История болезни

Гипертрофия шейки матки

**Общие сведения**

Фамилия: Имя: Отчество: Дата рождения: 25.06.1971

Возраст: 40 лет

Национальность: русская

Дата поступления: 05.04.2012 г.

Семейное положение: замужем. Имеет 2 детей.

Место жит-ва

Место работы:

Профессия: нач. лаборатории.

Кем направлен: краевая поликлиника

**Жалобы при поступлении**: чувство дискомфорта в области половых органов, учащенное мочеиспускание, тянущие боли внизу живота, не интенсивные, ощущение инородного тела в промежности, усиливающееся при незначительной физической нагрузке.

**Жалобы на момент курации:** неинтенсивная боль, ноющего характера в области послеоперационной раны.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 2008 года, когда в течение месяца после родов произошло опущение стенок влагалища. Обратилась к гинекологу по поводу беспокоящего дискомфорта в области промежности. На приеме у гинеколога при осмотре впервые выявили опущение стенок влагалища. Тогда же была поставлена на диспансерный учет. После постановки диагноза был назначен курс ЛФК, лечение не принесло результата.

В 2010 году была проведена радиоволновая конизация шейки матки пробой Шиллера. Гистологическое заключение: цервицит.

Больная отмечала ухудшение состояния (нарастание чувства инородного тела в области промежности), в связи с чем, в ноябре 2011 года обратилась в поликлинику ПККБ, после чего была направлена на госпитализацию в плановом порядке для проведения хирургического лечения.

**Anamnesis gynecolgica**

1. Менструальная функция**:**

Последняя менструация 13.03.12. пришла на 4 дня раньше срока со сгустками.

Менархе в 14 лет. Цикл установился сразу и без особенностей. Менструации по 4 дня, через 27-28 дней, умеренные, безболезненные. Изменений менструального цикла в связи с началом половой жизни, родами не отмечала.

. Половая функция:

Половая жизнь с 18 лет. Контрацепция: ВМС (удалена в 2002 году), КОК, барьерные методы.

. Репродуктивная функция:

Количество беременностей-6. Первая- в 1993 году - был проведен мед. аборт. Вторая беременность в 1995 году - протекала без осложнений и закончилась срочными родами. Роды через естественные родовые пути. Родилась девочка весом 3700 г. Послеродовый период протекал без осложнений. В 1996 году - второй мед. аборт. С 1996 по 2002 год - внутриматочная контрацепция (ВМС). В 2006 году - замершая беременность на 9 неделе. В 2007 году - самопроизвольный аборт.

В 2008 году - беременность протекала с развитием гипертонии беременных и закончилась срочными родами. Роды через естественные родовые пути. Родился мальчик весом 4200 г. Послеродовый период: развитие опущения стенок влагалища.

Все дети рождались в головном предлежании.

Аборты: 4 (артифициальные - 2, самопроизвольные - 2).

. Секреторная функция: без особенностей.

**Перенесённые гинекологические заболевания**: отрицает.

**Перенесённые соматические заболевания**: грипп, ОРВИ, детские вирусные инфекции, стрептококковая ангина, осложненная развитием ревматической лихорадки в 1987 году (проведено лечение и бициллинопрофилактика в течение 5 лет, снята с учета без развития ревматического порока сердца). Туберкулез, СД, психические заболевания у себя и родственников отрицает.

**Аллергологический анамнез:** спокоен.

**Трансфузионный анамнез:** кровь и её компоненты не переливались.

**Наследственность:** у мамы и бабушки по материнской линии была миома матки.

**Вредные привычки:** отрицает.

**Status praesens**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, гиперстеническое. Температура 36,6.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, тургор тканей сохранен. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологических изменений. Следов перенесенного в прошлом рахита не выявлено. Форма суставов не изменена. Активное движение в суставах в полном объёме. Степень развития мышц умеренная. Тонус мышц сохранен. Щитовидная железа не увеличена.

Антропометрия: рост-170 см., вес-90 кг. Индекс массы тела: =30,4 (ожирение 2 ст.).

Сердечнососудистая система:

Грудная клетка в области сердца без деформаций. Видимые пульсации отсутствуют.

Пульс 72 уд/мин, ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного напряжения и наполнения.

АД 110/75 мм. рт. ст. на обеих руках.

Пальпаторно верхушечный толчок определить не удалось.

Перкуссия:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая: на 1,0 см к наружи от правого края грудины в 4 межреберье

Верхняя: на 3-м ребре по парастернальной линии

Левая: на 1,5 см кнутри от среднеключичиной линии в 5 межреберье.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: по левому краю грудины на уровне 4 ребра.

Верхняя: у левого края грудины на уровне 4 ребра

Левая: на 2 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье.

Аускультативно: тоны ритмичные, ясные. Шумы не выслушиваются, ЧСС=72 в мин.

Система органов дыхания:

Дыхание через нос не затруднено. Форма грудной клетки правильная, гиперстеническая, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 16 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, голосовое дрожание одинаково проводится над всей поверхностью легких.

Перкуторно над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия лёгких: нижняя граница:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| Парастернальная | 5 ребро | - |
| Срединоключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Сред. подмышечная | 8 ребро | 9 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

Система органов пищеварения:

Осмотр ротовой полости: губы влажные, язык влажный, чистый, без отпечатков зубов. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая. Живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. Пальпация по ходу ободочной кишки безболезненна, шум плеска не определяется. Аускультативно перистальтика кишечника обычная.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выступает. Границ печени по Курлову 9, 8, 7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус - симптом отрицательный.

Система мочевыделения:

Область почек без видимых деформаций. Симптом сотрясения поясничной области отрицательный с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области мочеточниковых точек отсутствует. Диурез в норме.

Нервная система:

Сознание ясное, речь внятная. Больная ориентируется в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Сухожильные рефлексы без патологии, Менингеальные симптомы отрицательные, зрачки D=S расширены, живо реагируют на свет.

Гинекологическое исследование.

Данные осмотра наружных половых органов. Наружные половые органы без особенностей. При натуживании из половой щели выходят стенки влагалища. Бартолиновы и парауретральные железы без особенностей,

Данные осмотра на зеркалах**.** Шейка матки гипертрофирована с образованием наботовых кист. Выделения слизистые, умеренные. Половая щель зияет, за пределы входа во влагалище выходят стенки влагалища, больше передняя с формированием цисто и ректоцеле.

Данные влагалищного исследования: матка увеличена до 5-6 недель беременности, ограничена в подвижности, безболезненная при пальпации. Придатки не увеличены.

Предварительный диагноз:

Основной: Опущение стенок влагалища с формированием цисто- и ректоцеле. Гипертрофия шейки матки. Миома матки небольших размеров.

Осложнение основного: нет.

Сопутствующий: ожирение 2 ст.

***Лабораторные данные:***

1. **Общий анализ крови** от 29.10.08.

Гемоглобин -141 г./л (в №120-150 г./л)

Эритроциты - 4,98∙10 12/л (в №3,5-4,5∙10 12/л)

Лейкоциты -6,5∙109 /л (в №4-9∙109 /л)

Палочкоядерные -2%(в №1-5%)

Сегментоядерные -67%(в №45-70%)

Лимфоциты -28%(в №20-40%)

Моноциты -3%(в №2-10%)

СОЭ-12 мм/ч (в №2-20 мм/ч)

Тромбоциты - 207∙109 /л (150-400∙109 /л)

Заключение: общий анализ крови без патологии.

. **Биохимический анализ крови** от 28.03.12

Общ. Белок - 75 г./л (60-87 г./л)

Холестерин 4,8 ммоль/л (N = до 5,7)

Билирубин общий 9,5 мкмоль/л (N = 8,5-20,5)

Билирубин связанный 1,9 мкмоль/л (N =0-5,1)

АСТ 20 (N = до 31)

АЛТ 19 (N = до 32)

ЩФ 168 (N = 64-306 е/л)

Мочевина 5,0 ммоль/л (N = 2,5-8,3)

Креатинин 48 мкмоль/л (N = 53,0-97,2)

Фибриноген 3,6 г/л (2-5 г./л)

АПТВ 36 сек. (32-42 сек)

ТВ 15 сек. (14-17 сек)

Заключение: Биохимический анализ крови без патологии. Показатели коагулограммы в пределах нормы.

. **Глюкоза крови** от 28.03.2012:

,0 ммоль/л (3,3-6,1)

4. **Общий анализ мочи** от 03.04.12

Цвет светло - желтая

Прозрачность прозрачная

Реакция кислая

Белок отр.

Лейкоциты 1-2 в п/зр.

Заключение: общий анализ мочи без патологии.

5. **Изосерологическая лаборатория** от 28.03.12

Группа крови: А(II)

Резус принадлежность (+) положительная

6**. ЭКГ** от 05.04.12

Заключение: синусовый ритм, ЧСС-70 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС.

. **Исследование мазков из влагалища** от 30.03.12

Гонококк Нейссера не обнаружен. Флора-кокковая. Трихомонады не обнаружены. Грибы не обнаружены. Лейкоциты (влагалище-до 10 в п/з)

Заключение: 3 степень чистоты.

. **УЗИ органов малого таза** от 05.04.12

Заключение: размеры матки 72х56х67 мм. Хр. метроэндометрит. По задней стенке справа интерстициально - субсерозная миома 11 мм, типичного строения.

М-Эхо 9 мм. Граница не четкая. Шейка матки без особенностей.

ОД - 33\*19\*23 мм (без особенностей)

ОS 34\*20\*23 мм (без особенностей). Трубы не видны.

. **Кал на яйцеглист** от 29.03.12

отрицательно.

. **Кольпоскопия** от 30.03.2012

Влагалищная часть шейки матки покрыта многослойным плоским эпителием. Зона перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический находится на уровне наружного зева. Сосудистый рисунок - типичный. При окрашивании раствором Люголя йоднегативные зоны не выявлены. В анамнезе конизация шейки матки. Основная слизистая в норме.

. **Антитела** от 28.03.2012

ВИЧ, HCV не обнаружены.

HBsAg не выявлен. RW - отрицательная.

шейка матка гинекологический гипертрофия

**Дифференциальная диагностика**

Опущение стенок влагалища дифференцируют с выворотом матки и кистой влагалища.

**Пальцевое исследование:**

При опущении стенок влагалища: При натуживании из половой щели выходят полностью задняя стенка влагалища и две трети передней стенки влагалища.

При вывороте матки: Во влагалище прощупывается круглое образование**,** которое кверху переходит в края расширенного в виде плотного кольца зева, а на месте тела маки обнаруживается воронкообразное углубление.

При кисте влагалища: На боковой стенке вагины можно обнаружить образование овальной формы туго эластической консистенции.

**Исследовании с помощью зеркал:**

При опущении стенок влагалища: слизистые шейки матки и влагалища гиперемированы, отмечается опущение стенок влагалища

При вывороте матки: При осмотре при помощи зеркал находят, ч т поверхность обнаруженного образования сине-багрового цвета, нередко испещрена глубокими изъязвлениями, иногда некротизирована, легко кровоточит.

**Болевой синдром:**

При опущении стенок влагалища отсутствуют боли, либо тянущие вялые боли внизу живота, ощущение инородного тела в промежности.

Выворот матки сопровождается сильным болевым синдромом, шоком, ухудшением общего самочувствия.

При кисте влагалища симптоматика, как правило, не выражена.

**Клинический диагноз**

**Основной:** Опущение стенок влагалища с формированием цисто- и ректоцеле. Гипертрофия шейки матки. Миома матки небольших размеров.

**Осложнение основного диагноза:** нет.

**Сопутствующий:** ожирение 2 ст.

Поставлен на основании:

Жалоб больной на чувство дискомфорта и ощущение инородного тела в области половых органов, усиливающееся при незначительной физической нагрузке. Учащенное мочеиспускание малыми порциями.

Анамнеза заболевания, а именно наличие факта выявления данного заболевания в 2008 году, прогрессирования заболевания в течении последних 4х лет с появлением жалоб указанных выше, отсутствия эффекта от проводимого консервативного лечения.

Данных гинекологического анализа, а именно наличие 6 беременностей, 2 из которых закончились срочными родами (развитие опущения в течение 1 мес. После вторых родов). 4 аборта (2 артифициальных, 2 самопроизвольных). Рождение 2 детей массой 3700, 4200г соотвественно;.

Гинекологического исследования, а именно выхода стенок влагалища за пределы входа во влагалище (больше передняя) с формированием цисто- и ректоцеле.

**Этиология и патогенез**

Опущение и выпадение половых органов - полиэтиологическое заболевание, в его основе лежат несостоятельность мышц тазового дна и связочного аппарата матки, повышенное внутрибрюшное давление. Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит всегда прогрессирующий характер. Причём по мере развития процесса углубляются и функциональные нарушения, которые, часто наслаиваясь друг на друга, вызывают не только физические страдания, но и делают этих пациенток частично или полностью нетрудоспособными.

При развитии этой патологии всегда есть повышение внутрибрюшного давления экзо или эндогенного характера и несостоятельность тазового дна. Выделяют четыре основные причины их возникновения:

●Нарушение синтеза половых гормонов.

●Несостоятельность соединительнотканных структур в виде «системной» недостаточности.

●Травматическое повреждение тазового дна.

●Хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов микроциркуляции, внезапным частым повышением внутрибрюшного давления.

Под влиянием одного или нескольких перечисленных факторов наступает функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна. Повышенное внутрибрюшное давление начинает выдавливать органы малого таза за пределы тазового дна. Тесные анатомические связи между мочевым пузырём и стенкой влагалища способствуют тому, что на фоне патологических изменений тазовой диафрагмы, включающей и мочеполовую, происходит сочетанное опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря. Последний становится содержимым грыжевого мешка, образуя цистоцеле. Цистоцеле увеличивается и под влиянием собственного внутреннего давления в мочевом пузыре, в результате чего образуется порочный круг.

Особое место занимает проблема развития НМ при напряжении у больных с пролапсом половых органов.

Уродинамические осложнения наблюдают практически у каждой второй больной с опущением и выпадением внутренних половых органов.

Аналогичным образом формируется и ректоцеле. Проктологические осложнения развиваются у каждой третьей больной с вышеуказанной патологией.

**Лечение и профилактика**

Цели лечения: восстановление анатомии промежности и тазовой диафрагмы, а также нормальной функции смежных органов.

Показания к госпитализации:

●Нарушение функции смежных органов.

●Опущение стенок влагалища III степени.

●Полное выпадение матки и стенок влагалища.

●Прогрессирование заболевания.

Немедикаментозное лечение.

Консервативное лечение можно рекомендовать при не осложнённых формах начальных стадий пролапса тазовых органов (опущение матки и стенок влагалища I и II степеней). Лечение направлено на укрепление мышц тазового дна при помощи лечебной физкультуры по Атарбекову. Пациентке необходимо изменить условия жизни и труда, если они способствовали развитию пролапса, лечить экстрагенитальные заболевания, влияющие на формирование генитальной грыжи.

При консервативном ведении больных с опущением и выпадением внутренних половых органов можно рекомендовать применение вагинальных аппликаторов для электростимуляции мышц тазового дна.

Медикаментозное лечение.

Обязательно корректируют дефицит эстрогенов, особенно путём их местного введения в виде вагинальных средств, например эстриол (овестин) в свечах, в виде вагинального крема).

Хирургическое лечение.

При III-IV степенях опущения матки и стенок влагалища, а также при осложнённой форме пролапса рекомендовано оперативное лечение.

Цель хирургического лечения - не только (и не столько) устранение нарушения анатомического положения матки и стенок влагалища, но и коррекция функциональных расстройств смежных органов (мочевого пузыря и прямой кишки).

Формирование хирургической программы в каждом конкретном случае предусматривает выполнение базовой операции по созданию надёжной фиксации стенок влагалища (вагинопексии), а также хирургической коррекции имеющихся функциональных нарушений. При НМ (недержание мочи) при напряжении вагинопексию дополняют уретропексией трансобтураторным или позадилонным доступом. При несостоятельности мышц тазового дна выполняют кольпоперинеолеваторопластику (сфинктеропластика по показаниям).

Опущение и выпадение внутренних половых органов корректируют, используя следующие хирургические доступы.

Вагинальный доступ предусматривает выполнение вагинальной гистерэктомии, передней и / или задней кольпоррафии, различных вариантов слинговых (петлевых) операций, сакроспинальной фиксации, вагинопексии с использованием синтетических сетчатых (MESH) протезов.

При лапаротомном доступе широко распространены операции вагинопексии собственными связками, апоневротической фиксации, реже сакровагинопексии.

Некоторые виды вмешательств при лапаротомии были адаптированы к условиям лапароскопии. Это сакровагинопексия, вагинопексия собственными связками, ушивание паравагинальных дефектов.

При выборе метода фиксации влагалища следует учитывать рекомендации Комитета по хирургическому лечению генитального пролапса ВОЗ (2005):

●Абдоминальный и вагинальный доступы эквивалентны и имеют сравнимые отдалённые результаты.

●Сакроспинальная фиксация вагинальным доступом имеет высокую частоту рецидива опущения купола и передней стенки влагалища в сравнении с сакрокольпопексией.

●Оперативные вмешательства при чревосечении более травматичны, чем операции лапароскопическим или вагинальным доступом.

Лечение данной пациентки:

1. Стол №5

2. Режим палатный

. Санация влагалища раствором бетадина

. Плановое оперативное лечение.

Наркоз эндотрахеальный.

Обработка операционного поля. Под СМА шейка взята на пулевые щипцы, низведена, на передней стенка влагалища выкроен овальный лоскут, отсепарован, удален. Разрез слизистой продлен циркулярно на уровне влагалищных сводов. В зажимах пересечены и лигированы кардинальные связки. Мочевой пузырь поднят вверх. Вскрыта пузырно-маточная складка брюшины. Брюшина заднего Дугласа. В зажимах пересечены и лигированы маточные сосуды. Матка выведена в рану, последовательно в зажимах пересечены и лигированы круглые, собственные связки яичников, маточные концы труб без особенностей. Справа яичник 1,5\*2 см без особенностей. Слева яичник 1,5\*2 см без особенностей. Трубы без особенностей. Ушивание влагалища, культи маточных связок фиксированы к куполу влагалища. Транспозиция мочевого пузыря путем наложения кисетного шва на его фасцию. Выполнена типичная задняя кольпоррафия. Перинеолеватеропластика.

В условиях стационара была произведена радикальная операция - Операция Мейо. Перинеолеватеропластика.

После проведенного лечения состояние пациентки улучшилось, исчезло ощущение инородного тела в области промежности и дизурические явления.

Профилактика осложнений и рецидива заболевания заключается в наблюдении в женской консультации, своевременное направление для дальнейшего лечения.

Больной рекомендованы нормализация режима дня, полноценное питание, общеукрепляющие мероприятия: закаливание, занятие физической культурой, тщательное соблюдение правил личной гигиены.

**Список литературы**

1. Кулаков В.И. и др. Оперативная гинекология / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснопольский. - М., 1990.

2. Кулаков В.И. и др. Оперативная гинекология - хирургические энергии / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.В. Мынбаев. - М., 2000.

. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н. и др. Патология влагалища и шейки матки. - М., 1997.

. Лекционный материал кафедры акушерства и гинекологии ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава.