Гинекологическое отделение Дата и время поступления 17.04.2013 г.

Роддома № 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название учреждения

Группа крови А\_(II) Дата и время выписки \_\_\_\_\_\_

Резус принадлежность Rh+ Палата № \_12\_\_

**КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № 937\_**

1. Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 02.07.1982 г.\_( 30 лет)
3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы, должность: Не работает.Домохозяйка.
5. Кем направлена больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Доставлена в стационар: по экстренным показаниям
7. Диагноз направившего учреждения: Кистома правого яичника с кровоизлиянием.
8. Диагноз при поступлении в стационар: Кистома правого яичника. Выраженный болевой синдром.Хронический аднексит,обострение. Спаечный процесс в малом тазу.
9. Диагноз клинический: Кистома правого яичника с кровоизлиянием.
10. Диагноз заключительный клинический

а) основной: Кистома правого яичника

б) осложнение основного: кровоизлияние в полость малого таза.Выраженный болевой синдром.

Хирургические операции: нет

1. Другие виды лечения: нет
2. Побочные действия лекарств: нет

**ЖАЛОБЫ**

На момент поступления в стационар(17.04.13): пациентка предъявляла жалобы на острые боли в нижней части живота. Слабость, головокружение,тошноту. Отмечала усиление болей в животе при изменении положения тела (уменьшение болей в сидячем положении)

На момент курации: пациентка предъявляет жалобы на умеренные тянущие боли в животе,головокружение.

**АНАМНЕЗ**

Родилась в Витебске в семье 2 по счету ребенком. Росла здоровым, крепким ребенком. В физическом и умственном развитии не уступала сверстникам. В детстве болела редко. Посещала детский сад. Учиться начала с 7 лет. Закончила 10 классов, после чего училась в техникуме. Живет в доме со всеми удобствами, условия быта удовлетворительные. Характер питания удовлетворительный,сбалансированный, физкультурой и спортом не занимается. Туберкулез, венерические заболевания, курение, злоупотребление алкоголя, употребление наркотиков отрицает.

Непереносимость лекарственных и бытовых химических веществ, пищевую аллергию отрицает. Гемотрансфузии не производилась.

Контакт с лихорадящими больными за последний месяц, желтушными больными за последние 35 дней, с лицами, имевшими желудочно-кишечные расстройства за последние 7 дней до начала заболевания отрицает.

Родители живы, здоровы. Туберкулез, злокачественные новообразования, психические заболевания и алкоголизм у родителей отрицает.

В 7 лет перенесла болезнь Боткина.

**Гинекологический анамнез**

Менархе в 14 лет, цикл установился сразу, менструации через 30 дней по 3-4 дня, умеренно болезненные, обильные. После начала половой жизни , родов характер цикла не изменился. После родов цикл восстановился через 4 месяца. Последняя менструация была 15 апреля 2013 г. Половую жизнь начала в 21 год. Замужем с 21 года. Половой партнер здоров. Предохранялись от беременности, используя презервативы и прерывание полового акта.

Детородная функция:

Беременность одна, закончилась родами. Родился здоровый ребенок. Течение послеродового периода без особенностей.Выписана из роддома на 5 сутки.

Перенесенные гинекологические заболевания: Хронический двусторонний аднексит.

Перенесенные гинекологические операции: 2008 удаление маточных труб.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

Считает себя больной с 16.04.13 когда после поднятия тяжести почувствовала острую боль в нижней половине живота. Боль не прекращалась и пациентка приняла в 1430  но-шпу и спазмалгон. В 1730 болевой синдром незначительно уменьшился, отмечалось усиление болезненности при изменении положения тела.Так же появилось небольшое головокружение ,слабость, тошнота.Больная за помощью не обратилась. Ночью боль немного притупилась, но пациентка спала беспокойно, часто просыпалась.Утром пациентка обратилась в женскую консультацию №2.Было сделано УЗИ,по результатам которого было принято решение о госпитализации в гинекологическое отделение роддома №2.При поступлении больная предъявляла жалобы на умеренные боли в нижней половине живота.

**ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Выражение лица доброжелательное. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормостеническое, рост 178 см, вес 87 кг. Температура тела 36,6°С.

Лицо не одутловатое, бледное. Склеры белые, инъецированность отсутствует. Кожа тела чистая, бледная, слегка влажная, тургор умеренный. Сосудистые звездочки, варикозное расширение вен отсутствуют. Слизистые полости рта, языка розовые, чистые. Подкожная клетчатка развита умеренно, толщина складки на животе составляет 1,5 см.

Лимфатические узлы головы и шеи, подмышечные ,паховые лимфатические узлы не увеличены, безболезненны не спаяны с окружающей тканью, кожа над узлами не изменена. Мышцы при пальпации эластичные, безболезненные.

Кости при пальпации и перкуссии безболезненные. Нарушения развития костного скелета отсутствуют.

Суставы нормальной конфигурации, пассивные и активные движения сохранны в полном объеме, безболезненны.

***Нервная система***

Сознание ясное. Больная ориентирована в месте и времени. Патология со стороны черепно-мозговых нервов не выявляется: обоняние, вкус, зрение слух, координация движений, речь, чтение, письмо не нарушены

***Органы дыхания***

Голос звонкий. Смешанный тип дыхания, средней глубины с частотой 20 дыхательных движений в минуту. Дополнительная мускулатура в дыхании не участвует. Грудная клетка нормостеническая, симметрична. Искривление позвоночника отсутствует. Межреберные промежутки шириной 1,0 см, в боковых отделах грудной клетки имеют косое направление.

При пальпации грудной клетки болезненность отсутствует, голосовое дрожание симметрично, ощущение трения плевры отсутствует, грудная клетка эластична, резистентна.

При сравнительной перкуссии перкуторный звук над симметричными областями легочный. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого определяется на уровне 6 ребра по среднеключичной линии,8 ребра по средней подмышечной линии, 10 ребра по лопаточной линии, нижняя граница левого легкого определяется на уровне 8 ребра по средней подмышечной линии, 10 ребра по лопаточной линии. Экскурсия нижнего края правого легкого составляет 3,5 см, левого легкого 3,5 см по средней подмышечной линии.

Ширина поля Кренига справа =3,5 см, слева = 4,0 см, высота стояния верхушки правого легкого спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка; левого легкого спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

При аускультации над симметричными областями дыхание везикулярное, хрипы, шум трения плевры отсутствуют. Бронхофония симметричная.

***Система органов кровообращения***

При осмотре область сердца без деформации, правожелудочковый толчок, пульсация брюшной аорты, пульсация крупных сосудов шеи визуально не определяется.

При пальпации области сердца левожелудочковый толчок расположен на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, положительный, умеренной силы, площадью 2,0 см. Пульс умеренного наполнения и напряжения, с ЧСС 80 ударов в минуту. Частота пульса на правой руке равна частоте пульса на левой руке.

При перкуссии правая граница относительной сердечной тупости на 1,0 см правее края грудины, верхняя граница - на уровне 3 ребра, левая граница - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка составляет 5,5 см. Конфигурация сердца не изменена.

При аускультации тоны сердца средней громкости, экстратоны, шумы не определяются, ритм правильный с частотой 68 ударов в минуту. При аускультации крупных сосудов шеи, плечевой и бедренной артерий, сосудов брюшной полости и почек патологические шумы не определяются. Артериальное давление 110/75 мм рт.ст. на правой руке, 120 /80 мм рт.ст. на левой руке.

***Система органов пищеварения***

При осмотре слизистая рта, языка розовые, чистые. Участки гиперпигментации, гирсутизм, пальмарная эритема, сосудистые звездочки не определяются. Форма ногтей нормальная. Живот округлой формы, симметричный, принимает участие в акте дыхания. Акт глотания безболезненный, нарушений глотания твердой и жидкой пищи не отмечается. Стул со слов больной нормальный, оформленный, 1-2 раз в день.

Грыжа белой линии, грыжи другой локализации отсутствуют. Болезненность в области желчного пузыря, поджелудочной железы не определяется. Селезенка пальпаторно не определяется. Свободная жидкость в брюшной полости пальпаторно не определяется.

Верхняя граница печени определяется на уровне 6 ребра по правой окологрудинной линии, на уровне 6 ребра по правой среднеключичной линии, на уровне 7 ребра по правой передней подмышечной линии справа, нижняя - на уровне 10 ребра по правой передней подмышечной линии, на уровне реберной дуги по правой среднеключичной линии, на 3 см ниже края мечевидного отростка.

Размер печени по Курлову 9х8х7 см, размер селезенки 4х6 см.

При аускультации определяется умеренно выраженная перистальтика.

***Система органов мочеотделения***

При осмотре пастозность, параорбитальные отеки, припухлость области почек не выявляются. Моча со слов больной желто-соломенного цвета, мочеиспускание безболезненной, регулярное, суточный диурез составляет 1200-1500 мл.

При пальпации мочеточниковые точки безболезненны, почки пальпаторно в положение стоя и лежа не определяются. Симптом поколачивания области почек отрицателен.

При перкуссии верхняя граница мочевого пузыря определяется на 1,5 см выше лобкового симфиза.

При аускультации сосудов почек патологические шумы не определяются.

***Эндокринная система***

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту. Щитовидная железа визуально не определяется, при пальпации эластичной консистенции, безболезненна.

**Гинекологический статус (17.04.13.)**

Наружные половые органы развиты правильно, без видимые патологических изменений. Оволосение по женскому типу, умеренное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Слизистая входа во влагалище розовая ,чистая.

В зеркалах: Слизистая влагалища ярко-розовой окраски. Шейка матки цилиндрической формы, центрирована,плотная. Наружный зев щелевидный. Выделения из половых путей кровянистые,умеренные.

При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей, слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Матка в anteflexio, нормальных размеров, безболезненная,подвижна. Придатки слева не пальпируются, безболезненные.

Придатки справа:образование тугоэластичной консистенции 4\*5 см болезненное при пальпации.

Влагалищные своды высокие, свободные.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Диагноз: Кистома яичника справа с кровоизлиянием.

**План обследования.**

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. кровь на группу и резус-фактор
4. кровь на реакцию Вассермана
5. биохимическое исследование крови
6. коагулограмма
7. УЗИ органов малого таза
8. Мазок на чистоту влагалища
9. Мазок из “C” и “U”
10. Кольпоскопия
11. Ретроманоскопия

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | Субсерозный миоматочный узел | Острый живот | Перекрут ножки кистомы яичника | Апоплексия яичника | Кистома яичника с кровоизлиянием |
| Возраст | Чаще в 35-40 лет | В любом возрасте | 40-50 лет | В любом возрасте | 30-50 лет |
| Характер менструации | Меноррагия | - | Ациклические кровотечения | Обычные (если состояние возникло не в период менструации) | Обильные. Вне периода менструаций кровянистые выделения |
| болевой синдром | Умеренный, чувство тяжести | Выраженный | Выраженный | Выраженный | Умеренный |
| Живот | Безболезненный.пальпируется узел. | Доскообразный.Напряжение мышц брюшной стенки.недоступен пальпации. Определяются перитонеальные симптомы | Напряжение мышц брюшной стенки.Определяются перитонеальные симптомы . | Напряжен.Болезненность ниже точки Мак-Бурнея на стороне поражения.Вздут | Мягкий. Доступен пальпации. Умеренно болезненый |
| анемия | В период обильных менструаций | Может быть | Может быть | Присутствует (при анемической форме) | Легкой степени |
| Общее состояние | Может быть слабость, связанная с анемией | Крайне тяжелое.  Быстрая динамика процесса | слабость,тошнота, рвота. Нарушение работы кишечника.Дизурия | Слабость, тошнота,рвота.  Головокружение | Слабость, недомогание, головокружение |
| СОЭ | Не изменено | Ускорено | Ускорено + в ОАК характерные признаки воспаления | Ускорено | В пределах нормы |
| УЗИ органов малого таза | Хорошо визуализируется субсерозный миоматозный узел | Отсутствуют очаговые изменения | Сбоку от матки пределяется округлое образование с зоной инфильтрацией | Очаговое однородное гипоэхогенной структуры образование внутри купсулы яичника, присутствует жидкостной элемент | С боку от матки однокамерное жидк образование. |

Заключение: данные проведенного дифференциального диагноза свидетельствуют в пользу диагноза Кистома правого яичника с кровоизлиянием.

**Результаты лабораторно-инструментального исследования**

ОАК

норма

Hb 126 г/л 120-140 г/л

Эритроциты 3,9x10\*12/л 4 - 5х10\*12/л

ЦП 0,96 0,9-1,1

СОЭ 14 мм/ч 2 - 15 мм/ч

Лейкоциты 6,2х10\*9/л 4-9х10\*9/л

палочкоядерные 2% 1-6%

сегментоядерные 52% 47-72%

эозинофилы 1% 1-5%

лимфоциты 43% 20-37%

моноциты 2% 3-11%

базофилы 0% 0-1%

Заключение: в крови снижено число эритроцитов, что свидетельствует об анемии. Так же отмечается лимфоцитоз.

ОАМ

Цвет соломенно-желтый соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Удельный вес 1,020 1,020-1,026

Белок отсутствует отсутствует

Эпителий 1-2 0-3 п/з

Лейкоциты 0-1 1-2 п/з

Эритроциты единичные единичные

Слизь - отсутствует

Цилиндры - отсутствуют

. Биохимический анализ крови.

Общий белок - 78 г/л

Общий биллирубин – 13,7 мкмоль/л

Глюкоза - 5.5 ммоль/л

Мочевина - 5.3 ммоль/л

Определение группы крови и Rh-принадлежности.

Группа крови А(II)

Rh (+), положительн.

Мазок из “C” и “U”

Уретра: лейкоциты 6-10 Эпителий 4-8 флора отсутств.

Шейка: лейкоциты 15-20 , эпителий 6-8, флора отсутств.

Коагулограмма: протромбиновый индекс - 70%

АЧТВ - 29 сек

Протромбиновый индекс – 0,94

Фибрин - 20 г/л

Фибриноген А - 4,44 г/л

Фибриноген В – отриц.

17.04.13 кровь на реакцию Вассермана отриц.

УЗИ ( 17.04 женская консультация №3)

Справа от матки однокамерное жидк. Образование 64\*44\*53 мм с тонкой перегородкой с множеств. Гиперэхогенными включениям.

Заключение: кистома правого яичника с кровоизлиянием.

**ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.**

*Клинический диагноз:*

Кистома правого яичника с кровоизлиянием. Выраженный болевой синдром.

Выставлен на основании:

1. жалоб больной на:

-Внезапные острые резкие боли в нижнем отделе живота,

-Слабость, недомогание, головокружение

2. данных анамнеза:

-боль появилась внезапно при поднятии тяжести. Болевой синдром не купировался спазмолитиками,

был постоянным, изменялся при изменении положения тела.

3. данных объективного обследования:

-бледность кожных покровов,

4. данных влагалищного исследования:

-Обильные кровянистые выделения из влагалища. Справа от матки определяется образование тугоэластичной консистенции 4\*5 см болезненное при пальпации.

5. данных лабораторного и инструментального обследования:

-ОАК(в крови снижено число эритроцитов, что свидетельствует об анемии. Так же отмечается лимфоцитоз.)

-УЗИ(Справа от матки однокамерное жидк. Образование 64\*44\*53 мм с тонкой перегородкой с множеств. Гиперэхогенными включениям.Заключение: кистома правого яичника с кровоизлиянием.)

1. проведенного дифференциального перекрутом ножки кистомы, субсерозным миоматозным узлом, апоплексией яичника, клиникой острого живота.

**Этиология и патогенез**

**Кистома яичника**, наряду с фибромой матки, принадлежат к наиболее часто встречающимся опухолям женской половой системы. Кистомы относятся к [доброкачественным опухолям яичников](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/ovarian-tumor), однако нередко бывают склонны к вторичной малигнизации. Отличительной чертой кистомы яичника служит быстрый пролиферативный рост, поэтому она нередко достигает больших размеров. Кистома яичника может развиваться на основе ранее существовавшей [кисты яичника](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/ovarian_cyst). Кистома соединяется с яичником посредством анатомической ножки, в которую входят связки (подвешивающая, часть широкой, собственная связка яичника), маточные и яичниковые артерии, нервы и лимфатические сосуды.

**Виды кистом яиников**

Современная [гинекология](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gynecology/) классифицирует кистомы яичника с учетом типа течения, характера содержимого, выстилки их полости, локализации.

По типу течения кистомы яичника могут быть доброкачественные, пролиферирующие (пограничные) и малигнизированные. Доброкачественные кистомы яичника с течением времени могут превратиться в пролиферирующие, а затем - в злокачественные.

По содержимому принято выделять кистомы яичников серозного и муцинозного характера.

Серозные кистомы выстланы трубным или поверхностным эпителием яичника, заполнены прозрачной серозной жидкостью соломенного цвета. Чаще они однокамерные, могут увеличиваться до 30 и более сантиметров в диаметре. Обычно выявляются у женщин 40-50 лет. Злокачественное перерождение пролиферирующих серозных кистом яичника встречается у 10-15% пациенток.

Чаще в гинекологии встречаются муцинозные ([псевдомуцинозные](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pseudomucinous-ovarian-cystoma)) кистомы яичника, имеющие эпителиальную выстилку, напоминающую клетки шеечного канала. Муцинозные кистомы яичника, как правило, многокамерные, содержат слизеподобный секрет. Могут диагностироваться у женщин в любом возрастном периоде, но все же чаще определяются в постменопаузе. Муцинозные кистомы яичника реже подвержены озлокачествлению (в 3-5% случаев).

По характеру выстилки полости различаются гландулярные (железистые), мезонефроидные, цилиоэпителиальные (гладкостенные), эндометриоидные, [папиллярные кистомы яичника](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/papillary-ovarian-cystoma).

Кистомы яичника могут развиваться на одном яичнике (односторонние) или обоих яичника (двусторонние), иметь одинаковое или различное строение. Муцинозные кистомы чаще поражают один яичник, серозные – оба.

Точно причины образования кистомы яичника не установлены. Замечено, что наибольшая предрасположенность к развитию кистомы отмечается у женщин с нарушениями гормональной функции яичников, отягощенной наследственностью, носителей вируса [герпеса](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/herpetic-infection) II типа и [ВПЧ](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_venereology/human_papillomavirus).

В группе риска по развитию кистом яичника также находятся пациентки с хроническими женскими заболеваниями ([кольпитом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/colpi), [оофоритом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/oophoritis), [эндометритом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/endometritis)), нерегулярным менструальным циклом, [раком молочной железы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_mammology/breast_cancer), перенесшие [прерывание беременности](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/abortion/), операции на яичниках или [внематочную беременность](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/ectopic_pregnancy). Вероятность развития кистомы яичника возрастает в пременопаузу и [менопаузу](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/climax).

**ЛЕЧЕНИЕ**

*План лечения*

1. Режим палатный
2. Стол № Б
3. антибактериальная терапия

Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4% - 8 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м по 8 мл 2 раза в день.

Антибиотик, оказывающий бактериостатическое действие в отношение многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов.

1. Rp :Tab Metronidazoli 0,5g

DTD № 10

S 2 раза в день по 0,5g

5. Rp Sol Diclofinaci 3,0 ml

Dtd 10 in amp

S по 3,0 ml в/м 1 раз в день.

D.t.d.N. 5 in amp.

S По 1 мл внутримышечно

**ДНЕВНИК**

|  |  |
| --- | --- |
| 19.04.2013 | Жалобы на умеренные тянущие боли в низу живота. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пульс 74 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 140/90 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. |

|  |  |
| --- | --- |
| 22.04.2013 | Жалобы на умеренные боли в нижней половине живота. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пульс 74 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 140/90 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. |

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 02.07.1982 г.\_( 30 лет)

Кем направлена больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доставлена в стационар: по экстренным показаниям

Диагноз направившего учреждения: Кистома правого яичника с кровоизлиянием.

Диагноз при поступлении в стационар: Кистома правого яичника. Выраженный болевой синдром.Хронический аднексит,обострение. Спаечный процесс в малом тазу.

На момент поступления в стационар(17.04.13): пациентка предъявляла жалобы на острые боли в нижней части живота. Слабость, головокружение,тошноту. Отмечала усиление болей в животе при изменении положения тела (уменьшение болей в сидячем положении)

На момент курации: пациентка предъявляет жалобы на умеренные тянущие боли в животе,головокружение.

16.04.13 после поднятия тяжести почувствовала острую боль в нижней половине живота. Боль не прекращалась и пациентка приняла в 1430  но-шпу и спазмалгон. В 1730 болевой синдром незначительно уменьшился, отмечалось усиление болезненности при изменении положения тела.Так же появилось небольшое головокружение ,слабость, тошнота.Больная за помощью не обратилась. Ночью боль немного притупилась, но пациентка спала беспокойно, часто просыпалась.Утром пациентка обратилась в женскую консультацию №2.Было сделано УЗИ,по результатам которого было принято решение о госпитализации в гинекологическое отделение роддома №2.При поступлении больная предъявляла жалобы на умеренные боли в нижней половине живота.

ОАК

Hb 126 г/л

Эритроциты 3,9x10\*12/л

ЦП 0,96

СОЭ 14 мм/ч

Лейкоциты 6,2х10\*9/л

палочкоядерные 2% сегментоядерные 52% эозинофилы 1%

лимфоциты 43%

моноциты 2%

базофилы 0%

Заключение: в крови снижено число эритроцитов, что свидетельствует об анемии. Так же отмечается лимфоцитоз.

ОАМ

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная

Удельный вес 1,020

Белок отсутствует

Эпителий 1-2 Лейкоциты 0-1 Эритроциты единичные

Слизь - Цилиндры -

. Биохимический анализ крови.

Общий белок - 78 г/л

Общий биллирубин – 13,7 мкмоль/л

Глюкоза - 5.5 ммоль/л

Мочевина - 5.3 ммоль/л

Определение группы крови и Rh-принадлежности.

Группа крови А(II)

Rh (+), положительн.

Мазок из “C” и “U”

Уретра: лейкоциты 6-10 Эпителий 4-8 флора отсутств.

Шейка: лейкоциты 15-20 , эпителий 6-8, флора отсутств.

Коагулограмма:

протромбиновый индекс - 70%

АЧТВ - 29 сек

Протромбиновый индекс – 0,94

Фибрин - 20 г/л

Фибриноген А - 4,44 г/л

Фибриноген В – отриц.

УЗИ ( 17.04 женская консультация №3)

Справа от матки однокамерное жидк. Образование 64\*44\*53 мм с тонкой перегородкой с множеств. Гиперэхогенными включениям.

Заключение: кистома правого яичника с кровоизлиянием.

*План лечения*

Режим палатный

Стол №

антибактериальная терапия

Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4% - 8 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м по 8 мл 2 раза в день.

Антибиотик, оказывающий бактериостатическое действие в отношение многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов.

Rp :Tab Metronidazoli 0,5g

DTD № 10

S 2 раза в день по 0,5g

Rp Sol Diclofanaci 3,0 ml

Dtd 10 in amp

S по 3,0 ml в/м 1 раз в день.

D.t.d.N. 5 in amp.

S По 1 мл внутримышечно