ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

Фамилия: x

Имя: x

Отчество: x

Возраст: 53 года

Профессия: Завод "Клон", измеритель

Дом. адр

Дата поступления: 16.02.98г.

ЖАЛОБЫ.

На момент поступления: - на довольно обильные кровянистые выде-

ления из половых путей с 25.01.98г., усилившиеся в течении последних

двух дней

- на постоянные,тянущие, умеренно выра-

женные боли в нижних отделах живота

- на слабость, быструю утомляемость и

частые головокружения в течении последних нескольких месяцев

Со стороны других органов и систем жалоб нет.

На момент осмотра: жалобы те же.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Больной себя считает с 1985г., когда впервые во время профилакти-

ческого осмотра была выявлена миома матки ( до 6 нед.). Больная регу-

лярно наблюдалась, за время наблюдения значительного роста не отмеча-

лось. В 1996г. состояние больной ухудшилось, появились слабость,голо-

вокружение,а затем обильное кровотечение из половых путей. Проведено

выскабливание полости матки. Подробности обследования больная не пом-

нит.Была назначена фитотерапия. В августе 1997 года жалобы возобнови-

лись. Больная по скорой помощи доставлена в клинику г.Рязани, где было

проведено выскабливание и назначено лечение ( 17-ОПК). После курса те-

рапии состояние нормализовалось. 25.01.98г. на фоне ухудшения само-

чувствия (слабость, головокружение) возникло обильное кровотечение из

половых путей, которое усилилось за последние два дня. Больная посту-

пила в клинику СПбГМА для обследования и лечения.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Родилась в г. Красноярске в 1945 г. в обеспеченной семье. Отста-

ваний в физическом и интеллектуальном развитии не было. Закончила шко-

лу, институт.Работает ан заводе "Кулон" измерителем.Нервно - психичес-

кого напряжения на работе не испытывает.

Больная за мужем, имеет 3-х детей. Социально - бытовые условия

хорошие. Питание в семье достаточное, регулярное, сбалансированное.

Особых диет не соблюдает. Конфликтов в семье нет.

Гинекологический анамнез.

Месячные с 12 лет. Становление без особенностей.По 5/7 дней через

19/20 дней, довольно обильные,регулярные, безболезненные. С 1990-92гг.

отмечаются меноррагии.В 1996г. впервые возникло обильное непроходящее

кровотечение из половых путей.

Половая жизнь с 21 года, в браке, регулярная. Семейной жизнью

удовлетворена. Предохраняется физиологическим и химическим методами.

Б - 4, Р - 3, В - 1.Роды протекали без патологии, послеродовых

осложнений не было.

Гинекологические заболевания в прошлом отрицает.

Перенесённые заболевания.

ОРЗ редко.

Травма ГМ - III в детстве.

Малярия в детстве.

Наследственность.

Со слов больной, родственники по женской линии сходных по

клинике и этиологии заболеваний не имеют.

Вредные привычки. Отрицает.

Аллергологический анамнез.

Аллергические реакции в виде кожной сыпи,приступов удушья и

отёков отрицает. Непереносимость сернокислой магнезии в виде приступов

головокружения и тошноты.

Эпидемиологический анамнез.

Малярия в детстве. Гепатитом, туберкулёзом и другими инфекци-

онными, в том числе венерическими, заболеваниями не болел.ВИЧ не инфи-

цирован. Контакт с ВИЧ инфицированными и инфекционными больными отри-

цает. С больными животными контакт отрицает.

В течении жизни гемотрансфузий не проводилось. За последние 6 меся-

цев инъекций не делалось. Последние 6 месяцев за пределы области не

выезжал.

Стул регулярный; каловые массы обычной консистенции, коричневого

цвета, оформленные, без примеси крови и слизи; 1 раз в сутки.

Страховой анамнез.

Длительность последнего больничного листка 5 дней. Общая продол-

жительность больничных листков по данному заболеванию за последний ка-

лендарный год -- 5 дней.

ОБЩИЙ ОСМОТР.

Состояние удовлетворительное,сознание ясное, положение активное.

Температура тела нормальная.

Телосложение правильное. Рост 152 см, вес 58 кг, нормостениче-

ский тип конституции.

Выражение лица без особенностей. Работоспособность снижена из-за

слабости,аппетит хороший.

Слизистые рта и мягкого нёба розового цвета, чистые, влажные. Зу-

бы здоровые, белого цвета, нижние шестёрки имеют кариозную пигмента-

цию. Язык розовый, влажный, у корня обложен белым налётом.

Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные, эластичные.

Отёков нет.

Оволосение умеренное. Волосы здоровые, блестящие. слегка секутся.

Ногти бледно-розового цвета, неломкие.

Подкожножировая клетчатка выражена умеренно. (Толщина кожной

складки около пупка 3см).

Миндалины не увеличены, розовые, влажные. Периферические лимфати-

ческие узлы (подчелюстные, ярёмные, шейные, затылочные, подмышечные,

локтевые, паховые) не увеличены, безболезненные, эластичные, с окружа-

ющими тканями и между собой не спаянные.

Мышечная система: развитие удовлетворительное, тонус хороший, бо-

лезненности при ощупывании нет, гипертрофии/атрофии отдельных групп

мышц нет.

Деформации костей и суставов не наблюдается. Суставы подвижные,

безболезненные. Движения сохранены в полном объёме. Осанка ровная.

Щитовидная железа нормальной величины, обычной консистенции, без-

болезненная.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Усиление пульсации

сонных артерий не наблюдается. Набухание и пульсация шейных вен от-

сутствует. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1.5см

кнутри от l.medioclavicularis, площадью 1см, средней силы. Сердечный

толчок не пальпируется. Эпигастральной пульсации нет. "Кошачье мурлы-

канье" на аорте и верхушке сердца не пальпируется.

Патологической пульсации нет.Пульс одинаковый на обеих руках,

ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной формы.

Частота -- 80 уд/мин. Сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпи-

руется.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая:IV межреберье- правый край грудины.

III межреберье - 1.5 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя: III ребро между l.sternalis и l.parasternalis.

Левая: V межреберье - 2 см кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

IV межреберье - 1.5 см кнутри от l.medioclavicularis

III межреберье - l.parasternalis

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: IV межреберье - левый край грудины

Верхняя: IV ребро у края грудины

Левая: V межреберье - 2 см кнутри от левой границы относительной

сердечной тупости.

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в I-м и II-м меж-

реберьях.

При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов, патологи-

ческих ритмов нет.

Артериальное давление: 120/80 мм рт ст.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины рав-

номерно активно участвуют в акте дыхания. Надключичные и подключичные

ямки симметричные, хорошо выраженные. Межрёберные промежутки хорошо

контурируются, эластичные, безболезненные.

Нос не деформирован.Дыхание свободное, ровное, нормальной глуби-

ны, ритмичное. Частота дыхательных движений -- 18 раз в минуту.

Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластич-

ная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных

участках.

При топографической перкуссии:

Границы правого лёгкого:

- l. parasternalis: верхний край 6-го ребра.

- l. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра

- l. axillaris anterior: 7-е ребро

- l. axillaris media: 8-е ребро

- l. axillaris posterior: 9-е ребро

- l. scapularis: 10-е ребро

- l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Границы левого лёгкого:

- l. axillaris anterior: 7-е ребро

- l. axillaris media: 9-е ребро

- l. axillaris posterior: 9-е ребро

- l. scapularis: 10-е ребро

- l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Верхушки обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади -- на

уровне VII шейного позвонка.

Подвижность нижнего края обоих лёгких по l.axillaris media сос-

тавляет 6 см.

Ширина перешейков полей Кренинга -- 7 см справа и слева.

Симптом Штернберга и Потенжера отрицательный.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких опреде-

ляется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной

клетки.

При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается вези-

кулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Слизистые рта и мягкого нёба розовые, чистые, влажные. Зубы здо-

ровые, белого цвета, нижние шестёрки с участками кариозной пигмента-

ции. Язык розовый, влажный, у корня обложен белым налётом.

Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Пупок

не выпуклый, вены не расширены.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный.

При глубокой пальпации: в левой повздошной области определяется

сигмовидная кишка плотно-эластической консистенции; безболезненная,

подвижная, с ровной поверхностью, неурчащая.

в правой повздошной области пальпируется

слепая кишка: безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

поперечно-ободочная кишка обычной кон-

систенции, пальпируется на уровне пупка, безболезненная.

большая кривизна желудка пальпируется в

виде валика с ровной поверхностью, расположенного на 2 см выше пупка

по обе стороны от средней линии тела

привратник не пальпируется

нижний край печени не выступает из под

рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9:8:7 см.

селезёнка не пальпируется. Перкуторно

определяется по l. axillaris media с 9-го ребра.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Кожные покровы в поясничной области не изменены. Почки не пальпи-

руются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Наружные половые органы развиты правильно, без видимые патологи-

ческих изменений. Оволосение по женскому типу, умеренное. Кожные пок-

ровы обычной окраски, чистые.Слизистая входа во влагалище розовая ,

чистая.

В зеркалах: Слизистая влагалища обычной окраски без видимых пато-

логических изменений. Шейка цилиндрической формы, подвижная, эрозиро-

ванная. Эрозия на передней губе d 1 см. Наружный зев приоткрыт, про-

пускает один палец, который упирается в плотное образование. Выделения

кровянистые, довольно обильные, со сгустками.

При влагалищном исследовании: матка в anteflexio, увеличена до 7/8

недель беременности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не

увеличены, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

1. Клинический анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови.

4. Кровь по Сухареву.

5. Протромбиновый индекс.

6. RW.

7. Форма N 50.

8. ФЛГ.

9. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную и тифо-

паратифозную группы.

10. Анализ кала на я/глист.

11. ЭКГ.

12. Исследование мазков на гонококки.

13. Мазок из шейки, цервикального канала.

14. Определение группы крови и Rh принадлежности.

15. УЗИ.

16. Консультация анестезиолога.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАНТОВ.

1. Клинический анализ крови.

Hb - 82 г/л

Эритроциты - 3.27 \* 1012 г/л

Цветной показатель - 0.7

Лейкоциты - 11.6 \* 109 г/л

Палочки - 3%

Сегменты - 71%

Эозинофилы - 0%

Лимфоциты - 24%

Моноциты - 2%

СОЭ - 22 мм/час

2. Общий анализ мочи.

Количество - 100 мл

Цвет - светло-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1024

Белок - нет

Сахар - нет

Лейкоциты - ед. в поле зрения

3. Биохимический анализ крови.

Общий белок - 70.7 г/л

Амилаза - 5.2 г/л/ч

СОЭ - 6.0 мм/час

АЛГ - 0.5

АСТ - 0.4

Общий биллирубин - 10.3 мкмоль/л

Сахар - 5.2 ммоль/л

Мочевина - 5.1 ммоль/л

Креатинин - 0.08 ммоль/л

Холестерин общий - 5.2 ммоль/л

Фибриноген - 3 г/л

4. RW.

Отрицательно.

5.Форма N 50.

ВИЧ-не инфицирована.

6. ФЛГ.

Органы грудной клетки без патологии.

7. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную и ти-

фопаратифозные группы.

Отрицательно.

8. Анализ кала на я/глист.

Отрицательно.

9.ЭКГ.

Без особенностей.

10.Определение группы крови и Rh-принадлежности.

Группа крови В(III)

Rh (+), положительн.

11. Исследование мазков на гонококки.

из уретры:

Эпителий плоский - 510

L - 1020

Флора -

из цервикального канала:

Эпителий плоский - 510

L - 2030

Флора -

Гонококки не обнаружены.

12. Мазок из шейки и цервикального канала( на атипию).

Шейка матки: типический плоский эпителий.

Цервикальный канал: типический эндоцервикальный эпителий.

13. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 70%

Тромботест - V

Фибриноген - 3.75 г/л

Время образования сгустка - 7'

Фибринолитическая активность - 240 мин

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

----------------T-------------------------------------------------¬

¦ ¦ Жалобы на длительные, обильные менструации, ¦

¦ ¦ могут быть боли в нижних отделах живота; ¦

¦ Миома матки ¦ P.V. Матка увеличена в размере, неоднородной ¦

¦ ¦ консистенции, плотная, бугристая, безболезнен- ¦

¦ ¦ ная, придатки не пальпируются. ¦

¦ ¦ Общее состояние удовлетворительное, может быть ¦

¦ ¦ анемия. ¦

+---------------+-------------------------------------------------+

¦ ¦ ¦

¦ ¦ Жалобы на отсутствие менструаций. ¦

¦Маточная ¦ P.V. Матка увеличена в соответствии со сроком ¦

¦беременность ¦ беременности, однородной консистенции, мягкова ¦

¦ ¦ тая, безболезненная, придатки не пальпируются. ¦

¦ ¦ В моче определяется хорионгонадотропный гормон ¦

¦ ¦ Общее состояние удовлетворительное, характерны ¦

¦ ¦ вегетативные симптомы, анемия. ¦

¦---------------+-------------------------------------------------+

¦ ¦ ¦

¦Трубная ¦ Жалобы на мажущие кровянистые выделения, боли ¦

¦беременность ¦ в нижних отделах живота. ¦

¦ ¦ P.V. Матка увеличена, однородной консистенции, ¦

¦ ¦ мягковатая, безболезненная, пальпация придатков ¦

¦ ¦ может быть болезненна. ¦

¦ ¦ В моче определяется хорионгонадотропный гормон. ¦

¦ ¦ Общее состояние удовлетворительное, характерны ¦

¦ ¦ вегетативные симптомы, анемия. ¦

¦---------------+-------------------------------------------------+

¦ ¦ ¦

¦Рак эндометрия ¦ Жалоб чаще нет. Могут быть жидкие водянистые ¦

¦ ¦ бели или ациклические кровотечения. ¦

¦ ¦ P.V. Матка мягкая, болезненная, ассиметрия ¦

¦ ¦ расположения органов малого таза, инфильтраты в ¦

¦ ¦ параметрии, в результате пальпации кровянистые ¦

¦ ¦ выделения из канала шейки. ¦

¦ ¦ Атипичные клетки в аспирате при гистологическом ¦

¦ ¦ исследовании. ¦

¦ ¦ ¦

L---------------+--------------------------------------------------

ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.

На основании жалоб - на довольно обильные кровянистые выделения

из половых путей с 25.01.98г., усилившиеся в течении последних двух

дней

- на постоянные,тянущие, умеренно выраженные

боли в нижних отделах живота

- на слабость, быструю утомляемость и частые

головокружения в течении последних нескольких месяцев

данных анамнеза: в 1985г на профосмотре выявлена ми-

ома матки (до 6 недель). С 1992г. меноррагии. В 1996 и 1997гг. обиль-

ный кровянистые выделения из половых путей, сопровождающиеся ухудшени-

ем самочувствия (слабость, головокружение) и умеренно выпаженными тя-

нущими, постоянными болями в нижних отделах живота.Произведены выскаб-

ливания полости матки. В 1996г. проведён курс 17-ОПК с временной нор-

мализацией состояния.За время наблюдения значительного роста миомы не

отмечалось.

объективного исследования: наружный зев приоткрыт,

пропускает один палец, который упирается в плотное образование. Выде-

ления кровянистые, довольно обильные, со сгустками.

При влагалищном исследовании: матка в anteflexio, увеличена до

7/8 недель беремености, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не

увеличены, безболезненные.

данных дополнительного исследования: у больной име-

ется анемия - Hb - 82 г/л,эритроциты - 3.27 \* 1012 г/л,цветной показа-

тель - 0.7, умеренный лейкоцитоз - лейкоциты - 11.6 \* 109 г/л, умерен-

но повышена СОЭ - 22 мм/час.

можно сформулировать окончательный диагноз:

- основное заболевание: Миома матки. Рождающийся субмукозный узел.

Нарушение менструального цикла. Железодефицитная анемия II степени.

- сопутствующие заболевания - нет

- осложнения - нет

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Миома матки - доброкачественная гормонально-зависимая опухоль,

развивающаяся из мышечной ткани, состоит из различных по размеру узлов

во всех слоях миометрия.

Ведущим механизмом в патогенезе является нарушение метаболизма

эстрогенов: преобладание эстрона и эстрадиола в фолликулиновой, а

эстриола - в лютеиновой фазе цикла.

Важную роль играют нарушения в системе Гипоталамус-Гипофиз-Яич-

ник-Матка, нарушение рецепторного аппарата матки.

Предрасполагают к развитию заболевания наличие очага хронической

инфекции в организме, железодефицитная анемия и преданемические состо-

яния, четко прослеживается наследственная предрасположенность.

Способствуют развитию заболевания изменения иммунологической ак-

тивности организма и нарушения гемодинамики малого таза.

Л Е Ч Е Н И Е

На основании:

- наличия субмукозного узла рождающегося узла в миометрии,

- увеличения размеров матки до 8/9 недель срока беременности,

- упорной метроррагии,

- выраженной анемизации больной,

- отсутствия эффекта консервативных методов лечения,

- наличия эррозии шейки матки,

- возраста больной ( 53 года ),

больной показано

1. Радикальное хирургическое лечение - оперативное вмешательство в

объеме экстирпации матки. Противопоказаний нет.

2. Активная противоанемическая и антигеморрагическая терапия.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Операция запланирована на 25/02/1998г.

Предоперационная подготовка.

Предоперационная подготовка включает в себя обеспечение физичес-

кого и психического покоя, назначение полноценной диеты, санацию по-

лости рта и носоглотки, применение эффективных мероприятий для компен-

сации сопутствующих заболеваний.

На основании клинического анализа крови

Hb - 82 г/л

Эритроциты - 3.27 \* 1012 г/л

Цветной показатель - 0.7

в качестве предоперационной подготовки больной показано переливание

донорской крови в соответствии с общими правилами гемотрансфузии.

ХОД ОПЕРАЦИИ: Положение больной на столе по Тренделенбургу, моче-

вой пузырь катетеризирован, кожа передней брюшной стенки обрабатывает-

ся 5% спиртовым раствором йода, покрывается стерильными салфетками.

Доступом по Пфанненштилю вскрыта брюшная полость, произведена ре-

визия органов брюшной полости, отграничение их стерильной салфеткой.

Матка выведена в рану, на маточные трубы, собственные связки яичников,

на круглые маточные связки с обеих сторон наложены зажимы Кохера. Тру-

ба и связки пересечены между зажимами. В поперечном направлении вскры-

та брюшина в области пузырно-маточной складки, тупым путем отсепарован

мочевой пузырь книзу до уровня переднего свода влагалища. Матку макси-

мально поднимают кпереди и производят разрез брюшины, покрывающей зад-

нюю поверхность надвлагалищной части шейки над местом прикрепления

крестцово-маточных связок, на которые с двух сторон накладывают зажи-

мы, пересекают и лигируют кетгутовыми лигатурами. Затем накладывают

зажимы на сосудистые пучки несколько ниже внутреннего маточного зева,

пересекают и перевязывают кетгутом. Матку освобождают от окружающих

тканей путем их отслаивания, передний влагалищный свод вскрывают нож-

ницами, через образованное отверстие по влагалищным сводам накладывают

зажимы, отсекают матку от влагалищных сводов выше зажимов, культю вла-

галища зашивают наглухо кетгутовыми лигатурами.

Выполнена перитонизация. На кожу наложены непрерывный косметичес-

кий шов и асептическая повязка.

ДНЕВНИК КУРАЦИИ

20.02 Температура тела утром - 36.5 С

Жалобы на слабость, мажущие кровянистые выделения, боли вни-

зу живота.

Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, кожные

покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены, Ps 78 уд/мин,

ритмичный, тоны сердца ясные, AD 120/80 мм рт.ст., дыхание

везикулярное, хрипов нет, диурез в N.

P.V: слизистая влагалища обычной окраски без видимых пато-

логических изменений. Шейка цилиндрической формы, подвижная,

эрозированная. Эрозия на передней губе d 1 см. Наружный зев

приоткрыт, пропускает один палец, который упирается в плот-

ное образование. Выделения кровянистые, довольно обильные,

со сгустками. Пальпаторно: матка в anteflexio, увеличена

до 7/8 недель беременности, округлая, плотная, безболезнен-

ная. Придатки не увеличены, безболезненные. Влагалищные

своды высокие, свободные.

Назначения:

Феррумлек 5.0 внутривенно

Ферроплекс 2таб. 3 раза в день

Дицинон 2.0

Натрия хлорид 0.9% - 400.0 в/в капельно

кальция хлорид 1% - 200.0 в/в капельно

21.02 Больная отпущена домой с разрешения зав.отделением,

22.02 предупреждена о возможности кровотечения, в случае ко-

торого должна быть немедленно доставлена в стационар.

23.02 Температура тела утром - 36.5 С

Жалобы на слабость, боли внизу живота.

Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, кожные

покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены, Ps 78 уд/мин,

ритмичный, тоны сердца ясные, AD 120/80 мм рт.ст., дыхание

везикулярное, хрипов нет, диурез в N.

Назначения:

Феррумлек 5.0 внутривенно

Ферроплекс 2таб. 3 раза в день

Гемофузин 500.0

Желатиноль 400.0 в/в капельно

24.02 Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, кожные

покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены, Ps 78 уд/мин,

ритмичный, тоны сердца ясные, AD 120/80 мм рт.ст., дыхание

везикулярное, хрипов нет, диурез в N.

P.V: Шейка подвижная, эрозия на передней губе d 1 см.

Наружный зев приоткрыт, пропускает один палец, который

упирается в плотное образование. Выделения скудные, кровя-

нистые. Матка в anteflexio, увеличена до 7/8 недель беремен-

ности, округлая, плотная, безболезненная. Придатки не увели-

чены, безболезненные.

Назначения: вечером очистительная клизма,

на ужин не кормить;

Феррумлек 5.0 внутривенно

Ферроплекс 2таб. 3 раза в день

Гемофузин 500.0

Желатиноль 400.0 в/в капельно

25.02 Температура тела утром - 36.6 С

Жалоб нет.

Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, кожные

покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены, Ps 78 уд/мин,

ритмичный, тоны сердца ясные, AD 120/80 мм рт.ст., дыхание

везикулярное, хрипов нет, диурез в N.

Предоперационный эпикриз.

25/II. Больная x, 53 года, находится в клинике гинекологии по

поводу миомы матки (субмукозный рождающийся узел 8/9 недель). В связи

с упорной метроррагией по жизненным показаниям планируется провести

хирургическое вмешательство в объеме экстирпации матки. Противопоказа-

ний нет. Согласие больной на операцию получено. Обезболивание: эндот-

рахеальный наркоз, противопоказаний нет. Группа крови больной В(III),

Rh(+, полож.), донорская кровь B(III)Rh(+,полож.) имеется в наличии.

Премедикация: Droperidoli 0.25% - 1.0

Phentanyli 0.005% - 1.0

Sol.Glucosi 40% - 20.0 в/в струйно в 9:00

Протокол операции:

1) интубация

Начало операции - 9:40

2) лапаротомия по Пфанненштилю

3) выведение препарата в рану

4) удаление препарата

5) зашивание культи влагалища

6) перитонизация

Конец операции - 11:35

7) экстубация

Макропрепарат: матка с интрамуральными узлами диаметром до 2 см,

эндометрий с участками аденоматоза, шейка с эрозиями, эктропионом.

Операция прошла без осложнений. Из операционной больная на

каталке доставлена в палату интенсивной терапии. Показано ведение по-

слеоперационного периода по обычной схеме.

26.02 Температура тела утром - 37.3 С

Больная в отделении интенсивной терапии, состояние средней

тяжести, в сознании, жалобы на слабость, сонливость, пере-

ходящие ноющие боли в области операционной раны;

кожные покровы чистые, влажные, горячие, отеков нет;

Ps 70 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны

сердца ясные, шумов нет. АД 115/80 мм рт.ст., дыхание везику-

лярное, хрипов нет, живот мягкий, в верхних отделах безболез-

ненный, над лобком наложена повязка по ходу разреза кожи.

Назначения: Haemofusini 500 ml

Rheopolyglucini 400 ml

Haemodesi 400 ml

Gentamycini 1.0 \* 3 раза/сут.

Sol.Natrii chloridi 0.9% - 200 ml

Metragyli 100 ml \* 3 раза/сут.

Sol.Glucosi 5% - 400 ml

контроль температуры, АД, диуреза.