***I. Паспортная часть.***

1. Ф.И.О.
2. Возраст
3. Пол женский

##### Профессия инвалид III группы, не работает.

###### Домашний адрес

###### Время поступления в клинику

###### Диагноз при поступлении: киста левого яичника.

***II. Данные субъективного обследования***

 ***Жалобы больного на момент поступления:***

На схваткообразные постоянные боли внизу живота, больше слева, тошноту, общее недомогание.

 ***Жалобы больного на момент курации:***

Отсутствуют.

***Анамнез заболевания:***

1.06.10 поступила в неврологическое отделение МУЗ УОКБ с диагнозом- последствия перенесенного подкоркового энцефалита. Гипертезионно-гидроцефальный синдром с кризами. Вестиболапатия, кривое течение. Нарушение функций конечностей. Церебрастенический синдром. Двухсторонний кохлеоневрит. По данной нозологии больной себя считает с 2004 года, когда после перенесенной ОРВИ с высокой температурой тела, появилась скованность, замедленность движений, дрожание правой руки, головные боли, шум в левом ухе, приступы головокружения с тошнотой и многократной рвотой. 10.06.10 в 2ч появились резкие схваткообразные боли в левой подвздошной области, сухость во рту, тошнота. Была осмотрена хирургом и гинекологом. Проведено УЗИ органов брюшной полости и гениталий. Было решено перевести больную в гинекологическое отделение МУЗ УОКБ для дальнейшего осмотра и лечения.

***Анамнез жизни:***

Наследственность не отягощена.

 Родилась в срок. Вскармливалась естественно. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Ходить начала в 11 мес. В психомоторном развитии не отставала от сверстников.

 Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, часто болела ОРЗ.

Гемотрансфузии отрицает. Аллергических реакций не было.

Mensis с 12 лет, регулярные, продолжительность 7 дней, через 28 – 32 дня, болезненны в первые 2 дня с первой менструации, обильные. Последняя менструация 28.05.10.

Живёт половой жизнью с 18 лет вне брака. С начала половой жизни менструальная и выделительная функции не изменились. Противозачаточные средства не применялись.

Беременностей не было.

Туберкулёз, ЗППП, вирусный гепатит, психические заболевания у себя и родственников отрицает.

Вредных привычек не имеет.

Условия быта хорошие.

 ***III. Данные объективного исследования.***

 ***Общий осмотр.***

Состояние больной удовлетворительное**.** Положение активное. Сознание ясное. Температура тела 36,7οС. Телосложение правильное. Рост 165 см , вес 60 кг . Кожные покровы физиологической окраски, чистые, тургор нормальный. Кровоизлияний на коже и слизистых оболочках нет. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, мускулатура развита умеренно. Отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не визуализируется. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

 ***Органы дыхания.***

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный . ЧДД 18 в минуту . Форма грудной клетки нормостеническая , деформаций нет , при пальпации безболезненна . Перкуторно - ясный легочной звук . Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание , хрипов нет .

 **Нижние границы лёгких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Линии |  Справа |  Слева |
| Парастенальная |  V межреберье |  V межреберье |
| Срединно-ключичная |  VI ребро |  VI ребро |
| Передняя подмышечная  |  VII ребро |  VII ребро |
| Средняя подмышечная |  VIII ребро |  VIII ребро |
| Задняя подмышечная |  IX ребро |  IX ребро  |
| Лопаточная |  X ребро |  X ребро |
| Околопозвоночная |  Остистый отросток XI грудного позвонка |

 ***Сердечно-сосудистая система.***

 Выпячиваний и пульсации сонных артерий нет. Пальпаторно верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии . Сердечный толчок не определяется . Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Граница* | *Относительная тупость* | *Абсолютная тупость* |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины  |
| Верхняя | Верхний край III ребра  | Хрящ IV ребра |
| Левая | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии |

 Поперечник сердца - 11 см. Конфигурация сердца не изменена.

 *Аускультативно*. Тоны сердца громкие , ритмичные . Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту , патологические шумы не выслушиваются .

 Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм.рт.ст.

 ***Пищеварительная система.***

 Язык влажный, обложен белым налётом. Зев нормальной окраски. Форма живота обычная . Видимая перистальтика отсутствует .

 При поверхностной пальпации живот мягкий, зон повышенной кожной чувствительности нет; расхождения прямых мышц живота, феномен «мышечной защиты» отсутствуют; симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

 При глубокой методической пальпации: сигмовидная кишка прощупывается в виде урчащего валика, безболезненна; слепая кишка пальпируется в виде цилиндра толщиной в 2 пальца, безболезненна; подвздошная кишка урчит; поперечно-ободочная кишка легко передвигается вверх и вниз. Инфильтратов , опухолей нет .

 Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненна. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см .

 Желчный пузырь не пальпируется.

Поджелудочная железа и селезёнка не пальпируется.

Стул без особенностей.

 ***Мочеполовые органы.***

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости не выявленно. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон . Мочевой пузырь не пальпируется . Дизурических расстройств нет .

 ***Эндокринная система.***

 Щитовидная железа при осмотре не визуализируется. Вторичные половые признаки соответствуют возрасту и полу. Оволосение по женскому типу.

**Нервная система.**

Сознание ясное ориентирована в месте, времени и ситуации. Внимание устойчивое, память на текущие и прошлые события сохранена. Мышление логичное, речь последовательная. Общемозговые симптомы- головокружение, головная боль, тошнота. Менингеальные симптомы отрицательные. Мелкоразмашистый установочный горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Ассиметрия н/г складок. Вкус сохранен. Снижение слуха. Глотание, фонация в норме. Язык по средней линии. Речь монотонная тихая. Гипомимия. Мышчный тонус в конечностях повышен по экстрапирамидальному типу. Кистевой симптом Россолимо (+) справа, хоботковый симптом (+). Периодически симптом Бабинского справа. В позе Ромберга пошатывание. Выражены симптомы вегетативной дисфункции. Функции тазовых органов не нарушены.

**Гинекологическое исследование.**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу, большие губы прикрывают малые половые губы, рубцов и деформаций нет. Слизистая входа во влагалище бело-розового цвета, уретра не изменена. Бартолиновы и парауретральные железы без особенностей.**В зеркалах:** слизистая влагалища чистая, розового цвета, складчатость слизистой сохранена. Выделения слизистые. Шейка матки коническая, слизистая чистая, розового цвета. Наружный зев точечный.

###  **Бимануальное влагалищно-брюшностенное исследование:** слизистая влагалища складчатая, стенки растяжимые, рубцовых изменений нет. Матка в anteflexio, нормальной величины и формы, плотная, ограничено подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды свободные.

**Предварительный диагноз и его обоснование.**

На основании жалоб больной на постоянные схваткообразные боли в левой подвздошной области, сухость во рту тошноту, анамнеза заболевания- заболела остро в 2 ч. 10.06.10 поставлен предварительный диагноз : Киста левого яичника с прекрутом. Была экстренно переведена из неврологического в гинекологическое отделение МУЗ УОКБ.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

* **Общий анализ крови 10.06.10 г.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Эритроциты* | ***4.6х1012/л*** |
| *Гемоглобин* |  ***118.5 г/л*** |
| *Цветной показатель* | ***0.9*** |
| *Тромбоциты* |  ***300000*** |
| *Лейкоциты* |  ***4.7х109/л*** |
| *Базофилы* |  ***---***  |
| *Эозинофилы* |  ***1 %*** |
| *Нейтрофилы: Миэлоц .* |  ***---*** |
|  *Юные* |  ***---*** |
|  *Палочкоядерные* |  ***4 %*** |
|  Сегментоядерные |  ***65 %*** |
| *Лимфоциты* |  ***23 %*** |
| *Моноциты* |  ***7 %*** |
| *СОЭ* |  ***15 мм/час***  |

* **Общий анализ мочи 10.06.10г.**
1. цвет светло жёлтый
2. реакция кислая
3. удельный вес 1017
4. прозрачность п/п
5. белок -
6. сахар -
7. ацетон -

 Микроскопия осадка .

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-2 в п/з
3. Лейкоциты 3-5 в п/з
4. Эритроциты -
5. Цилиндры 1-2 в п/з

Гиалиновые

Зернистые

 5. Кл-ки почечного эпителия -

1. Слизь +++
2. Бактерин -
3. Соли -
* **МОР 10.06.10 г.**

***отрицательная***

* **Мазок из влагалища 10.06.10 г.**

Лейкоциты 8-12

Эпителиальные кл-ки 1-3

Флора - смешанная

* **Мазок на gn, trich**

Отрицательный

* **исследование свёртывающей системы крови 10.06.10 г.**

толерантность плазмы к гепарину – 7мин

рекальцинация плазмы – 15''W16''

протромбиновое время – 105''**10.06.10 г.**

степень тромботеста – 4 степень

фибринолитическая активность – 3 часа

общий фибриноген –2,6 г/л

фибриноген ''В'' – отриц.

* **Исследование крови на резус - принадлежность 10.06.10 г.**

 АВ (IV) Rh «+»

* **Глюкоза крови 10.06.10 г.**

3,9ммоль/л

* **Исследование сыворотки крови 10.06.10 г.**
* Биллирубин 17,101мкмоль/л

Общий белок 74 г/л

Белковые фракции - нет расстройства

* **ЭКГ**

Ритм синусовый. Нормальное положение электрической оси. ЧСС 78 в мин.

* **Стоматолог:**

Полость рта санирована.

* **Узи органов брюшной полости:**

При сканировании печени, желчного пузыря, поджелудочной железы патологических изменений не обнаружено. Селезенка не увеличена, однородная. Селезеночная вена не расширена.

* **Узи гениталий:**

Матка с неровным контуром, пипично расположена 93х65х74 мм. По передней стенке с переходом в дно узел 60х35 мм. М-эхо 10 мм, полость расширена с с/3 до 3 мм, содержит жидкость. Слева в параметрии тонкостенная киста диаметром 80 мм с однородным содржимым. Ткань яичника не дефферинцируется. Правый яичник визуализации не доступен.

**Дифференциальный диагноз.**

Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с серозной (цилиоэпителиальной) гладкостенной кистомой. Как и при кисте, так и при кистоме отмечаются боли в нижних отделах живота и в пояснице, а так же при относительно больших размерах или межсвязочно расположенные опухоли возникают дизурические явления. Но кистома чаще обнаруживается в возрасте 45 лет, тогда как киста возникает чаще в молодом возрасте. Киста при бимануальном исследовании имеет меньшие размеры, чем кистома. Кистома не обладает гормональной активностью, следовательно менструальный цикл при ней не нарушен, тогда как при кисте отмечается его нарушение. Но решающее значение в дифференциальной диагностике имеет гистологическое исследование. Так же фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с субсерозной миомой на ножке. Миома чаще возникает у женщин 30 – 35 лет и старше, тогда как киста возникает чаще в молодом возрасте. При бимануальном влагалищно-брюшностенном исследовании у больных с миомой находят увеличенную и болезненную матку, а у нашей больной, в результате влагалищно-брюшностенного исследования определяется – матка нормальной величины, плотная, безболезненная. В крови при субсерозной миоме отмечают лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ, чего нет у данной больной. В процессе диагностического поиска возникает необходимость дифференцировки фолликулярной кисты от дермоидной. Дермоидная киста как и фолликулярная чаще встречается в молодом возрасте, симптомы этих заболеваний схожи. При влагалищном исследовании женщин с дермоидной кистой определяется опухолевидное образование неравномерной консистенции, с неровной поверхностью, которая как правило располагается сбоку и кпереди от матки и обладает большой подвижностью. А у нашей больной слева и позади матки определяется опухолевидное образование тугоэластической консистенции с гладкой поверхностью.

**Окончательный диагноз и его обоснование.**

* На основании жалоб больной на резкие схваткообразные боли в левой подвздошной области, носящий постоянный характер, сухость во рту, тошноту; анамнеза заболевания – заболела остро 10.06.10 в 2 часа. Данных лабороторных исследований Узи гениталий**:**

Матка с неровным контуром, пипично расположена 93х65х74 мм. На передней стенке с переходом в дно узел 60х35 мм. М-эхо 10 мм, полость расширена, содержит жидкость. Слева в параметрии тонкостенная киста диаметром 80 мм с однородным содржимым. Ткань яичника не дефферинцируется. Правый яичник визуализации не доступен. Данных дифференциального диагноза. Поставлен диагноз- киста левого яичника с перекрутом. Миома матки с интерстициально-субсерозным узлом.

**Этиология и патогенез данного заболевания.**

Ретенционные кисты яичников представляют собой образование в результате накопления жидкости в соответствующей полости. Увеличение размеров кисты происходит не за счёт размножения клеточных элементов, а в результате накопления жидкости, являющейся транссудатом плазмы крови. Кисты яичников встречаются в любом возрасте, но чаще у молодых женщин. Фолликулярная киста яичника наблюдается наиболее часто.

 Патогенез связан со снижением эстрогенной функции яичников, что приводит к возрастанию уровня гонадотропных гормонов, при чём изменяется соотношение между ЛГ и ФСГ в сторону повышения уровня последнего. Также имеют значение воспалительные процессы.

 Фолликулярная киста в своём развитии проходит несколько стадий. Под влиянием ФСГ фолликулы в яичниках увеличиваются в размерах. Один из фолликулов увеличивается особенно значительно. Образоваавшеяся киста растёт за счёт полости фолликула. Кисты могут образовываться из атрезированных и персистирующих фолликулов. Полость кисты заполнена гомогенным светлым содержимым, мало чем отличающимся от секрета нормального фолликула. В этой стадии развития внутренняя поверхность кисты выстлана хорошо сохранившимися гранулёзными клетками. Внутренняя оболочка кисты утолщается, клетки её увеличиваются в размерах, ядра набухают, протоплазма клеток вакуолизируется. Наружная оболочка заметно не изменяется. Следующая стадия развития кисты характеризуется различными дистрофическими и атрофическими изменениями гранулёзных клеток. Наступает вакуолизация протоплазмы, пикноз и распад ядер на мелкие глыбки хроматина. В аналогичные процессы вовлекается и внутренняя оболочка. В результате этого киста превращается в тонкостенную полость, заполненную жидким секретом. Фолликулярные кисты не активны в отношении продукции гормонов (эстрогенов). Нередко в одном яичнике наблюдается несколько кист, находящихся в разных стадиях развития.

**Лечение.**

**I.**ХИРУРГИЧЕСКОЕ. 10.06.10.

 *Премедикация*: Сибазон 0,5%-2 мл

 Атропин 0,1%-0,5 мл

 *Анестезия:* NO2 – O2 = 4 – 2 л/мин

 Сибазон

 Фентанил

 Калипсон

 *Протокол операции:* начало операции 9.50 – конец 11.00

Операция. Хирургическая лапороскопия. Удаление левых придатков с кистой. Стерилизация.

Операционное поле обработано дважды раствором йодоната. Через разрез в брюшной полости введена игла Вереша для подачи СО2. Затем игла была заменена на 10 мм троакар, по которомы проведен лапороскоп.

Осмотр органов брюшной полости. Печень, ж. пузырь, б. сальник без изменений. Больная преведене в положение Тренделенбурга. В типичных точках произведены разрезы, в которые проведены троакары с манипуляторами.

Осмотр органов малого таза. Матка увеличена до 8 н.б., с интнрстициально-субсерозным узлом по передней стенке. Правые придатки не изменены. Левый яичник предлтавлен кистозным образованием. 8х10 см, цианотичного цвета, с перекрутом кисты на 360 градусов.

Произведена биполярная коагуляция ножки узла, в которую входит воронкотазовая связка слева, мезосальпинкс, собсрвенная связка яичника, маточный угол трубы с последующим рассечением. Придатки с кистой удалены, извлечены через 10 мм троакар. Проведена стерилизация правой трубы путём биполярной коагуляции с последующим рассечением. Брюшная полость промыта физраствором. Жидкость удалена с помощью отсоса. Проверка на гемостаз- сухо.Все инструменты удалены из брюшной полости. На кожные разрезы наложены косметические швы и асептические повязки. Оставлен дренаж.

*Продолжительность операции 1час 10 мин.*

Общая кровопотеря 10 мл.

***Макропрепарат:*** левые придатки с кистой.

Послеоперационный диагноз-

######  киста левого яичника с перекрутом. Миома матки с интерстициально-субсерозным узлом.

**II.** КОНСЕРВАТИВНОЕ.

1. Холод, груз на живот, касторовое масло 30 мл per

оs.

2. Стол № 0

1. Противоспалительная терапия с целью профилактики послеоперационных осложнений:

Ампициллин 1,0х3 раза в/м N7. Активен в отношение Г “ + “ и ряда Г “ – “ микробов, расматривается, как антибиотик широкого спектра действия и применяется при заболеваниях, вызванных смешанных инфекцией.

Rp.: Ampicillini – natrii 0,5

 D.t.d. N 14

 S. Содержимое 2-х флаконов растворить в 4-х мл воды для инъекций и вводить в/м 3 раза в день.

1. Обезболивающая и противоспалительная терапия:

Sol. Analgini 50% - 2,0

 ⎬ в/м 4 раза в день

Sol. Dimedroli 1% - 1,0

Анальгин обладает выраженным анальгезирующим и жаропонижающим эффектом. Анальгезирующее действие обуславливается подавлением биосинтеза медиаторов боли. Димедрол, являясь блокатором гистаминовых рецепторов, обладает противоаллергической активностью, оказывает местноанатсезирующее, спазмолитическое и умеренное ганглиоблокирующее действие.

Промедол 2,0%х 1,0 мл в/м. Синтетический наркотический анальгетик, уменьшает восприятие ЦНС болевых импульсов.

Rp.: Sol. Promedoli 2% - 1 ml

 D.t.d. N 6 in amp.

 S. По 1 мл в / м.

1. Для профилактики атонии кишечника и мочевого пузыря:

Прозерин 0,05% 1,0х 2 раза в день в/м. Обладает сильной антихолинэстеразной активностью оказывает преимущественное влияние на периферическую нервную систему.

Rp.: Sol. Proserini 0,05%-1ml

 D.t.d. N 4 in amp.

 S. По 1 мл 2 раза в день в/м.

**Дневник.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10.06.10.г.****t 37,0оС****АД 110/70 мм.рт.ст.****Рs 74 уд/м****ЧДД 16 в /** | **Жалобы:**Постоянные боли в левой подвздошной области, сухость во рту, тошноту.При осмотре:**В лёгких -** везикулярное дыхание , хрипов нет .**Сердце -** тоны ясные , ритмичные . Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной. Перистальтика выслушивается. Физиологические отделения в норме. Выделений из половых путей нет.   | **Лечение:**Хирургическая лапороскопия. Удаление левых придатков с кистой. Стерилизация.1. Стол N 0
2. Режим палатный
3. Холод, груз на живот
4. Касторовое масло 30 г per os
5. С обезболивающей целью промедол 2% - 1мл по показаниям.
6. Ампициллин 1,0 х 3 раза в/м.
7. Анальгин 50% - 2,0

Димедрол 1% - 1,0 В/м 4 раза в день.* Прозерин 0,05%-1,0 х

 2 раза в/м. |
| **12.06.10г.****t 36,8оС****АД 120/70 мм.рт.ст.****Р 70 в /****ЧДД 16 в /** | **Жалобы:**На незначительные боли в области послеоперационных швов. Повязка сухая, чистая. **В лёгких -** везикулярное дыхание .**Сердце -** тоны громкие , ритмичные.Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационного шва. Газы не беспокоят. Мочится сама. St. genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и парауретральные ходы без особенностей. В зеркалах: шейка матки чистая, коническая. Выделения слизистые. Бимануально: матка в anteflexio – versio, нормальной величины плотная, ограничено подвижная.  | **Лечение:*** Стол № 15
1. Ампициллин 1,0 х 3 раза в/м.
2. Анальгин 50% - 2,0

Димедрол 1% - 1,0 В/м 4 раза в день.**Рекомендовано:** УФО п/о швов. |
| **14.06.10г.****t 36,6оС****АД 115/65 мм. рт.ст.****Р. 70 в /****ЧДД 15 в /** | **Жалобы:**Отсутствуют.**В лёгких -** везикулярное дыхание .**Сердце -** тоны громкие , ритмичные .Повязка сухая и чистая.Живот мягкий безболезненный.St. genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и парауретральные ходы без особенностей. В зеркалах: шейка матки чистая, коническая. Выделения слизистые. Бимануально: матка в anteflexio – versio, нормальной величины плотная, ограничено подвижная. Стул и диурез в норме. | **Лечение:**1. Стол N 15
2. УФО п/о шва.
 |

 ***Эпикриз.***

Больная 1.06.10 поступила в неврологическое отделение МУЗ УОКБ с диагнозом- последствия перенесенного подкоркового энцефалита. Гипертезионно-гидроцефальный синдром с кризами. Вестиболапатия, кривое течение. Нарушение функций конечностей. Церебрастенический синдром. Двухсторонний кохлеоневрит. По данной нозологии больной себя считает с 2004 года, когда после перенесенной ОРВИ с высокой температурой тела, появилась скованность, замедленность движений, дрожание правой руки, головные боли, шум в левом ухе, приступы головокружения с тошнотой и многократной рвотой. 10.06.10 в 2ч появились резкие схваткообразные боли в левой подвздошной области, сухость во рту, тошнота. Была осмотрена хирургом и гинекологом. Проведено УЗИ органов брюшной полости и гениталий. Было решено перевести больную в гинекологическое отделение МУЗ УОКБ для дальнейшего осмотра и лечения. 10.06.10 в 9.50 произведена операция- хирургическая лапороскопия. Удаление левых придатков с кистой. Стерилизация.

 Назначено-

1.Холод, груз на живот, касторовое масло 30 мл per

оs.

2. Стол № 0

3.Противоспалительная терапия с целью профилактики послеоперационных осложнений:

Ампициллин 1,0х3 раза в/м N7. Активен в отношение Г “ + “ и ряда Г “ – “ микробов, расматривается, как антибиотик широкого спектра действия и применяется при заболеваниях, вызванных смешанных инфекцией.

Rp.: Ampicillini – natrii 0,5

 D.t.d. N 14

 S. Содержимое 2-х флаконов растворить в 4-х мл воды для инъекций и вводить в/м 3 раза в день.

4.Обезболивающая и противоспалительная терапия:

Sol. Analgini 50% - 2,0

 ⎬ в/м 4 раза в день

Sol. Dimedroli 1% - 1,0

Анальгин обладает выраженным анальгезирующим и жаропонижающим эффектом. Анальгезирующее действие обуславливается подавлением биосинтеза медиаторов боли. Димедрол, являясь блокатором гистаминовых рецепторов, обладает противоаллергической активностью, оказывает местноанатсезирующее, спазмолитическое и умеренное ганглиоблокирующее действие.

Промедол 2,0%х 1,0 мл в/м. Синтетический наркотический анальгетик, уменьшает восприятие ЦНС болевых импульсов.

Rp.: Sol. Promedoli 2% - 1 ml

 D.t.d. N 6 in amp.

 S. По 1 мл в / м.

1. Для профилактики атонии кишечника и мочевого пузыря:

Прозерин 0,05% 1,0х 2 раза в день в/м. Обладает сильной антихолинэстеразной активностью оказывает преимущественное влияние на периферическую нервную систему.

Rp.: Sol. Proserini 0,05%-1ml

 D.t.d. N 4 in amp.

 S. По 1 мл 2 раза в день в/м.

Лечение переносит нормально. Лечение продолжать.

 Рекомендовано: избегать тяжёлых физических нагрузок.

Прогноз: для жизни и репродуктивной функции – благоприятный.