**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. ФИО

2. Возраст: 29 лет

3. Профессия:

4. Место работы:

5. Домашний адрес:

6. Дата поступления в стационар:

7. Семейное положение:

8. Доставлена в гинекологическое отделение каретой скорой помощи.

**ЖАЛОБЫ**

На момент госпитализации жалобы на интенсивные острые боли в нижней части живота слева с иррадиацией с левый бок; кровянистые выделения из половых путей; повышение температуры тела до 37,5 °С; головокружение; слабость.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Пациентка считает себя больной с 29 августа 2009 года, когда впервые почувствовала умеренную боль внизу живота слева; одновременно появились скудные кровянистые выделения из половых путей. Температура тела повышалась до 37,5° С. Больная за медицинской помощью не обращалась и медикаментозную терапию не проводила, выполняла согревание левой подвздошной области с целью купирования болевого симптома. Положительной динамики не наблюдалось. Интенсивность болей прогрессивно нарастала.

1 сентября 2009 года боли стали острыми, невыносимыми. Больная вызвала скорую медицинскую помощь и была доставлена ею в гинекологическое отделение Луганского городского роддома.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больная – второй ребенок в семье. Родилась 20 июня 1980 г. в г. Луганске с массой 3200 г. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставала.

В 2004 году окончила ПТУ по специальности «Бухгалтерский учёт и аудит». Трудовую деятельность начала после окончания ПТУ кассиром на \*\*\*\*\*\*, где работает до настоящего времени. Профессиональные и экологические вредности, связанные с трудовой деятельностью, отрицает.

Перенесенные заболевания: в 8-летнем возрасте переболела ветряной оспой, в 10-летнем - краснухой. Простудными заболеваниями болеет редко (ОРВИ 1 – 2 раза в год). До 10 лет страдала бронхиальной астмой легкой степени. После десяти лет приступов бронхиальной астмы не было.

Гемотрансфузия в 2005 г.

Венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает.

Анамнез по ОКИ, малярии, глистным инвазиям, тениоринхозу не отягощен.

Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Семейный анамнез на сахарный диабет, туберкулез и онкологические заболевания со стороны матери больной – не отягощен, со стороны отца – неизвестен.

Замужем. В браке состоит с 1998 года.

Материально – бытовые условия удовлетворительные.

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ**

1. ***МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ***

Менархе в 11 лет, регулярная менструальная функция установилась сразу. Менструации длительностью 7 дней, регулярные (менструальный цикл – 27 дней), безболезненные, умеренной интенсивности. Изменения типа и характера менструаций после начала половой жизни не отмечала.

Последняя менструация была 13 августа 2008 г. без особенностей.

1. ***ПОЛОВАЯ ФУНКЦИЯ***

Начала половую жизнь в 16 лет. На протяжении жизни имела 4 половых партнеров. Контрацептивы использовала в течение первых трех лет с начала половой жизни – пользовалась барьерными средствами контрацепции (презервативами).

Брак первый, в браке состоит 11 лет. Болей при половом акте не отмечает. Половые отношения регулярные.

1. ***ДЕТОРОДНАЯ ФУНКЦИЯ***

Через 2 года от начала половой жизни наступила первая беременность, еще через 7 лет – вторая.

I беременность (1998 г.) – многоплодная (двуплодная), окончилась самопроизвольным абортом в сроке 16 недель. Был выполнен кюретаж полости матки и проводена консервативная терапия.

II беременность (2005 г.) – внематочная беременность (трубная), прерванная в сроке 8 недель. Произошел разрыв правой маточной трубы. Операция – тубэктомия слева.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

***Общее состояние*** на момент поступления тяжелое, тяжесть обусловлена болевым синдромом.

На момент курации – удовлетворительное.

Температура тела – 37,2 °C.

Пульс – 74 удара в минуту.

Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст.

Рост – 167 см.

Вес – 62 кг.

Конституция нормостеническая.

Телосложение правильное.

Тип построения тела – женский.

***Кожные покровы.*** Цвет кожи и видимых слизистых оболочек розовый. Кожа гиперемирована. Сыпи нет. Кожа эластичная, умеренной влажности. Тургор кожи сохранен. Имеется послеоперационный рубец от лапаротомии по Пшанненштилю. Оволосение по женскому типу.

***Подкожная жировая клетчатка.*** Развита умеренно. Толщина складки на животе – 4 см. Подкожный жировой слой распределен равномерно. На момент курации пастозности и отёков не отмечается. Подкожные вены малозаметны. Подкожная жировая клетчатка при давлении безболезненная.

***Молочные железы.*** Округлой формы, симметричные, соски развиты, умеренно пигментированы.

***Лимфатические узлы.*** Пальпации доступны поднижнечелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Они одиночные, до 5 мм в диаметре, округлой формы, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные с кожей и с окружающими тканями.

***Мышцы*** умеренно развитые, в тонусе, безболезненные при исследовании.

***Кости*** безболезненные при исследовании, деформаций костей нет.

***Суставы*** безболезненные при пальпации, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме, конфигурация суставов без особенностей.

***Система органов дыхания.*** Грудная клетка нормостеническая, без деформаций. Дыхание через нос не затруднено, тип дыхания грудной. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД – 14 раз в минуту, ритм дыхания правильный. Одышки в покое нет.

Пальпация: голосовое дрожание сохранено и одинаково проводится над всей поверхностью легких. Местной болезненности при пальпации нет.

Перкуссия: над всей поверхностью легких выслушивается ясный легочной звук.

Аускультация: дыхание везикулярное. Дыхательные шумов, хрипов, шума трения плевры нет.

***Система кровообращения.*** Область сердца не изменена. Патологической пульсации сонных артерий, набухания и пульсации шейных вен не обнаружено. Пульсация в области сердца и эпигастрия отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Систолическое и диастолическое дрожание не определяется.

Пульс синхронный, 74 удара в минуту, ритмичный, умеренного напряжения и наполнения, быстрый.

Перкуссия: границы относительной и абсолютной сердечной тупости соответствуют физиологическим нормам.

Аускультация сердца: частота сердечных сокращений − 74 удара в минуту, сердечные сокращения ритмичные.

Тоны сердца ясные, ритмичные.

Шумы не выслушиваются.

Артериальное давление – 130/80 мм. рт. ст.

***Система желудочно – кишечного тракта.*** Губы розового цвета, умеренно влажные, без высыпаний, трещин и эрозий. Слизистая оболочка ротовой полости розовая, умеренно – влажная. Гиперемии, изъязвлений, афт, не обнаружено. Десна не разрыхлены и не кровоточат. Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом. Миндалины без особенностей.

Слюнные железы (околоушные, слюнные и подъязычная) не увеличены, безболезненные, изменения цвета кожи над областью желез не отмечается, боль при жевании и открывании рта отсутствует.

Живот при пальпации резко болезненный в левой подвздошной области (в области послеоперационного рубца). Живот симметричный, видимой на глаз перистальтики кишечника и желудка не отмечается.

Расхождения прямых мышц живота, грыж, выраженного увеличения внутренних органов, объемных образований, расширенных подкожных вен не наблюдается.

Печень по краю реберной дуги, край гладкий, мягкий, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется.

Имеются тазовые перитонеальные симптомы.

Характеристика испражнений: стул 1 – 2 раза в сутки, коричневого цвета, оформленной консистенции.

***Мочевыделительная система.*** При осмотре область поясницы не изменена. При бимануальной глубокой пальпации почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпации недоступен. Пальпация в верхних и нижних мочеточниковых точках безболезненная. Симптом ″поколачивания″ отрицательный. Частота мочеиспусканий – 5 – 7 раз в сутки, мочеиспускание безболезненное. Диурез – до 1000 мл мочи в сутки.

**СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

***ОСМОТР.*** Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. Патологических изменений на вульве, при обследовании мочеточника, парауретральных ходов, выводных протоков бартолиновых желез, промежности, преддверия влагалища не обнаружено.

***ОСМОТР В ЗЕРКАЛАХ.*** Влагалище нерожавшей, перегородок нет. Слизистая влагалища розового цвета, складчатая, не отечная. Шейка матки цилиндрической формы. Эрозий, экзоцервицита, эндоцервицита, полипов, кондилом, разрывов нет. Наружный зев закрыт. Выделения – «шоколадные».

***БИМАНУАЛЬНОЕ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.*** Пальпация больших половых губ, бартолиновых желез, сводов влагалища, шейки матки безболезненная; патологических образований не обнаружено.

Тело матки не увеличено, отклонено кпереди, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки матки справа без особенностей. Слева пальпируется округлое образование 4 х 5 см в диаметре, мягкоэластичной консистенции, почти несмещаемое. Крестцово-маточные связки не изменены.

Ампула прямой кишки свободна.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании:

● жалоб – интенсивные острые боли в нижней части живота слева с иррадиацией с левый бок; кровянистые выделения из половых путей; повышение температуры тела до 37,5 °С; головокружение; слабость.

● анамнеза заболевания – прогрессивное нарастание болей внизу живота с иррадиацией в левый бок;

● анамнеза жизни – длительные кровянистые менструации, самопроизвольный аборт (1998 г.), трубная беременность (2005 г), разрыв правой маточной трубы с последующей тубэктомией;

● объективных данных – выявление при бимануальном исследовании придатков матки слева округлого образования 4 х 5 см в диаметре, мягкоэластической консистенции, малосмещаемого

можно предположить!!! предварительный диагноз:

Основной: ***тубоовариальное образование слева.***

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Лабораторные исследования
2. Клинический анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Анализ крови на сахар
5. Серологическое исследование крови на сифилис МРП
6. Исследование кала на яйца гельминтов
7. Определение группы крови и резус - фактора
8. Коагулограмма
9. Биохимическое исследование крови (печеночные пробы, белки, электролиты)
10. Анализ выделений цервикального канала, уретры
11. Посев из влагалища на флору

II. Гинекологическое исследование – пункция брюшной полости через задний свод влагалища

III. Инструментальные методы исследования

1. УЗИ ОБП и ОМТ
2. ЭКГ
   1. Консультации смежных специалистов

Консультация хирурга – для исключения «острого живота» хирургического профиля.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

* 1. Клинический анализ крови (01.09.09):

Hb: 142 г/л;

Эритроциты: 4,83×1012/л;

ЦП: 0,87;

Лейкоциты: 9,0×109/л

Палочкоядерные: 4%;

Сегментоядерные: 63%;

СОЭ: 15 мм/ч.

* 1. Общий анализ мочи (01.09.09):

Цвет: светло-желтый

Удельный вес: 1013

Реакция слабощелочная;

Белок: нет;

Эритроциты: 2 – 4 в п/з;

Лейкоциты: 7 – 9 в п/з;

Слизь: нет.

* 1. Анализ крови на сахар (01.09.09):

4,4 ммоль/л.

* 1. Серологическое исследование крови на сифилис МРП (01.09.09):

МРП – отрицательная.

* 1. Анализ кала на яйца гельминтов (01.09.09):

При исследовании кала яйца глистов ЭПКП, сальмонеллы не обнаружены.

* 1. Биохимия крови (электролиты, печёночные пробы, белки) (01.09.09):

Билирубин прямой: 7 мкмоль/л;

АлАТ: 0,5 ммоль/ч/л;

Тимоловая проба: 3 ЕМ;

Общий белок: 72 г/л;

Альбумин: 41 г/л;

Мочевина: 5,6 ммоль/л.

* 1. Коагулограмма крови (01.09.09):

ПТИ: 105%;

Время рекальцификации: 92"

Фибрин-фермент: 13 мг/мл;

Фибриноген: 289 мг/100мл.

* 1. Определение группы крови и резус фактора (01.09.09):

II (A) Rh(+).

9) Анализ выделений цервикального канала, уретры (01.09.09):

Слизь – умеренное количество;

Эпителий – 12 – 14 в поле зрения;

Флора – палочки;

GN – отрицательный;

Tr. − отрицательный

10) Посев из влагалища на флору: (01.09.09):

Патогенная флора не высеяна.

ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА (01.09.09)

В асептических условиях после соответствующей обработки влагалища и наружных половых органов шейка матки обнажена в зеркалах, взята на пулевые щипцы за заднюю губу. Обезболивание – новокаин 5% - 5 мл.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Получено 3 мл «шоколадного» содержимого.

Заключение: **разрыв кисты левого яичника***.*

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

* 1. УЗИ ОМТ (01.09.09):

Левый яичник определяется, размеры его увеличены (50 х 51 х 49 мм). Структура изменена – содержит кисту 49 х 48 мм с неоднородным содержимым и толстой капсулой.

Правый яичник определяется, размеры обычные (22 х 18 х 17 мм).

Патологические образования в полости малого таза определяются: слева и кпереди от матки – тубоовариальная опухоль, состоящая из кист. Гидросальпинкс слева.

Левая маточная труба определяется в виде жидкостного образования с перетяжками, размер 92 х 40 мм.

Заключение: **тубоовариальная опухоль слева***.*

* 1. ЭКГ (01.09.09):

RR – 0,8'', PQ – 0,16'', QRS – 0,06'', QT – 0,3''. ЧСС – 80 ударов в минуту.

Ритм синусовый правильный. Электрическая ось сердца не отклонена.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ХИРУРГА

Патология хирургического профиля исключена.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании:

*♦ жалоб, анамнеза заболевания и предварительного диагноза:* тубоовариальное образование слева;

♦ результатов *пункции брюшной полости через задний свод влагалища*: разрыв кисты левого яичника*;*

♦ заключения *УЗИ ОМТ*: тубоовариальная опухоль слева

можно поставить предоперационный диагноз: *Тубоовариальное образование слева? Разрыв кисты левого яичника?*

Больной показано оперативное лечение по жизненным показаниям. Объём будет рассмотрен в ходе операции. Согласие больной на операцию получено. С возможными последствиями ознакомлена.

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Название операции: Лапаротомия по Пфанненштилю. Удаление левых придатков. Резекция 1/3 правого яичника. Резекция большого сальника. Дренаж брюшной полости.

Диагноз до операции: *Тубоовариальное образование слева? Разрыв кисты левого яичника?*

Диагноз после операции: *Пиосальпинкс слева. Эндометриоидная киста правого яичника.*

Ход операции:

В асептических условиях, после соответствующей обработки операционного поля бетадином, после обработки рук хирурга, по иссечении старого рубца разрезом по Пфанненштилю послойно вскрыта брюшная полость.

В области левых придатков обнаружен конгломерат размером 6 × 7 см, стенки отёчны, инфильтрированы, имбибированы гноем. Тело матки не увеличено.

Справа – маточная труба отсутствует всвязи с операцией 2005 г. У нижнего полюса яичника обнаружено эндометриоидное образование диаметром около 4 см, вскрывшееся («шоколадное» содержимое).

Слева произведена аднексэктомия. Культя прошита и лигирована. Контроль гемостаза. Сухо.

Яичник справа резецирован на 1/3 в пределах здоровых тканей. Культя ушита отдельными лигатурами. Произведен контроль гемостаза. Сухо.

Произведена резекция большого сальника.

Дренирование брюшной полости – в правую и левую подвздошную область через контрапертуры. Контроль гемостаза – сухо.

Подсчёты салфеток и инструментария («все в наличии»).

Брюшная полость послойно ушита наглухо.

Швы на кожу по Донати.

Наложена асептическая повязка.

Моча по катетеру светлая, прозрачная, 150 мл.

Кровопотеря 250 мл.

Макропрепараты:

1) Слева вскрывшийся конгломерат размером 6 х 7 см, стенки отёчны, инфильтрированы.

1. Справа – образование диаметром 4 см.

3) Часть большого сальника – утолщение жировой ткани с множественными кистозными включениями.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз проводится с почти всеми тубоовариальными образованиями: разрывом трубы при внематочной беременности, перекрутом и разрывом кисты яичника, гидросальпинксом, опухолями яичников и маточных труб, кистомами.

Разрыв маточной трубы при трубной беременности возникает, как правило, остро, с выраженной клинической картиной кровотечения в брюшную полость: резкая анемизация и снижение артериального давления, головокружение, обморок, перитонеальный шок, болевой приступ. Происходит обычно на 4 – 6 или 7 – 8 неделе беременности. Подтвердить диагноз также позволяют признаки беременности.

Клиника гидросальпинкса и пиосальпинкса похожа; пиосальпинкс протекает тяжелее, что обусловлено общей интоксикацией организма, повышением температуры тела, ознобом, тахикардией. Наличие гноя и гистологическое исследование удаленного образования позволяют подтвердить диагноз пиосальпинкса.

Опухоли яичника и маточной трубы на определенной стадии развития можно диффиренцировать с пиосальпинксом. При них также определяется опухолевидное образование в тубоовариальной области, общая слабость, недомогание, возможно повышение температуры тела. У молодых пациенток иногда возникает болевой синдром вплоть до выраженной симптоматики «острого живота» в связи с возможным перекрутом ножки или перфорацией капсулы опухоли.

Но при опухолях яичника и маточной трубы возникают нетипичные для пиосальпинкса клинические симптомы: снижение и извращение аппетита, нарушение функции ЖКТ, увеличение живота за счет асцита, выпот в одной или обеих плевральных полостях, признаки сердечно – сосудистой и дыхательной недостаточности, отеки на нижних конечностях.

Перекрут и разрыв большой кисты яичника сопровождаются выраженной клиникой «острого» живота, появляется боль над лобком, которая может охватывать также левую подвздошную область, иррадиирует в спину, промежность, распространяется на внутреннюю поверхность бедер. Наблюдается многократная рвота, мучительная тошнота рефлекторного характера, поллакиурия, учащенные позывы на дефекацию. Поведение больных беспокойное. При значительном кровотечении из стенки кисты появляются также симптомы внутреннего кровотечения: общая слабость, головокружение, шум в ушах, бледность кожных покровов, тахикардия. При исследовании живота в редких случаях удается пропальпировать кисту, но обычно при самой тщательной пальпации этим методом не удается установить причину острой боли внизу живота, хотя отмечают некоторую резистентность и даже отчетливое защитное напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Температура тела в норме. Разница между температурой тела в подмышечной впадине и прямой кишке не превышает 0.5-0.7оС. Бимануальное исследование в этих случаях позволяет выявить округлую, с гладкой поверхностью, эластичную болезненную опухоль, которая достаточно отчетливо отделяется от матки и имеет ножку.

При исследовании крови обнаруживается некоторое снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, если разрыв кисты сопровождается внутрибрюшным кровотечением. При незначительном кровотечении и перекруте кисты такие изменения не выявляются. Не изменяется также количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула крови.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании

◄ *предварительного предоперационного диагноза*: тубоовариальное образование слева? Разрыв кисты левого яичника?;

*◄ данных* *интраоперационной ревизии органов малого таза*: в области левых придатков – конгломерат размером 6×7 см, стенки отёчны, инфильтрированы, имбибированы гноем, справа у нижнего полюса яичника – эндометриоидное образование диаметром около 4 см, вскрывшееся;

*◄ результатов гистологического исследования маркопрепаратов*, полученных во время операции: вскрывшийся конгломерат слева, справа – образование диаметром 4 см, в большом сальнике – утолщение жировой ткани с множественными кистозными включениями

установлен **клинический диагноз**: *Пиосальпинкс слева. Эндометриоидная киста правого яичника.*

**ПРИНЦИПЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Режим*: строгий постельный – 1 день;

постельный – 2 день;

палатный – последующие дни.

*Диета*: Стол № 0 – 1 день послеоперационного периода;

Стол № 15 – последующие дни.

*Перевязки* послеоперационной раны в асептических условиях – ежедневно.

В первый послеоперационный день – пузырь со льдом на низ живота.

***Медикаментозно:***

1. Антибактериальная терапия
2. Ненаркотические анальгетики
3. Инфузионная терапия
4. Терапия, направленная на восстановление моторно – эвакуаторной
5. Витаминотерапия
6. Заместительная гормональная терапия (начиная с 3 суток послеоперационного периода)
7. Рассасывающая терапия

Лист назначений:

1. Sol. Ringer – Locke 500,0 мл в/в капельно 1 раз в день N. 2.
2. Sol. Ceftriaxoni – по 1 г, разведенному в 3 мл 0,9% Sol. NaCl и 2 мл Sol. Lidocaini

в/м 2 раза в день N. 5.

1. Sol. Metrogili 100,0 мл в/в капельно 3 раза в день N. 3.
2. Sol. Analgini 5,0 мл в/м 2 раза в день N. 5.
3. Sol. Dinastat – содержимое флакона развести в 5 ml стерильного 0,9 % ра-ра NaCl, вводить в/в в первые дни при сильных болях.
4. Sol. Proserini по 2,0 мл п/к 2 раза в день N. 3.
5. Tab. "Polyvit" по 1 таблетке 1 раз в день N. 30.
6. Tab. «Femoston Conti» по 1 таблетке 1 раз в день.
7. Sol. «Extract Aloe» по 1 мл п/к 1 раз в день N. 10.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

***2.09.09 г. (первый день п/о периода)***

Жалобы:

на боли в области послеоперационной раны.

Объективно:

Общее состояние соответствует тяжести перенесенной операции.

В лёгких - везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердце - тоны ясные, ритмичные.

Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны.

Повязка сухая, чистая. Убраны дренажи. Перистальтика кишечника выслушивается.

Моча - по катетеру 750 мл, светлая.

Выделений из половых путей нет.

Локально: п/о рубец спокойный, без признаков воспаления.

***4.09.09 г. (третий день п/о периода)***

Жалобы:

На незначительные боли в области послеоперационной раны.

Объективно:

Общее состояние с положительной динамикой

В лёгких - везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердце - тоны ясные, ритмичные.

Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезн в области п/о раны.

Повязка сухая, чистая. Перистальтика выслушивается.

Моча около 1000 мл, светлая.

Стул не нарушен.

Выделений из половых путей нет.

Локально: п/о рубец спокойный, без признаков воспаления.

***4.09.09 г. (третий день п/о периода)***

Жалобы:

На ноющие боли в области послеоперационной раны.

Объективно:

Общее состояние с положительной динамикой

В лёгких - везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердце - тоны ясные, ритмичные.

Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны. Повязка сухая, чистая. Перистальтика выслушивается.

Моча около 1200 мл, светлая.

Стул не нарушен.

Выделений из половых путей нет.

Локально: п/о рубец спокойный, без признаков воспаления.

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Больная \*\*\*\*\*\*, 1980 г.р., находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении Луганского городского роддома с 01.09.09 по 11.09.09 г. с диагнозом: Тубоовариальное образование слева. Киста правого яичника.

Была госпитализирована бригадой скорой медицинской в ургентном порядке. При поступлении жалобы на интенсивные острые боли в нижней части живота слева с иррадиацией с левый бок в течение 5 дней; кровянистые выделения из половых путей; головокружение; повышение температуры тела до 37,5 °С; головокружение; слабость.

Анамнестически: самопроизвольный аборт (1998г.), трубная беременность (2005 г.), операция тубэктомия справа.

Состояние больное тяжелое, тяжесть обусловлена болевым синдромом.

На 01.09.09: Клинический анализ крови: Hb: 142 г/л; Эр.: 4,83×1012/л; ЦП: 0,87;

Л.: 9,0×109/л; СОЭ: 15 мм/ч;

Биохимия крови: Bi. прямой: 7 мкмоль/л; АлАТ: 0,5 ммоль/ч/л;

тимоловая проба: 3 ЕМ;

общий белок: 72 г/л; альбумин: 41 г/л;

Коагулограмма крови: ПТИ: 105%; Время рекальцификации: 92"

Фибриноген: 289 мг/100мл

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища: *разрыв*

*кисты левого яичника.*

УЗИ ОМТ: *тубоовариальная опухоль слева.*

В ургентном порядке была выполнена операция в объёме: Лапаротомия по Пфанненштилю. Аднексэктомия слева. Резекция и ушивание правого яичника. Резекция большого сальника. Дренаж брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений. Дренажи убраны на 2е сутки.

В послеоперационном периоде получала: инфузионную терапию, цефтриаксон, метрогил, династат, анальгин, прозерин, экстракт Алоэ, фемостон Конти, Поливит.

Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7е сутки. Рубец спокоен и состоятелен.

На момент выписки состояние удовлетворительное. Жалоб нет.

Клинический диагноз: Пиосальпинкс слева. Эндометриоидная киста правого яичника.

Экспертный анамнез: больничный лист на 1 мес.

Рекомендовано:

1. Соблюдение режима питания, физической нагрузки, сна и отдыха, психоэмоциональный покой.
2. Наблюдение у гинеколога по месту жительства.
3. Дообследование на предмет инфекционного процесса эндометрия.
4. Продолжить витаминотерапию («Поливит» по 1 т. 1 раз в сутки), рассасывающую терапию (Экстракт Алоэ – по 1 табл. 3 раза в сутки).
5. Совместно с гинекологом по месту жительства провести коррекцию гормонозаместительной терапии с учётом гормонального фона.

**ПРОГНОЗ**

*Прогноз для жизни* – благоприятный.

*Прогноз для здоровья* – условно – благоприятный.

*Прогноз относительно трудоустройства*: больничный лист на 1 мес. Исключение поднятия тяжестей свыше 3 кг в течение 6 мес.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Макаров Р.Р., Габелов А.А. «Оперативная гинекология». – Ленинград, Медицина, 1977 р., 296 с.
2. Машковский М.Д. «Лекарственные средства». – М., Новая волна, 2007 г., 1206 с.
3. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. «Гинекология». – Москва, ГЭОТАР – МЕД,

2003 г., 472 с.

1. Сметник В.П, Тумилович Л.Г. Оперативная гинекология: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
2. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.I. «Гинекологiя». – Укрмедкнига, 1999 р., 538с.
3. Лекционный материал