденома гигантских размеров левого яичника

***Рентгеноскопия легких (29.01.04***)

##

##  В легких без очаговых и инфильтративных изменений.

 ***Рентгеноскопия желудка (29.01.04***)

##  Пищевод эластичен. Желудок расположен полугоризонтально. Свод без дополнительных теней. Кардия эластична. Слизистая сглажена, складки отечные. Эвакуация своевременная. Перистальтика прослеживается. Желудок смещаем. Луковица 12-типерстной кишки без особенностей.

##  Заключение: Хронический гастрит, ремиссия.

##  Дивертикул 12-типерстной кишки.

## ***Мазок на микрофлору из уретры (27.01.2004)***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Лейкоциты*** | В большом количестве |
| ***Плоский эпителий*** | В небольшом количестве |
| ***Кокки*** | В значительном количестве |
| ***Гонококки*** | Не обнаружены |
| ***Трихомонады*** | Не обнаружены |

## ***Лечебно-диагностическое выскабливание (26.01.2004)***

## **Протокол операции:**

##  Длина матки по зонду 7 см. После расширения шейки матки произведено выскабливание полости матки – соскобы скудные, на цитологию. Стенки гладкие. Кровопотеря минимальна.

 Данные гистологического исследования: кровь, лейкоциты, эндометрий обратного развития.

***Пункция позадиматочного пространства (26.01.2004)***

 Выполнена пункция заднего свода влагалища. Получено 10 мл темно-желтой жидкости.

Данные цитологического исследования: Эритроциты, лейкоциты, гистиоциты, клетки мезотелия.

***Дифференциальный диагноз***

 При дифференциальном диагнозе следует принимать во внимание, что аналогичная клиническая картина может иметь место при ряде других заболеваний органов брюшной полости.

* **Рак яичников**

 На этапе предоперационного обследования важным элементом является проведение дифференциального диагноза с раком яичников. В определенной степени этому могут способствовать данные бимануального исследования. Злокачественная опухоль яичников при бимануальном исследовании характеризуется: консистенция неоднородная, подвижность ограничена, чаще двухсторонняя, имеется симптом «шпоры», асцит. В отличие от злокачественной доброкачественная опухоль яичника характеризуется так: консистенция тугоэластичная, подвижная, расположена отдельно от матки, безболезненная, контуры отчетливые, матка нормальных размеров.

Клиническое течение злокачественных опухолей яичников отличается агрессивностью, коротким периодом удвоения опухоли и универсальным характером метастазирования. При злокачественных опухолях яичников часто наблюдаются постоянная тупая боль, нарастающая общая слабость, снижение аппетита, значительное похудание, расстройства дизурического и диспептического характера, увеличение размеров живота. Представленная больная предъявляет жалобы на боли тянущего характера в нижних отделах живота малой интенсивности. Также предъявляет жалобы на общую слабость, вялость. Жалоб на снижение аппетита, похудание, расстройства дизурического и диспептического характера больная не предъявляет. Характерным для злокачественного процесса является увеличение СОЭ до 30-55 мм/ч при нормальном количестве лейкоцитов, вечернее повышение температуры тела до субфебрильных цифр. У представленной больной СОЭ 10 мм/ч (данные от 23.01.04), вечернего повышения температуры тела до субфебрильных цифр не наблюдается. При ультразвуковом исследовании у представленной больной форма образования округлая, контуры четкие. В то время как при злокачественном процессе форма образования весьма вариабельна, контуры его часто не имеют четких границ, форма чаще всего неправильная. Данные пункции: Получены клетки мезотелия.

 К числу перспективных методов доклинической диагностики следует отнести также и иммунологические методы исследования, с помощью которых возможно определение так называемых опухолевых маркеров, являющихся антигенами, вырабатываемыми опухолевой тканью. Среди них особое внимание привлекли такие маркеры опухолей яичников, как раковоэмбриональный антиген (РЭА), СА-125 и СА-119.

* **Миома матки (субсерозная)**

 При субсерозном расположении опухоли сократительная функция миометрия не меняется. Иногда могут возникать нарушения мочеиспускания (при опухоли, исходящей из передней стенки матки) и затруднение акта дефекации (при опухоли, исходящей из задней стенки матки). А у нашей больной нарушения акта мочеиспускания и акта дефекации не наблюдается. Общим симптомом миомы матки и опухолей яичников является боль, постоянная, ноющая - при миоме матки, как правило, локализуется в нижних отделах живота и пояснице. Рост опухоли матки, в основном, медленный, но вместе с тем наблюдается и быстрое увеличение размеров опухоли. Развитие субсерозных узлов приводит к деформации контуров матки. При наличии множественных узлов матка приобретает неправильную форму, резко меняется топография круглых связок и маточных труб, в отдельных случаях происходит поворот матки вокруг ее продольной оси. Клинически отграничить миому матки от опухоли яичника бывает весьма сложно. Поставить правильный диагноз помогает ультразвуковое исследование. У нашей больной по данным УЗИ форма матки обычная. Строение миометрия не изменено. Выявлено патологическое образование в полости малого таза размерами 148\*156\*183, структура неоднородная, содержит анэхогенные и гипоэхогенные включения неправильной формы с неровными контурами. Форма образования округлая, контуры четкие. Перегородки с утолщениями.

* **Опухоль кишечника**

 Симптомы весьма неопределенны и напоминают дисфункцию кишечника при хроническом колите (болезненность по ходу толстого кишечника, чаще в области спастически сокращенной сигмовидной кишки). У наблюдаемой пациентки болезненности по ходу толстого кишечника нет. Подозрительным является уже сам по себе кишечный дискомфорт у лиц пожилого и старческого возраста на фоне нормальной до этого деятельности кишечника. Кишечного дискомфорта у нашей больной не наблюдается. В поздних стадиях наблюдаются общая слабость, лихорадка, анемия, острая кишечная непроходимость, пальпируемая опухоль, прорастание в соседние органы, метастазы в лимфатические узлы, печень, легкие, кости. Лихорадки, анемии, острой кишечной непроходимости у наблюдаемой больной не отмечается.

 В дифференциальной диагностике с опухолями яичников важнейшее значение имеет рентгенологическое исследование кишечника, также достаточно информативным методом является УЗИ.

Данные рентгеноскопии желудка:

## Пищевод эластичен. Желудок расположен полугоризонтально. Свод без дополнительных теней. Кардия эластична. Слизистая сглажена, складки отечные. Эвакуация своевременная. Перистальтика прослеживается. Желудок смещаем. Луковица 12-типерстной кишки без особенностей.

##  Заключение: Хронический гастрит, ремиссия.

##  Дивертикул 12-типерстной кишки.

#### Диагноз и его обоснование

**Диагноз :** Доброкачественное новообразование левого яичника (цистаденома левого яичника гигантских размеров).

Диагноз поставлен на основании:

*1)* **жалоб***:* Предъявляет жалобы на постоянные боли тянущего характера в нижних отделах живота и тошноту. Также предъявляет жалобы на общую слабость, вялость.

*2)* **анамнеза заболевания:** Женщина считает себя больной с весны 2003 года, когда впервые отмечает появление постоянных болей тянущего характера в нижних отделах живота и невозможность наклониться. За медицинской помощью не обращалась. В ноябре 2003 года – плановая госпитализация в неврологическое отделение БСМП по поводу сопутствующей патологии. При обследовании больной в БСМП впервые выявлена цистаденома левого яичника гигантских размеров, диагноз подтвержден УЗИ от 26.11.2003 г. По окончании плановой терапии в неврологическом отделении БСМП больная была выписана (09.12.2003 г), с рекомендациями наблюдения и лечения у гинеколога. Рекомендации выполнены не были. С 21.01.2004 больная отмечает усиление болей в нижних отделах живота, тошноту. 22.01.2004 в 20.05 больная была доставлена в БСМП машиной Скорой медицинской помощи, в приемном покое осмотрена хирургом – клиники острой хирургической патологии не выявлено. Подтвержден диагноз: Цистаденома левого яичника гигантских размеров. Для обследования и лечения больная направлена в Гинекологический стационар. Машиной Скорой помощи женщина доставлена в Гинекологический стационар 22.01.2004 в 21.40

*3)* **анамнеза жизни:** Отягощенная наследственность – онкологическое заболевание у матери пациентки.

*4)* **данных объективного исследования***: При пальпации:* Живот мягкий, умеренно болезненный над образованием мягкоэластической консистенции верхний полюс которого расположен у пупка.

*На основании данных бимануального обследования:* Слева придатки: Перед маткой пальпируется неподвижное образование мягкоэластической консистенции, размерами до 19-20 недель беременности, слегка болезненное при пальпации в области верхнего полюса.

*5)* **данных лабораторно-инструментальных исследований:**

###### Ультразвуковое исследование

 Выявлено патологическое образование в полости малого таза размерами 148\*156\*183, структура неоднородная, содержит анэхогенные и гипоэхогенные включения неправильной формы с неровными

контурами. Форма образования округлая, контуры четкие. Перегородки с утолщениями.

 Заключение: Цистаденома гигантских размеров левого яичника

## Лечебно-диагностическое выскабливание

##  Данные гистологического исследования: кровь, лейкоциты, эндометрий обратного развития.

* Пункция позадиматочного пространства

 Данные цитологического исследования: Эритроциты, лейкоциты, гистиоциты, клетки мезотелия.

***Этиология и Патогенез.***

 В характеристике преморбидного фона больных доброкачественными опухолями яичников обращает на себя внимание значительное число перенесенных в детстве инфекционных и воспалительных заболеваний, что создает предпосылки для нарушения функционального состояния репродуктивной системы. Риск возникновения опухолей яичников возрастает по мере увеличения числа перенесенных экстрагенитальных заболеваний, при гиперпластических процессах и опухолях матки, а также у лиц, имеющих низкий рост и небольшую массу тела.

 Определенную роль в этиологии и патогенезе опухолей яичников могут играть генетические аспекты. Как известно, частота нарушения генетического аппарата клеток организма увеличивается с возрастом в клетках различных органов и тканей, в том числе в лимфоцитах. Исследование кариотипа лимфоцитов у больных опухолями яичников выявило изменение числа хромосомных аберраций в 3 раза чаще, чем у здоровых женщин. Данные изменения неспецифичны для опухолей яичника, однако, их роль в возникновении заболевания не исключается.

 Согласно традиционным представлениям, вопросы этиологии и патогенеза опухолей яичника рассматриваются в плане нарушения взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Из клинических особенностей больных доброкачественными опухолями яичников косвенно подтверждается наличие такого рода нарушений: позднее наступление менархе, нарушение менструальной функции, снижение детородной функции, высокий процент бесплодия и укорочение репродуктивного периода, раннее наступление менопаузы.

Следует учитывать, что возникновение нарушений репродуктивной функции связано с особенностями морфоструктуры новообразования и особенно четко проявляется при развитии опухоли, обладающей гормональной активностью. В патогенезе опухолей яичников важную роль играет нарушение секреции гонадотропных гормонов гипофиза и половых гормонов яичников. При доброкачественных опухолях яичников возрастает экскреция эстрогенов с мочой, в основном за счет эстрона и эстриола.

 За последние десятилетия получены данные, свидетельствующие об участии иммунных механизмов в возникновении и росте новообразований. Снижение активности иммунитета связано не только с возрастной инволюцией тимуса, но и с влиянием эндокринных изменений. Эндокринная и иммунная системы тесно взаимосвязаны. Эстрогены и андрогены оказывают иммунодепрессивный эффект. Что касается физиологического эффекта прогестерона, то ему отводится роль стимулирующего фактора в действии на гуморальный иммунитет и одновременно иммунодепрессивного агента по отношению к состоянию клеточного иммунитета.

Нарушение равновесия между гормональным балансом и активностью иммунной системы может служить причиной различных патологических процессов, в том числе развития опухолей. Меняющийся с возрастом эндокринный статус женщины может влиять на активность зрелых лимфоцитов, либо на их дифференцировку из клеток-предшественников. На фоне сниженного иммунитета изменения гормонального и метаболического статуса создают благоприятную среду для неконтролируемого роста клеток.

 Основным в нарушении иммуностатуса при опухолях яичников становится угнетение клеточного иммунитета, особенно Т - клеточного звена иммунной системы. Уменьшение количества Т – клеток и параметров их функциональной активности, активация супрессорных

Т-лимфоцитов может способствовать накоплению опухолевых клеток и препятствовать своевременной их элиминации. Нарушение закономерных динамических изменений отдельных субпопуляций Т- и В-лимфоцитов с доброкачественными эпителиальными опухолями яичников обусловлены нарушением секреции гонадотропных и стероидных гормонов.

 Этиологию и патогенез заболевания у данной больной выяснить сложно. Можно предположить, что в данном случае играет роль отягощенная наследственность. Возможно, причиной развития заболевания послужило то, что больная перенесла туберкулез и гепатит «А», что могло создать предпосылки для нарушения функционального состояния репродуктивной системы. Эти эктрагенитальные заболевания можно рассматривать как факторы риска для возникновения опухолевых процессов. Возможны также нарушения взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники.

***Лечение***

* **Общие принципы лечения опухолей яичников**

 При доброкачественных опухолях яичников хирургическое лечение с удалением опухоли является непременным условием врачебной тактики. В современных условиях при подобных операциях у женщин репродуктивного возраста особое внимание уделяется соблюдению принципа функциональной хирургии с максимальным сохранением неизмененной ткани яичников. Возрастные пределы подобных щадящих операций в целом ряде случаев распространяются до перименопаузального периода. Вместе с тем подобный функциональный подход может быть осуществлен только при соблюдении максимальной онкологической настороженности и обеспечении реальной возможности адекватного послеоперационного наблюдения. Объем оперативного вмешательства в зависимости от возраста: В репродуктивном возрасте (до 45 лет) – удаление придатков матки на стороне поражения. При двухсторонних опухолях у молодых женщин – резекция опухоли с возможным сохранением ткани яичника. В пре- или постменопаузе показана надвлагалищная ампутация или экстерпация матки с придатками.

 Больные, перенесшие операции по поводу доброкачественных опухолей яичников, должны находиться под наблюдением врача в 5 лет.

* **Лечение больной**

1. **Режим 2**

2. **Диета 9:**

 Это диета с умеренно сниженной энергоценностью за счет легкоусвояемых углеводов и животных жиров; количество белков соответствует физиологической норме; исключены сахар и сладости. Умеренно ограничено содержание поваренной соли, холестерина, экстрактивных веществ. Увеличено содержание липотропных веществ, витаминов, пищевых волокон (творог, нежирная рыба, морепродукты, овощи, фрукты, крупа из цельного зерна, хлеб из муки грубого помола). Предпочтительны вареные и запеченные изделия, реже — жареные и тушеные. Для сладких блюд и напитков используют ксилит и сорбит. Пища теплая. Режим питания: 5—6 раз в день с равномерным распределением углеводов.

Химический состав и энергоценность: 1-й вариант: белки — 90—100 г (55 % животные), жиры — 75—80 г (30 % растительные), углеводы — 300—350 г, поваренная соль — 12 г, свободная жидкость — 1,5 л, калорийность — 2300—2500 ккал; 2-й вариант: белки — 79,9 г, жиры — 31 г, углеводы — 84,7 г, калорийность — 900— 1000 ккал; 3-й вариант: белки — 67,4 г, жиры — 50,2 г, углеводы — 270,3 г, калорийность — 1800—2000 ккал; 4-й вариант: белки — 159 г, жиры — 110 г, углеводы — 470 г, калорийность — 3557 ккал.

3. **Гентамицина Сульфат** (Gentamycini sulfas) – 0,08 г (+2 мл стерильной воды для инъекций) 3 раза в день, внутримышечно.

 Антибиотик, продуцируемый Micromonospora purpurea; является смесью гентамицинов С 1 , С 2 и С 1 a .

 Синонимы: Гаpамицин, Birocin, Celermicin, Cidomycin, Garamycin, Garasol, Gentabiotic, Gentalyn, Gentamin, Gentaplen, Gentocin, Geomycine, Lidogen, Miramycin, Quilagen, Rebofacin, Ribomicin, Sulgemicin, Sulmycin, Violyzen и дp.

 Белый порошок или пористая масса с кремоватым оттенком. Легко растворим в воде, практически нерастворим в спирте.

 Относится к группе антибиотиков-аминогликозидов. Оказывает бактериостатическое действие в отношении многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в том числе протея, кишечной палочки, сальмонелл и др. Действует на штаммы стафилококков, устойчивые к пенициллину. Резистентность микроорганизмов к гентамицину развивается медленно, однако штаммы, устойчивые к неомицину и канамицину, устойчивы также к этому антибиотику (перекрестная устойчивость.).

 Препарат быстро всасывается при внутримышечном введении. После инъекции терапевтической дозы бактерицидная концентрация в крови создается в течение 8 - 12 ч.

 Выделяется почками в высокой концентрации в неизмененном виде.

 Применяют гентамицин при различных инфекционных заболеваниях, вызванных чувствительными к нему микроорганизмами (при пневмонии, бронхопневмонии, плеврите, эмпиеме, перитоните, менингите, септицемии, раневой инфекции и др.). Препарат эффективен при инфекциях мочевых путей (хронический пиелонефрит, цистит, уретрит), простатите.

 Гентамицин является одним из основных средств борьбы с тяжелой гнойной инфекцией, особенно вызываемой резистентной грамотрицательной флорой. В связи с широким спектром действия, гентамицин часто назначают при смешанной инфекции, а также в случаях, если возбудитель не установлен (обычно в сочетании с полусинтетическими пенициллинами-ампициллином, карбенициллином и др.).

 В ряде случаев гентамицин эффективен при недостаточной активности других антибиотиков.

 Применяют гентамицина сульфат внутримышечно, внутривенно (капельно) и местно.

 При инфекциях мочевыводящих путей разовая доза для взрослых и детей старше 14 лет составляет 0, 4 мг/кг, суточная 0, 8 - 1, 2 мг/кг. Больным с тяжелым течением инфекционного заболевания суточная доза может быть увеличена до 3 мг/кг. При сепсисе и других тяжелых инфекциях (перитонит, абсцесс легких и др.) разовая доза для взрослых и детей старше 14 лет составляет 0, 8 - 1 мг/кг, суточная 2, 4 - 3, 2 мг/кг. Максимальная суточная доза - 5 мг/кг.

 Детям раннего возраста препарат назначают только по жизненным показаниям при тяжелых инфекциях. Суточная доза для новорожденных и детей грудного возраста равна 2 - 5 мг/кг, 1 - 5 лет - 1, 5 - 3, 0 мг/кг, 6 - 14 лет - 3 мг/кг. Максимальная суточная доза для детей всех возрастов - 5 мг/кг. Суточную дозу вводят в 2 - 3 приема. Средняя продолжительность лечения 7 - 10 дней. Внутривенные инъекции производят в течение 2 - 3 дней, а затем переходят на внутримышечное введение.

 Для внутримышечного введения используют гентамицина сульфат в виде раствора в ампулах или готовят раствор ex tempore, добавляя во флакон с порошком (или пористой массой) 2 мл стерильной воды для инъекций. Внутривенно (капельно) вводят только готовый раствор в ампулах.

 При воспалительных заболеваниях дыхательных путей применяют также в виде ингаляций (О, 1 % раствор).

 При пиодермии, фолликулитах, фурункулезе и др. назначают мазь или крем, содержащий 0, 1 % гентамицина сульфат. Смазывают пораженные участки кожи 2 - 3 раза в день. Курс лечения 7 - 14 дней.

 При конъюнктивитах, кератитах и других инфекционно-воспалительных заболеваниях глаз закапывают глазные капли (0, 3 % раствор) 3 - 4 раза в день.

 Гентамицин, как и другие антибиотики-аминогликозиды, может оказывать ототоксическое и нефротоксическое действие.

 Препарат противопоказан при воспалении слухового нерва. Его нельзя назначать одновременно с другими антибиотиками, оказывающими ото - или нефротоксическое действие. Беременным назначают лишь по жизненным показаниям.

 При легких нарушениях выделительной функции почек препарат следует применять с осторожностью (в уменьшенных дозах). Больным уремией и с тяжелыми нарушениями функции почек препарат обычно противопоказан.

 Гентамицин обладает способностью блокировать нервно-мышечную проводимость и может действовать подобно курареподобным средствам.

 Формы выпуска: порошок (пористая масса) по 0, 08 г во флаконах; 4 % раствор в ампулах по 1 и 2 мл (40 или 80 мг в ампуле); 0, 1 % мазь в тубах (по 10 или 15 г); 0, 3 % раствор (глазные капли) в тюбиках -капельницах.

 Хранение: список Б. В защищенном от света месте.

4. **Лизиноприл** (Lisinopril). 1-[N-[S]-1-Карбокси-3-фенилпропил]-L-лизил]-L-пролин – по ½ таблетки 1 раз в день. (Tab. Lisinoprili 0,05)

 Синонимы: Соric, Рrinivil, Zestril.

 По структуре и действию близок к эналаприлу; может рассматриваться как лизиновый аналог эналаприла. Оказывает длительное антигипертензивное действие (около З6 ч после однократного приема). Назначают взрослым внутрь от 2, 5 до 40 мг в день (в среднем по 10 мг в день).

 Форма выпуска: таблетки по 0, 025; 0, 05 и 0, 01 г (2, 5; 5 и 10 мг).

5. **Ибупрофен** (Ibuprofenum). d, 1-2-(4-Изобутилфенил)-пропионовая кислота – по 2 таб. 3 раза в день.

 Синонимы: Бруфен, Algofen, Anflagen, Artofen, Artril, Brufanic, Brufen, Bufigen, Burana, Dolgit, Ebufac, Iborufen, Ibumetin, Inflam, Lamidon, Mortifen, Motrin, Napacetin, Nobfen, Nuprin, Nurofen, Paxofen, Rebugen, Relcofen, Reumafen, Ruprin, Seclodin, Sednafen и др.

 Белый или почти белый кристаллический порошок. Практически нерастворим в воде, легко растворим в органических растворителях.

 Препарат является одним из современных нестероидных противовоспалительных препаратов. Обладает противовоспалительной, аналгетической и умеренной жаропонижающей активностью.

 В механизме действия ибупрофена существенную роль играет его ингибирующее влияние на биосинтез простагландинов.

 Имеются данные о стимулирующем влиянии ибупрофена на образование эндогенного интерферона (см. Интерфероны) и его способности оказывать иммуномодулирующее действие и улучшать показатель неспецифической резистентности организма.

 Ибупрофен оказывает при ревматоидном артрите более выраженное действие в начальных стадиях воспалительного процесса без резких изменений суставов. По силе действия он несколько уступает ортофену, индометацину, но лучше переносится.

 Применяют для лечения ревматоидного артрита, деформирующего остеоартроза, анкилозирующего спондилита и при различных формах суставных и внесуставных ревматоидных заболеваний, а также болевого синдрома при некоторых воспалительных поражениях периферической нервной системы.

 Назначают внутрь в виде таблеток по 0, 2 г 3 - 4 раза в день. Для достижения быстрого эффекта доза может быть увеличена до 0, 4 г 3 раза в день. По достижении лечебного эффекта суточную дозу уменьшают до 0, 6 - 0, 8 г.

 Рекомендуется первую дневную дозу принимать утром до еды (для быстрого всасывания), запивая чаем, а остальные дозы - в течение дня после еды (для более постепенного всасывания).

 Препарат обычно хорошо переносится, не вызывая раздражения слизистой оболочки желудка, что рассматривается как основное его преимущество по сравнению с салицилатами. В отдельных случаях возможны, однако, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, а также кожные аллергические реакции. При выраженных побочных явлениях уменьшают дозу или прекращают прием препарата.

 Ибупрофен противопоказан при острых язвах и обострениях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенном колите, повышенной индивидуальной чувствительности к препарату, а также при заболеваниях зрительного нерва.

 Осторожность следует соблюдать при назначении препарата лицам, перенесшим в прошлом язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, при гастритах, энтеритах, колитах, хронических гепатитах, циррозе печени.

 Форма выпуска: таблетки по 0, 2 г, покрытые оболочкой розового цвета, в упаковке по 30 штук.

 Хранение: список Б. В сухом, защищенном от света месте.

6. **Феназепам** (Phenazepaitium) – по 1 таб. (0,00025 г.) 1 раз в день, на ночь.

 Фармакологическое действие. Феназепам является высокоактивным транквилизатором (средством, оказывающим успокаивающее влияние на центральную нервную систему). По силе транквилизирующего и анксиолитического (противотревожного) действия превосходит другие транквилизаторы; оказывает также выраженное противосудорожное, миорелаксантное (расслабляющее мышцы) и снотворное действие. При применении вместе со снотворными и наркотическими средствами

происходит взаимное усиление влияния на центральную нервную систему.

Показания к применению. Феназепам назначают при различных невротических, неврозоподобных, психопатических и психопатоподобных состояниях, сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью (неустойчивостью). Препарат эффективен при навязчивости, фобии (боязни), ипохондрических синдромах (угнетенном состоянии, обусловленном страхом за свое здоровье), в том числе резистентных (устойчивых) к действию других транквилизаторов, показан также при психогенных психозах, панических реакциях и др., так как снимает состояние тревоги и страха. Феназепам по силе седативного (успокаивающего действия на центральную нервную систему) и

главным образом противотревожного действия не уступает некоторым нейролептикам (лекарственным средствам, оказывающим тормозящее действие на центральную нервную систему и в обычных дозах не вызывающим снотворного эффекта).

Феназепам применяют также для купирования (снятия) алкогольной абстиненции (состояния, возникающего в результате внезапного прекращения приема алкоголя). Кроме того, назначают как противосудорожное и снотворное средство. По силе

снотворного действия приближается к эуноктину.

Может также применяться при подготовки к хирургическим операциям.

Способ применения и дозы. Назначают феназепам внутрь в виде таблеток. В амбулаторных условиях (вне больницы) назначают взрослым 0,00025-0,0005 г (0,25-0,5 мг) 2-3 раза в день. В условиях стационара (больницы) суточная доза может быть увеличена до 0,003-0,005 г (3-5 мг); при лечении эпилепсии суточная доза составляет от 0,002 до 0,01 г (2-10 мг).  Для купирования алкогольной абстиненции назначают по 0,0025-0,005 г (2,5-5 мг) в день. При расстройствах сна принимают по 0,00025-0,001 г (0,25-1 мг) за 20-30 мин до сна. Иногда дозу увеличивают до 0,0025 г (2,5 мг). Максимальная суточная доза не должна превышать 0,01 г.

Побочное действие. Возможное побочное действие такое же, как для элениума и седуксена. Следует учитывать, что в связи с высокой активностью феназепама чаще могут наблюдаться атаксия (нарушение координации движений), сонливость, мышечная слабость, головокружение.

Протипоказания. Тяжелая миастения (мышечная слабость), выраженные нарушения функции печени и почек, беременность.

Форма выпуска. Таблетки по 0,0005 и 0,001 г (0,5 и 1 мг) в упаковке по 20 штук.

Условия хранения. Список Б. В сухом, прохладном, защищенном от света месте.

 На фоне проводимой терапии болевой синдром купирован, больная выписана с рекомендацией плановой госпитализации в Гинекологический стационар для оперативного лечения. Предполагаемый объем оперативного вмешательства: надвлагалищная ампутация матки с придатками. В случае выявления паппилярных разрастаний на поверхности или внутри образования объем оперативного вмешательства может быть расширен (проведение оментоэктомии).

***Прогноз***

Для жизни благоприятный при своевременном проведении оперативного лечения. В отношении работоспособности: трудоспособность, как правило, полностью восстанавливается. Длительность временной нетрудоспособности после операции зависит от состояния здоровья женщины, а также от особенностей оперативного лечения и течения послеоперационного периода. В отношении заболевания прогноз благоприятный.

***Дневник курации***

* **31.01.2004**

Состояние удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, на боли тянущего характера в нижних отделах живота малой

интенсивности. Сон хороший, аппетит хороший. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 76 уд/мин. АД 140 /80 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 19 в минуту. *При пальпации:* Живот мягкий, умеренно болезненный над образованием мягкоэластической консистенции верхний полюс которого расположен у пупка. Цвет мочи соломенно-жёлтый. Стул кашицеобразный, коричневого цвета.

**Назначения:**

1. Режим 2
2. Диета 9
3. Гентамицина Сульфат (Gentamycini sulfas) – 0,08 г (+2 мл стерильной воды для инъекций) 3 раза в день, внутримышечно.
4. Лизиноприл (Lisinopril). 1-[N-[S]-1-Карбокси-3-фенилпропил]-L-лизил]-L-пролин – по ½ таблетки 1 раз в день. (Tab. Lisinoprili 0,05)
5. Ибупрофен (Ibuprofenum). d, 1-2-(4-Изобутилфенил) - пропионовая кислота – по 2 таб. 3 раза в день
6. Феназепам (Phenazepaitium) – по 1 таб. (0,00025 г.) 1 раз в день, на ночь.
* **01.02.2004**

Состояние удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, на боли тянущего характера в нижних отделах живота малой

интенсивности. Сон хороший, аппетит хороший. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 74 уд/мин. АД 130 /80 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту. *При пальпации:* Живот мягкий, умеренно болезненный над образованием мягкоэластической консистенции верхний полюс которого расположен у пупка. Цвет мочи соломенно-жёлтый. Стул кашицеобразный, коричневого цвета.

**Назначения:**

1. Режим 2
2. Диета 9
3. Гентамицина Сульфат (Gentamycini sulfas) – 0,08 г (+2 мл стерильной воды для инъекций) 3 раза в день, внутримышечно.
4. Лизиноприл (Lisinopril). 1-[N-[S]-1-Карбокси-3-фенилпропил]-L-лизил]-L-пролин – по ½ таблетки 1 раз в день. (Tab. Lisinoprili 0,05)
5. Ибупрофен (Ibuprofenum). d, 1-2-(4-Изобутилфенил)-пропионовая кислота – по 2 таб. 3 раза в день
6. Феназепам (Phenazepaitium) – по 1 таб. (0,00025 г.) 1 раз в день, на ночь.
* **02.02.2004**

Состояние удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, вялость, на боли тянущего характера в нижних отделах живота малой

интенсивности. Сон хороший, аппетит хороший. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические шумы не прослушиваются. ЧСС 74 уд/мин. АД 130 /80 мм рт. ст. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 20 в минуту. *При пальпации:* Живот мягкий, умеренно болезненный над образованием мягкоэластической консистенции верхний полюс которого расположен у пупка. Цвет мочи соломенно-жёлтый. Стул кашицеобразный, коричневого цвета.

**Назначения:**

1. Режим 2
2. Диета 9
3. Гентамицина Сульфат (Gentamycini sulfas) – 0,08 г (+2 мл стерильной воды для инъекций) 3 раза в день, внутримышечно.
4. Лизиноприл (Lisinopril). 1-[N-[S]-1-Карбокси-3-фенилпропил]-L-лизил]-L-пролин – по ½ таблетки 1 раз в день. (Tab. Lisinoprili 0,05)
5. Ибупрофен (Ibuprofenum). d, 1-2-(4-Изобутилфенил)-пропионовая кислота – по 2 таб. 3 раза в день
6. Феназепам (Phenazepaitium) – по 1 таб. (0,00025 г.) 1 раз в день, на ночь.

***Выписной эпикриз***

 . 62 лет находилась в отделении оперативной гинекологии с 22.01.2004 по 03.02.2004 г.

 Поступила в Гинекологический стационар 22.01.2004г. в состоянии средней степени тяжести, с диагнозом направления: Кистома левого яичника гигантских размеров.

Поступила с жалобами на постоянные боли тянущего характера в нижних отделах живота. Также больная предъявляла жалобы на тошноту, которая появилась утром.

 Женщина считает себя больной с весны 2003 года, когда впервые отмечает появление постоянных болей тянущего характера в нижних отделах живота и невозможность наклониться. За медицинской помощью не обращалась. В ноябре 2003 года – плановая госпитализация в неврологическое отделение БСМП по поводу сопутствующей патологии. При обследовании больной в БСМП впервые выявлена кистома левого яичника гигантских размеров, диагноз подтвержден УЗИ от 26.11.2003 г.

 С 21.01.2004 больная отмечает усиление болей в нижних отделах живота, тошноту. 22.01.2004 в 20.05 больная была доставлена в БСМП машиной Скорой медицинской помощи, в приемном покое осмотрена хирургом – клиники острой хирургической патологии не выявлено. Подтвержден диагноз: кистома левого яичника гигантских размеров. Для обследования и лечения больная направлена в Гинекологический стационар. Машиной Скорой помощи женщина доставлена в Гинекологический стационар 22.01.2004 в 21.40

 **Данные лабораторно-инструментальных исследований:**

###### Ультразвуковое исследование

 Выявлено патологическое образование в полости малого таза размерами 148\*156\*183, структура неоднородная, содержит анэхогенные и гипоэхогенные включения неправильной формы с неровными контурами. Форма образования округлая, контуры четкие. Перегородки с утолщениями.

 Заключение: Цистаденома гигантских размеров левого яичника

## Лечебно-диагностическое выскабливание

##  Данные гистологического исследования: кровь, лейкоциты, эндометрий обратного развития.

* Пункция позадиматочного пространства

 Данные цитологического исследования: Эритроциты, лейкоциты, гистиоциты, клетки мезотелия.

 На основании анамнестических, клинических и лабораторных данных поставлен ***Заключительный диагноз:*** Доброкачественное новообразование левого яичника (цистаденома левого яичника гигантских размеров).

***Сопутствующие заболевания:***

* Атеросклероз сосудов головного мозга
* Артериальная гипертензия 2 степени
* Сосудистая вестибулопатия
* Остеохондроз шейного отдела позвоночника
* Хронический гастрит, ремиссия.

 На фоне проводимой терапии болевой синдром купирован, больная выписана с рекомендацией плановой госпитализации в Гинекологический стационар для оперативного лечения. Предполагаемый объем оперативного вмешательства: надвлагалищная ампутация матки с придатками.

***Список литературы***

1. Руководство к практическим занятиям по гинекологии/под ред. проф. Ю.В. Цвелева и проф. Е.Ф. Кира. - СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2003. - 320 с.: ил.
2. Гинекология/Серия «Учебники, учебные пособия». Ростов н/Д: Феникс, 2002. - 576 с.
3. Руководство по эндокринной гинекологии: 3-е изд., стер./Под ред. Е.М.Вихляевой. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 768 с.: ил.
4. Я.В. Бохман. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989. – 464 с.: ил.
5. А.И. Серебров. Гинекология. Ленинград: Медицина, 1965г.
6. Л.В. Тимошенко. Практическая гинекология. Киев: Здоровье, 1981г.

7. Справочник по акушерству и гинекологии/ под редакцией Л.С. Персианинова. Москва: Медицина, 1978г