

SRНаименование и адрес медицинской организации  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального  
предпринимателя и адрес осуществления медицинской  
деятельности)  
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Учетная форма N 003/y

Утверждена приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 5 августа 2022 г. N 530н



## ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

### Наименование медицинской организации:

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России  
115682 г. Москва Ореховый бульвар 28  
ОГРН 1027700089757

### Наименование отделения: Колопроктологическое отделение

Номер медицинской карты: 31972

### Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество **Погорелова Татьяна Николаевна**

Дата рождения: **11.08.1978**

Пол: Женский

Регистрация по месту жительства:

Регистрация по месту пребывания:

Поступил: в стационар

Период нахождения в стационаре: с **22.06.2023 по 30.06.2023.**

Количество дней нахождения в медицинской организации: **8**

Исход госпитализации: **выписан.**

Результат госпитализации: **Улучшение.**

Форма оказания медицинской помощи: **Плановая**

### Заключительный клинический диагноз:

**Основное заболевание: код по МКБ: L05.9 Рецидивная пресакральная киста. Операция  
26.06.2023г.: Ревизия пресакрального пространства.**

### Сопутствующие заболевания:

Вертеброгенная люмбоишиалгия справа. Синдром хронической тазовой боли. Киста  
Тарлова. Кресцовое менингоцеле. Хронический колит, вне обострения. Целиакия.;

### Состояние при поступлении:

Жалобы: на выраженный болевой синдром до 8-9 баллов по ВАШ.

Анамнез заболевания: В 2005г. в связи с появлением болевого синдрома при половом акте  
обратилась к врачу-гинекологу по м/ж, направлена на дообследование, при котором  
обнаружена пресакральная киста, в связи с планируемой беременностью, рекомендовано  
оперативное лечение, направлена на оперативное лечение.

2005г. - вскрытие пресакральной кисты (г. Ростов-на-Дону).

При обследовании в 2007г. по данным УЗИ - Пресакральная киста, в последующем не  
наблюдалась, не оперировалась.

В 2010г. нагноение пресакральной кисты, по экстренным показаниям оперирована,  
выполнено вскрытие пресакральной кисты, после операции отметила появление болевого  
синдрома.

Через 2 месяца рецидив кисты, выполнено удаление пресакральным кисты с копчиком парасакральным доступом.

После оперативным вмешательств болевой синдром усиливался, появились проблемы с актом дефекации (запоры), в настоящее время для опорожнения кишечника использует ручное пособие и р-ор Фортранс.

При обследовании в 2017г. рецидив пресакральной кисты, не лечилась, не обследовалась.

В 2022г. в НМИЦ онкологии МЗ РФ Ростов-на-Дону выполнена лапаротомия, удаление новообразования забрюшинного пространства, с последующим дренированием жидкостных скоплений под УЗИ-навигацией.

ГИ №101584-97/22: Фрагменты фиброзно-жировой и мышечной ткани с очаговым хроническим воспалением, стенка кисты выстлана атрофическим эпителием.

В 2023г. при обследовании выявлена рецидивная пресакральная киста.

Консультирована врачом-колопроктологом, рекомендована операция после дообследования.

ФКС от 2023г.: В осмотренной части тонкой кишки и во всех отделах толстой кишки без патологии.

МРТ малого таза с в/в контр. от 13.06.2023г.: МР-картина рецидивирующих пресакральных кист с распространением нижней кисты в ишеоанальную ямку справа через дефект леватора заднего прохода. Спаечным процесс в малом тазу, рубцово-спаечные изменения по ходу кист.

Нейрофизиологическое исследование от 01.06.2023г.: Выявленные изменения в совокупности с клиническими жалобами могут соответствовать нейропатии n. pudendus по двигательным волокнам преимущественно слева.

Консультация нейрохирурга: У пациентки по данным МРТ поясничного отдела позвоночника и КТ - миелографии выявлены множественным арахноидальные кисты. В настоящей момент данных за наличие связи между скоплением жидкости в области ранее выполненной операции и субарахноидальном пространстве нет. Показаний к нейрохирургическому лечению нет. Рекомендована консультация колопроктолога.

Консультация врача-невролога: После проведенной блокады КПС отмечается регресс боли в пробах на дисфункцию КПС и частичный регресс боли, однако болевой синдрома в области копчика и области над лоном сохраняется. Показано проведение ЛД блокады лонного сочленения и коррекция медикаментозной терапии хронической боли. При неэффективности - блокада n. подчревного сплетения.

В настоящее время госпитализирована в отделение колопроктологии для планового оперативного лечения по каналу ВТМП.

Анамнез жизни: Трансфузии: Не проводилась.

Туберкулез: Нет.

ВИЧ-инфекция: Нет.

Вирусные гепатиты: Нет.

Сифилис: Нет.

COVID-19: Нет.

Вредные факторы/профмаршрут: Нет.

Наследственность: Не отягощена.

Аллергологический анамнез: Бисептол - задержка мочеиспускания.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Перенесенные операции: см. ан. болезни.

Физикальные исследования, локальный статус: Тяжесть состояния пациента: удовлетворительное

Уровень сознания по шкале Глазго, количество баллов: 15

Оценка состояния кожных покровов: Кожный покров и видимые слизистые нормальной окраски.

Отеки: Отеков нет.

Оценка состояния видимых слизистых оболочек: Видимые слизистые оболочки нормальной окраски.

Состояние подкожно-жировой клетчатки: Подкожная жировая клетчатка развита

умеренно.

Результаты пальпации лимфатических узлов: Подмышечные, над- и подключичные, паховые лимфоузлы при пальпации не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненные.

Оценка костно-мышечной системы: Движения в суставах в полном объеме.

Результат аускультации легких: В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Результат перкуссии и аускультация сердца: Сердце - тоны ясные, ритмичны. АД 122/84 мм рт. ст. Пульс 69 ударов в 1 мин, удовлетворительных качеств.

Результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки: Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания всеми отделами. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Кишечные шумы выслушивается, активные. Печень не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется.

Патологические образования не пальпируются. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. Газы отходят.

Селезенка: Селезенка не увеличена, не пальпируется.

Оценка характера стула и кратности дефекации: Стул на фоне слабительным препаратов.

Наличие симптомов раздражения брюшины: Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Результат пальцевого ректального исследования: В межягодичной складке имеется имеется послеоперационный рубец, без признаков воспаления. Анус сомкнут. Сфинктер тоничен. Рефлекс с перианальной кожи сохранен. Пальцевой осмотр не проводился, в связи с выраженным болевым синдромом.

Результаты обследования мочеполовой системы, оценку характера мочеиспускания:

Область почек при пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Термометрия: 36.7 °C

Измерения частоты сердечных сокращений, пульса (частоты пульса): 71 сокращений в минуту

Артериальное давление: 122 / 84 мм.рт.ст.

Антропометрия: Рост: 160 см

Вес: 48 кг

ИМТ: 18.7

Частота дыхательных движений: 16

Насыщение крови кислородом (сатурация): 98 %

**Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация:**

Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии: Консультация НЕЙРОХИРУРГА, 26.06.2023: Основной диагноз [консультативный] R10.2 Хроническая тазовая боль: На МРТ малого таза 13.06.2023 - рецидивные пресакральные кисты, рубцово-спаечные изменения в малом тазу. Выявленные по данным МРТ множественные арахноидальные кисты в крестцовом канале сообщения с пресакральной областью не имеют. Операция не показана. У пациентки имеется хронический тазовый болевой синдром на фоне пресакральных кист и рубцово-спаечного процесса в малом тазу.

Проведение местного интервенционного лечения (блокада, РЧД) затруднено и связано с высоким риском интра-и послеоперационных осложнений.

Показана консультация врача-альголога Клиники лечения боли для решения вопроса о возможности проведения операции - эпидуральная стимуляция спинного мозга.

Консультация НЕВРОЛОГА, 27.06.2023: Хроническая тазовая боль, Киста Тарлова;

План лечения:

- 1) дулоксетин 30 мг по 1 таб утром 14 дней, далее по 60 по 1 таб утром - 6 месяцев
- 2) габапентин 300 мг по 1-2 день по 1 таб на вечер, 3-4 день по 1 таб утром и вечером, с 5 дня по 1 таб 3 раз в день - 3 месяца
- 3) пластырь лидокаиновый на 12 часов местно
- 4) в связи с послеоперационным периодом через 2-4 недели решение о проведении блокады непарного ганглия, рчд кпс.

**Результаты медицинского обследования:**

Данные лабораторных исследований: 22.06.2023: Общ. белок - 73 г/л

22.06.2023: Мочевина - 3,6 ммоль/л

22.06.2023: Креатинин - 54,9 мкмоль/л

22.06.2023: Билирубин общ. - 6,4 мкмоль/л

22.06.2023: АСТ - 17 Ед/л

22.06.2023: АЛТ - 14 Ед/л

22.06.2023: Глюкоза - 5,3 ммоль/л

27.06.2023: СРБ - 64,5 + Значительно повышен! мг/л

22.06.2023: ВИЧ аг/ат 1+2 Abbott - Не обнаруж. (норма: не обнаружено - );

22.06.2023: Гепатит В (HBsAg) - Не обнаруж. (норма: не обнаружено - );

22.06.2023: anti HCV Abbot - Не обнаруж. (норма: не обнаружено - );

22.06.2023: Сифилис Abbott - Не обнаруж. (норма: не обнаружено - );

Определение основных групп крови (прямой и перекрестный метод, резус-фактор):

22.06.2023, ГК по данным отделения - O ( I )Rh+ (норма: Нет - ); Исслед. Групп крови -

Первая Oab( I ) (норма: Нет - ); Резус-принадлежность (Rh) - ПОЛОЖИТ. (норма: Нет - );

Общий (клинический) анализ крови: Общий анализ, СОЭ, лейкоформула (с микроскопией

мазка крови при наличии патологических сдвигов): 27.06.2023, Лейкоциты -  $4,82 \cdot 10^9$ /л

RBC -  $3,36 \cdot 10^{12}$ /л Гемоглобин - 85 г/л Гематокрит - 27,4 % Тромбоциты -  $258 \cdot 10^9$ /л PCT

- Тромбокрит - 0,26 % MCV - Средний объем эритроцита - 81,5 фл MCH -

Сред.содерж.гемогл.в эритроц. - 25,3 пг MCHC - Сред.конц.гемогл.в эритроц. - 310 г/л RDW -

анизцитоз эритроцитов - 16,2 % MPV - средний объем тромбоцитов - 10,1 фл NEU\* абс. -

$2,96 \cdot 10^9$ /л LYM\* абс. -  $1,28 \cdot 10^9$ /л PDW - 10,6 фл MON\* абс. -  $0,43 \cdot 10^9$ /л EOS\* абс. -

$0,11 \cdot 10^9$ /л BAS\* абс. -  $0,03 \cdot 10^9$ /л NEU\*% - 61,4 % EOS\*% - 2,3 % BAS\*% - 0,6 % LYM\*,

% - 26,6 % MON\*% - 8,9 % СОЭ по Вестергрену - 50 мм/ч

Данные инструментальных исследований: 22.06.2023 Регистрация электрокардиограммы

(ЭКГ) с расшифровкой: Синусовая брадикардия с ЧСС 56 - 59 уд/мин. ЭОС вертикальное

положение. ЭКГ феномен ранней реполяризации желудочков.

22.06.2023 Рентгенография грудной клетки (2 проекции): На R-граммах органов грудной

клетки в 2 проекциях.

Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурны, не расширены.

Диафрагма обычно расположена, плевральные синусы свободные. Сердце и аорта без

особенностей.

Применение лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания: В

послеоперационном периоде проводилась консервативная антимикробная терапия (р-ор

Ципрофлоксацин 200 мг. х 2р/д., р-ор Метронидазол 500 мг. х 3р/д, р-ор Амоксиклав 1.2г.

х 3р/д.), Противовоспалительная терапия (р-ор Кеторол 2.0 3 р/д., р-ор Перфолган 100 мг.

однократно, вечер), Профилактика СОПЖ (Омез 40 мг 1р/д), Обезболивающая терапия (р-

ор Трамал 2.0 3 р/д в/м), Прокинетическая терапия (Вазелиновое масло 30 мл 3р/д),

Профилактика ВТЭО (Эластическое бинтование), продленное опиоидное обезболивание

(ТТС Fentanyl 25 мкг/ч.) Местное лечение - перевязки раны с р-ом Бетадина 10%. Раны

без признаков воспаления, заживление вторичным натяжением.

**Оперативные вмешательства, включая сведения об анестезиологическом пособии:**

23.06.2023 операция: Ревизия пресакрального пространства.

**Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности:**

Состояние при выписке: 7 сутки неосложненного раннего послеоперационного периода

после операции – Ревизия пресакрального пространства. Стационарный этап лечения

завершен. Выписывается для дальнейшего амбулаторного лечения и наблюдения.

Трудоспособность: временно утрачена

с 28.06.2023 по 01.07.2023

Куда: в поликлинику 01.07.2023

**Рекомендации:**

1. Диета с исключением острой пищи и алкоголя.

3. Подмывания прохладной водой после стула – туалетной бумагой не пользоваться.
3. перевязка с р-ом Бетадина 10%.
4. Терапия хронического болевого синдрома:
  - 1) Дулоксетин 30 мг по 1 таб утром 14 дней, далее по 60 по 1 таб утром - 6 месяцев
  - 2) Габапентин 300 мг по 1-2 день по 1 таб на вечер, 3-4 день по 1 таб утром и вечером, с 5 дня по 1 таб 3 раз в день - 3 месяца
  - 3) Пластырь лидокаиновый на 12 часов местно
6. Через 3 недели решение о проведении блокады непарного ганглия, радиочастотная денервация крестцово-подвздошного сочленения.
7. Контрольный осмотр через 7 дней.
8. Наблюдение у врача-колопроктолога по м/ж;

Направлен: прочее

Медицинская реабилитация: не показана

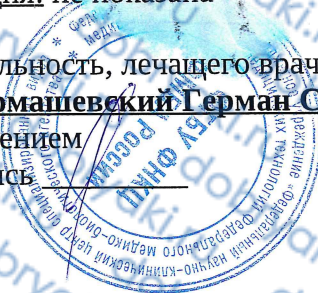
ФИО, должность, специальность, лечащего врача

**врач-колопроктолог Томашевский Герман Сергеевич** Подпись

ФИО заведующего отделением

**СОЛОМКА А.Я.** Подпись

30.06.2023 08:30



# ЛИСТ УЧЕТА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ

Ф.И.О. пациента Погорелова Татьяна Николаевна

Дата	Наименование рентгенологического исследования, исследования с помощью радионуклидов, метода радиационной терапии, метода лечения с помощью лучевого воздействия, иного метода диагностики или лечения, сопровождающегося лучевой нагрузкой	Код по номенклатуре медицинских услуг	Величина лучевой нагрузки (доза), миллизиверт (мЗв)
22.06.2023	Рентгенография грудной клетки (2 проекции)	A06.09.007.004	0.36



Адрес: ул. Каланчевская, д.45  
Телефон: +7 495 781 5577  
e-mail: info@gmsclinic.ru  
www.gmsclinic.ru



Дата: 27.07.2023 11:45

Пациент: **Погорелова Татьяна Николаевна**

Пол: **женский**

Дата рождения: **11.08.1978 (44 лет)**

№ ЭМК: **359824**

## Осмотр колопроктолога

### Жалобы:

боль в тазу, между ягодицами, при сидении,  
отдает в ягодицу  
иногда в ноги.

в анамнезе резекция пресакральной кисты,  
серия операций,  
вскрытие и дренирование 23/06/2023

Пересмотр МРТ - По сравнению с МРТ от 24.03.2023:

- формирование кистозной структуры у правой стенки таза – следует дифференцировать между кистой правого яичника и рецидивной пресакральной кистой, рекомендован контроль в динамике
- скопление жидкости вдоль правого леватора с признаками фиброза с окружающей клетчатке без существенной динамики – изменения, более вероятно, послеоперационного характера
- появление небольшой кисты с геморрагическим содержимым в левом яичнике.

**Локальный статус:** - на высоте пальца - округлое болезненное образование справа в малом тазу

- в перианальной области рубец полулунной формы до 10 см. в нижней части его - гранулирующая рана до 1,5 см. зондирована. слепой карман.
- отмечается болезненность в области резецированного крестца.

### НАЗНАЧЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ:

Даны рекомендации.

- обсуждение лапароскопической резекции кисты, дренирование затека.
- преоп анализы
- осмотр терапевта.

Следует отметить, что болевой синдром в тазу носит иной характер, нежели боль в области резецированного крестца. И после операции может не уйти.

Врач: Сидорова А. В.

Спасибо, что доверяете нам. Мы делаем все для Вашего здоровья.  
Нам очень важно Ваше мнение. Пожалуйста, оставьте отзыв.

