Министерство Здравоохранения и Социального Развития РФ

ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

 Зав. кафедрой: д.м.н., профессор

 Ишпахтин Ю. И.

 Преподаватель: ассистент, к.м.н.

 Дударь О. А.

История болезни

, 42 лет.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Перекрут кисты правого яичника.

Сопутствующие заболевания: не выявлены.

Осложнения: не выявлены.

Куратор: студентка 511 гр.

 лечебного факультета

 Граждан И. А.

Владивосток 2007 г.

**1. Паспортная часть**

1.Ф.И.О.-

 2. Возраст – 42 года

 3. Профессия – учитель (школа №13)

 4. Адрес –

 5. Время поступления – 3.01.07, 15 ч. 30 мин.

 6. Дата начала курации – 9.01.07

**2. Жалобы**

***На момент поступления***

При поступлении больная предъявляла жалобы на резкие, периодические боли преимущественно тянущего характера внизу живота, тошноту, рвоту, ознобы.

***На момент курации:***

Больную беспокоят умеренные боли в области послеоперационной раны, слабость.

**3. Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 3 января 2007 года, когда на фоне предшествующего удовлетворительного состояния внезапного появились резкие боли приступообразного характера в нижнем отделе живота преимущественно справа. Боли иррадиировали в правую поясничную область, а также в область эпигастрия, сопровождались тошнотой, трёхкратной рвотой желудочным содержимым без патологических примесей. Начало заболевания пациентка связывает с физическим перенапряжением (поднятие тяжести).

В связи с ухудшением состояния спустя 3 часа после начала заболевания пациентка обратилась за медицинской помощью (вызвана СМП). Бригадой СМП женщина была доставлена в ГКБ №2 и в экстренном порядке госпитализирована в гинекологическое отделение.

**4. Аnamnesis vitae**

Больная родилась в 1964 году в г. Владивостоке, вторым по счёту ребёнком. Родилась в срок. К моменту рождения матери было 25 лет, отцу - 30 лет. Физическое и психическое развитие соответствовало возрасту. Посещать школу начала с 7 лет. Успеваемость в школе была удовлетворительной.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание достаточное, регулярное, полноценное, разнообразное.

Эпидемиологический анамнез

Выезды за пределы постоянного места жительства и контакты с инфекционными больными за последние 6 месяцев отрицает. Возможности инфицирования в связи с характером трудовой деятельности, водопользованием, питанием отрицает. Укусам насекомых и грызунов не подвергалась.

Привычные интоксикации

Алкоголь – эпизодически (по праздникам). Курение, прием психоактивных препаратов отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллерологический анамнез

Аллергические реакции на бытовые, пищевые и лекарственные антигены отрицает.

Перенесенные общие заболевания, травмы, операции

Туберкулёз, венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает.

Простудные заболевания – 1-2 раза в год.

1970 г. – корь

С 1972 г. – хронический гастродуоденит с пониженной кислотностью желудочного сока.

С 1979 г. – синдром соединительно–тканной дисплазии (пролапс митрального клапана).

1980 г. – аппендэктомия.

1995 г. – сотрясение головного мозга.

Менструальная функция:

* время появления менархе – 13 лет.
* регулярные менструации установились сразу.
* тип менструаций - умеренные, безболезненные, продолжительностью 7 дней, через 25-30дней.
* характер менструаций после половой жизни, абортов не изменился.
* последняя менструация – 14 декабря 2006 года, ничем не отличалась от обычной.

Секреторная функция (выделения): скудное количество слизистых выделений.

 Половая функция:

а) начало половой жизни – 20 лет

б) живет регулярно половой жизнью, состоит в браке

в) имеет половое влечение и чувство удовлетворения;

г) боли при половом акте и кровяные выделения отрицает

д) предохраняются от беременности периодически, нерегулярно, барьерным методом.

Репродуктивная функция:

а) Первая беременность наступила через 2 месяца после начала регулярной половой жизни.

б) у женщины было 4 беременности, из них:

* 3 искусственных аборта (1984 г., 1985 г., 1987 г.) по желанию женщины в медицинских учреждениях. Все аборты производились на ранних сроках беременности. Послеабортный период в первых двух случаях – без особенностей, последний аборт в 1987 г. осложнён метроэндометритом и вторичным бесплодием.
* 1 внематочная беременность в 1999 г.

Ни одна беременность у женщины не завершилась родами.

Перенесенные гинекологические заболевания

1980 г. – эрозия шейки матки. Лечилась амбулаторно в женской консультации, произведена диатермокоагуляция. Проведённое лечение дало положительный результат.

1993 г. – кисты левого и правого яичников. Была проведена операция: Лапаротомия. Резекция обоих яичников.

1996 г. – по поводу рецидива заболевания была повторно произведена операция: Лапаротомия. Резекция обоих яичников.

1999 г. – операция по поводу внематочной беременности: лапароскопическая тубэктомия справа.

1999 г. – вновь оперирована по поводу кисты левого яичника: лапароскопическая резекция левого яичника, тубэктомия слева.

**5. Status praesens**

***А. Общее исследование***

Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормостеник. Рост – 158 см. Вес – 73 кг. ИМТ = 29,3 кг/м 2, нормальный.

Питание больной удовлетворительное.

Оволосение по женскому типу.

Форма и консистенция молочных желез не изменена, при пальпации молочные железы безболезненны. Сосок выраженный, наличия секрета молочных желез не выявлено.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, тургор сохранён, влажность обычная. Эластичность кожи сохранена. Сухость кожи, шелушение, сыпи не выявлены.

На передней брюшной стенке имеются рубцы от лапаротомии и лапароскопии.

Сосудистые звёздочки, ксантомы не выявлены.

Состояние придатков кожи (ногтей и волос) без особенностей.

Отёки не выявлены.

Лимфатические узлы: без особенностей.

Подкожная клетчаткаразвита умеренно.

Костно-мышечная система.

Мышечная система: степень развития удовлетворительная, атрофия мышц не наблюдается, тонус сохранён, болезненность при пальпации и движении, уплотнения, контрактуры, дрожание или тремор отдельных мышц не наблюдаются.

Костная система: искривлений, утолщений, деформации костей, изменений концевых фаланг пальцев кистей и стоп, болезненности при пальпации и перкуссии не выявлено.

Суставы: конфигурация суставов обычная. Гиперемия кожи и местное повышение температуры не наблюдается. Болезненность при ощупывании и движении, хруст, флюктуация, контрактуры, анкилозы не выявлены. Функция суставов сохранена. Объём активных и пассивных движений свободный.

***Дыхательная система***

Форма грудной клетки правильная, нормостеническая. Деформация и асимметрия грудной клетки не выявлена.

Тип дыхания – физиологический, грудной. Дыхание ровное, ритмичное, обычной глубины, 16 дыхательных движений в минуту. Одышка не выявлена.

Резистентность грудной клетки сохранена. Голосовое дрожание над симметричными участками грудной клетки проводится одинаково.

Границы лёгких соответствуют возрастной норме.

Над симметричными участками лёгких определяется ясный лёгочный звук.

Дыхание везикулярное. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выявлены.

Бронхофония над симметричными участками лёгких не изменена.

***Сердечно – сосудистая система.***

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Границы относительной тупости сердца:

* правая – IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины;
* верхняя – на уровне III ребра;
* левая – в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Тоны сердца громкие, ритмичные, ясные, чистые. ЧСС 84 удара в минуту.

Интракардиальные и экстракардиальные шумы не выявлены.

Ps 84 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения.

*Артериальное давление*

Левая рука:100/60 мм рт.ст.

Правая рука: 100/60 мм рт.ст.

***Органы пищеварения***

 Язык влажный, чистый.

Живот в объёме не увеличен, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика (антиперистальтика) кишечника отсутствует.

При пальпации живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах (в надлобковой, правой и левой подвздошной областях). Симптомы раздражения брюшины положительны.

Печень не пальпируется.

Размеры печени по методу М.Г.Курлова:

По правой срединно - ключичной линии – 10см

По передней срединной линии –8,5 см

По левой рёберной дуге –7,5 см

Селезёнка не пальпируется.

***Органы мочевыделения***

Болезненность по ходу мочеточника в области верхних и нижних «мочеточниковых» точек не выявлена.

Определение высоты стояния и пальпация мочевого пузыря невозможны в связи с резко выраженным болевым синдромом в нижней части живота.

 ***Нервная и эндокринная системы***

Сознание ясное. Интеллект нормальный. Память сохранена. Нервно – психическая реакция на окружающее адекватная. Мнительность, нервозность не выражена.

***Б. Гинекологическое исследование.***

***1. Состояние наружных половых органов***

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Половая щель сомкнута.

Уретра, парауретральные ходы, выводные протоки бартолиниевых желез не изменены.

***2. Осмотр шейки матки и влагалища при помощи зеркал.***

Влагалище узкое, нерожавшей женщины, свободно. Слизистая оболочка влагалища и влагалищной части шейки матки чистая, не кровоточит.

Выделения слизистые, скудные.

Консистенция матки обычная. Поверхность гладкая. Наружный зев точечный, закрыт.

***3. Бимануальное гинекологическое исследование***.

Тело матки наклонено кпереди (находится в положении антефлексиоверзио), нормальной величины и формы, обычной консистенции, подвижно, поверхность гладкая. Отмечается умеренная болезненность при пальпации.

Придатки слева не пальпируются. Справа пальпируется правый яичник в виде опухолевидного резко болезненного образования 6\*7\*6 см. Правый свод влагалища уплощён, болезненнен при пальпации.

**6. Предварительный диагноз**

Основное заболевание – Перекрут кисты правого яичника.

Сопутствующие заболевания – не выявлены.

Осложнения – не выявлены.

**7. План обследования**

*1.Общеклинические исследования*

* Клинический анализ крови
* Общий анализ мочи
* Анализ крови на ЭДС
* Группа крови + резус – фактор
* Анализ крови на САСС
* Биохимический анализ крови (общий белок + фракции, креатинин, мочевина, билирубин, глюкоза)
* Рентгенография органов грудной клетки
* ЭКГ

*2. Специальные исследования*

* УЗИ органов малого таза
* Бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из уретры, влагалища, цервикального канала на флору (гонококк, хламидии, гарднереллы).
* Пункция брюшной полости через задний свод влагалища

*3. Консультации других специалистов*

* Хирурга (с целью исключения острой хирургической патологии)

**8. Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз чаще всего проводят с нарушенной внематочной беременностью, апоплексией яичника, перекрутом гидросальпинкса или субсерозного миоматозного узла, с острым воспалением придатков матки, острым аппендицитом, почечной коликой и острой кишечной непроходимостью.

*При внематочной беременности* имеется задержка менструаций, появляются темные кровянистые выделения из половых путей, преобладают симптомы внутреннего кровотечения и коллапса, а не явления раздражения брюшины. Необходимо обращать внимание на характер болей и их локализицию. При разрыве трубы они обычно бывают острые и сильные, а при трубном аборте - схваткообразные. Боли почти всегда иррадиируют в область прямой кишки и наружных половых органов, реже - в плечо и ключицу (френикус-симптом). Температура тела при прервавшейся внематочной беременности чаще бывает нормальной или же несколько повышенной, артериальное давление при сильном кровотечении значительно снижается. При влагалищном исследовании в области придатков матки выявляется тестоватой консистенции образование, без четких границ, вытянутой формы, а не тугоэластическое, округлое, как при кисте яичника. Надавливание на задний свод влагалища вызывает резкую боль. Матка несколько увеличена и размягчена. При пункции заднего свода обычно удается получить темную кровь с небольшими сгустками. При дифференциальной диагностике этих двух заболеваний решающее значение имеют указания в анамнезе на кисту или опухоль яичника, отсутствие признаков беременности и кровянистых выделений из половых путей. Особые трудности возникают при диагностике перекрута ножки кисты при беременности.

*Апоплексия яичника* чаще всего наблюдается в середине менструального цикла (в момент овуляции) или же в начале периода развития желтого тела. Клиническая картина мало чем отличается от симптоматики внематочной беременности и протекает по типу внутреннего кровотечения.

*Перекрут гидросальпинкса* происходит сравнительно редко, так как воспалительно-измененная труба, содержащая экссудат, обычно бывает спаяна с близлежащими органами. Симптомы перекрута гидросальпинкса почти аналогичны таковым при перекручивании ножки кисты (опухоли) яичника. В этих случаях большое диагностическое значение имеют анамнестические указания на перенесенный хронический воспалительный процесс придатков матки с накоплением жидкости в маточной трубе.

Пиосальпинкс и пиоварий, как правило, имеют неправильную ретортообразную форму, неровную поверхность, плотную консистенцию. Однако эти признаки могут быть весьма вариабельны, в связи с чем постановка окончательного диагноза возможна иногда только во время операции. Киста яичника обычно пальпируется в виде округлого образования с гладкой поверхностью тугоэластической консистенции.

*Субсерозная миома* отличается от кисты яичника более плотной консистенцией. Кроме того, он редко бывает одиночным и обычно сочетается с несколькими интерстициальными узлами.

При *остром аппендиците* боли обычно начинаются в эпигастральной области или в области пупка и лишь затем локализуются в правой подвздошной области; аппендикулярные симптомы (Ровзинга, Ситковского и др.) положительные, при влагалищном исследовании патологических изменений со стороны матки и придатков не находят. При дифференциальной диагностике с острым аппендицитом особые трудности возникают при тазовом расположении червеобразного отростка. Здесь большое значение приобретают данные, полученные при гинекологическом исследовании. Одностороннее образование, расположенное в области придатков матки, боли в надлобковой области характерны для перекрута ножки овариального образования.

Диагностика острой кишечной непроходимости и почечной колики обычно не вызывает больших затруднений. При острой кишечной непроходимости имеются схваткообразные боли в животе, рвота, метеоризм, задержка стула и газов. Клинический диагноз подтверждается при рентгенологическом обследовании больной (уровни жидкости в раздутых кишечных петлях). При почечной колике боли обычно иррадиируют вниз, имеются дизурические расстройства и положительный симптом Пастернацкого.

**9. Обоснование клинического диагноза**

На основании **жалоб** больной: на резкие, периодические боли преимущественно тянущего характера внизу живота, тошноту, трёхкратную рвоту, ознобы.

**Анамнеза заболевания**: Начало заболевания острое с внезапного появления резких болей приступообразного характера в нижнем отделе живота преимущественно справа. Боли иррадиировали в правую поясничную область, а также в область эпигастрия, сопровождались тошнотой, трёхкратной рвотой желудочным содержимым без патологических примесей. Начало заболевания пациентка связывает с физическим перенапряжением (поднятие тяжести).

 **Анамнеза жизни**: у женщины отягощённый гинекологический анамнез (3 искусственных аборта, 1 внематочная беременность, эрозия шейки матки, метроэндомерит, женщина перенесла 4 гинекологические операции, не включая искусственные аборты, в том числе 3 операции - по поводу кист правого и левого яичников).

**Результатов общего обследования**: состояние больной тяжёлое, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, тахикардия. Живот при пальпации резко болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные.

**Данных гинекологического обследования:**

Тело матки при пальпации умеренно болезненно. Придатки слева не пальпируются. Справа пальпируется правый яичник в виде опухолевидного резко болезненного образования 6\*7\*6 см. Правый свод влагалища уплощён, болезненнен при пальпации.

**Дополнительных методов обследования:**

Клинический анализ крови – лейкоцитоз до 13,4 \* 10 9 / л,

УЗИ органов малого таза – правый яичник увеличен в размерах (64\*45\*62 мм) с нечёткими, неровными контурами, содержит два неоднородных жидкостных образования. В малом тазу до 50 мл свободной жидкости.

**Проведённого дифференциального диагноза**

Выставляется **клинический диагноз:**

Основное заболевание – Перекрут кисты правого яичника.

Сопутствующие заболевания – не выявлены.

Осложнения – не выявлены.

**10. План лечения**

Перекрут ножки опухоли (кисты) относится к неотложным состояниям в гинекологии. Лечение только оперативное.

***1. Операция: Лапаротомия. Овариоэктомия справа*.**

Операция в основном показана при па­тологическом изменении (киста, фиброма и др.) всего яич­ника.

*Техника операции.* Разрез может быть как поперечным надлобковым, так **и** продольным. Небольших размеров и подвижная опухоль яичника легко выводится в операци­онную рану. При больших размерах опухоли разрез перед­ней брюшной стенки должен быть только продольным, что­бы при необходимости его можно было продлить кверху (с обходом пупка влево). При наличии спаек с маткой и кишечником рыхлые спайки разъединяют тупым путем, плотные сращения рассекают ножницами ближе к поверх­ности опухоли (чтобы не повредить стенку кишки). Если опухоль очень больших размеров и наполнена жидким со­держимым, необходимо выпустить жидкость путем пунк­ции с помощью троакара. Нельзя пунктировать плотные бугристые образования, внешне подозрительные на злока­чественные. После опорожнения кистозного образования место пункции зашивают кисетным швом. Затем выведенную в операционную рану кисту или опухоль вновь обкладывают салфетками и накладывают зажимы на ножку. При перекруте ножки зажимы накладывают ниже места перекрута, при этом ножку не раскручивают. Если ножка опухоли толстая можно раздельно пережать и лигировать отдельные анатомические образования, входящие в неё, так как с толстой культи лигатура может соскользнуть.

Между наложенными зажимами ножницами пересекают ткани, опухоль (кисту) удаляют, культю прошивают и перевязывают. Перитонизацию производят кисетным швом от угла матки с последовательным прошиванием переднего и заднего листков широкой связки. В созданный кисет погружают культю и затягивают.

 Брюшную полость послойно зашивают наглухо.

***2. Послеоперационное лечение***

* ***Общее***
1. Режим – постельный, затем палатный, далее – общий.
2. Диета – нулевая (хирургическая) в виде трех последовательно назна­чаемых диет — № 0а, 0б, 0 в; далее диета №1, затем – №15.
3. Медикаментозная терапия

а) дезинтоксикационная терапия

Rp.: Sol. Natrii сhloridi 0,9 % - 400 ml

 D.t.d. N. 3

 S. В/в, капельно 1 р/день.

#

Rp.: Sol. Ringeri 400 ml

 D.t.d. N. 3

 S. В/в, капельно 1 р/день.

#

Б) анальгетики, спазмолитики

Rp.: Sol. Nospani 2% - 2 ml

 D.t.d. N. 6

 S. В/м по 2 мл 2 р/сут.

#

Rp.: Ketonali 2 ml

 D.t.d. N. 10

 S. В/м по 2 мл 4 р/сут.

В) антибактериальная терапия

Rp.: Cefotaximi 0,5

 D.t.d. N. 30 in ampull.

 S. В/м по 1,5 г 2 р/сут. Растворить в воде для инъекций.

#

Rp.: «Metrogyl» 0,5

 D.t.d. N. 15

 S. В/в, капельно по 100 мл (1 флакону) 3 р/сут. (через 8 часов)

* ***местное***

Ежедневная перевязка послеоперационной раны.

**11. Дневники**

**10.01.07.**

Беспокоят боли в области послеоперационной раны, усиливающиеся при движении. Также больная отмечает общую слабость.

Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ясные, чистые, ЧСС 75 уд/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 75 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. на обеих руках.

При пальпации живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны.

Стул, мочеиспускание в норме.

 Status localis: сверху рана покрыта струпом тёмно – коричневого цвета. Окружающие рану ткани незначительно отёчны, при пальпации болезненны. Гиперемия и повышение местной температуры окружающих тканей не выражена. Между швов в нижней трети раны имеется скудное серозное отделяемое.

Лечение получает.

**11.01.07.**

Боли в области послеоперационной раны менее интенсивные.

Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ясные, чистые, ЧСС 72 уд/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 72 в минуту. АД 115/70 мм рт.ст. на обеих руках.

При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в области послеоперационной раны.

Стул, мочеиспускание в норме.

 Status localis: Сверху рана покрыта струпом тёмно – коричневого цвета. Окружающие рану ткани незначительно отёчны, при пальпации слегка болезненны. Имеется незначительная гиперемия и повышение местной температуры окружающих тканей. Между швов в нижней трети раны имеется скудное серозное отделяемое.

Лечение получает.

**12.01.07.**

Боли в области послеоперационной раны незначительные, возникают только при движении. Пациентка отмечает улучшение общего состояния.

Общее состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ясные, чистые, ЧСС 73 уд/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 73 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. на обеих руках.

При пальпации живот мягкий, слегка болезненный в области послеоперационной раны.

Стул, мочеиспускание в норме.

 Status localis: сверху рана покрыта струпом тёмно – коричневого цвета. Окружающие рану ткани при пальпации слегка болезненны. Гиперемия, отёк и повышение местной температуры окружающих тканей не выражена. Отделяемого из раны нет.

Лечение получает.

**12. Этиология и патогенез**

В понятие «ножка опухоли (кисты) яичника» входят анатомические образования, которые подходят к яичнику: брыжейка яичника, собственная связка яичника, подвешивающая связка яичника. В ножке проходят кровеносные сосуды (яичниковая артерия, одноименные вены, анастомоз её с маточной артерией), лимфатические сосуды и нервы.

Хирургическая ножка, образовавшаяся в результате перекрута, может включать и другие органы: перерастянутую маточную трубу, сальник, петли кишечника. Чаще всего в перекрут ножки опухоли яичника попадает только маточная труба.

Причины перекрута ножки кисты (опухоли) яичника не всегда ясны. Известную роль в этом осложнении могут играть следующие факторы:

* повышение давления крови в венах ножки кисты (опухоли) и в самом образовании;
* резкое вращение туловища;
* усиленная перистальтика кишечника;
* переполнение мочевого пузыря;
* переход кисты (опухоли) из малого таза в брюшную полость;
* длинная ножка.

У многорожавших женщин с перерастянутой передней брюшной стенкой перекрут встречается чаще. Иногда перекрут ножки возникает при внезапной остановке вращательного движения туловища (гимнастические упражнения, быстрый поворот туловища в кровати, при танцах), физических напряжениях.

Для того чтобы произошло перекручивание, образование должно иметь не только длинную ножку, но и достаточную подвижность. Перекручиванию чаще подвергаются кисты средних размеров и особенно дермоидные вследствие их легкости (содержимое дермоидных кист чаще состоит из сала и волос).

Патологоанатомические изменения в кисте (опухоли) при перекручивании ее ножки в значительной степени зависят от быстроты, с которой происходит поворот по оси, а также от степени перекрута и нарушения питания.

При перекруте ножки опухоли (кисты) прежде всего нарушается питание опухоли и вследствие этого развиваются симптомы, характерные для перекрута.

Перекрут ножки может произойти быстро или постепенно. Он может быть полным (перекрут на 360 0 и более) и частичным (менее чем на 360 0 ).

Если перекрут происходит медленно, то вначале нарушается отток крови по более тонкостенным и легко сжимаемым венозным сосудам, в то время как по артериям с более упругими стенками кровь продолжает поступать. В опухоли (кисте) образуется венозный застой, она увеличивается в размерах, возникают кровоизлияния и может даже наступить разрыв капсулы опухоли с кровотечением в брюшную полость. Цвет опухоли вначале тёмно-вишнёвый, а затем становится коричневым. При более значительном перекруте ножки кровь перестаёт поступать и по артерии, опухоль (киста) лишается питания и в ней появляются некротические изменения. Иногда это может привести к тяжёлым септическим осложнениям (перитонит), если своевременно не оказать хирургическую помощь.

**13. Прогноз**

 а) для жизни и трудоспособности прогноз благоприятный;

б) деторождаемость возможна при искусственном внесении в матку эмбриона (метод экстракорпорального оплодотворения), поскольку у женщины на данный момент удалены обе маточные трубы, правый яичник удалён, а левый двукратно резицирован.

1. **Этапный эпикриз**

Больная Марс Г.В., 42 лет находится на стационарном лечении в гинекологическом отделении ГКБ №2 с 3 января 2007 года с диагнозом: Перекрут кисты правого яичника.

При поступлении больную беспокоили резкие, периодические боли преимущественно тянущего характера внизу живота, тошнота, рвота, ознобы. Состояние больной при поступлении тяжёлое, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, тахикардия. Живот при пальпации резко болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные.

После необходимого объёма обследования больной в экстренном порядке была проведена операция: Лапаротомия. Овариоэктомия справа. Назначено послеоперационное лечение (режим, диета, дезинтоксикационная терапия, анальгетики, спазмолитики, антибактериальная терапия, ежедневные перевязки послеоперационной раны).

Послеоперационный период соответствует характеру и объёму оперативного вмешательства.

**15. Список используемой литературы**

1. Василевская Л.Н. Гинекология / Учебник. Ростов н/Д: Феникс, 2002.
2. лекции кафедры акушерства и гинекологии
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В 2 томах. Т. 1.- М., Медицина, 1993
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В 2 томах. Т. 2.- М., Медицина, 1993