**Паспортная часть**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 62 года

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, профессия: пенсионер

Дата и время поступления в стационар: 4.02.13 г. в 9.40, по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в плановом порядке

Клинический диагноз:

Основной: Старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле III ст.

Сопутствующий: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз Н1. АГ II ст. риск 4. Сахарный диабет 2 тип, компенсация.Узловой зоб I ст. Носитель HCV -Ag

Операция: Влагалищная экстирпация матки. Передняя пластика влагалища. Репозиция мочевого пузыря. Задняя пластика влагалища. Леватороррафия

**Жалобы на момент курации**

Жалоб нет.

**История развития настоящего заболевания**

Заболевание началось около 7 месяцев назад. У пациентки появилось чувство тяжести внизу живота, ощущение постороннего тела в половой щели. По мере прогрессирования заболевания отмечается полное выпадение матки. Пациентка обратилась в ЦРБ по месту жительства. После проведения клинического и лабораторно-инструментального исследований была направлена в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для проведения оперативного лечения с диагнозом:

Основной: Старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле

Сопутствующий: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз Н1. АГ II ст. риск 4. Сахарный диабет 2 тип, компенсация.Узловой зоб I ст. Носитель HCV -Ag

**Анамнез жизни**

Родилась в срок. Росла и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Болеет артериальной гипертензией II ст., риск 4, узловым зобом I ст., сахарным диабетом 2 типа, ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз Н1. Является носителем HCV –Ag**.**

Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртными напитками не злоупотребляет. Не курит. Наркотические вещества не употребляет. Аллергоанамнез не отягощен. Операции: ДЭК. Трудовой анамнез: не работает, пенсионер. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Санитарно-эпидемиологический анамнез не отягощен.

**Активный расспрос о состоянии основных систем**

На момент курации жалоб не предъявляет

**Акушерско-гинекологический анамнез**

Менструальная функция: менструации появились в 13 лет, через 28 дней по 5 дней, регулярные, безболезненные, в умеренном количестве. В данный период у пациентки менопауза(10 лет).

Секреторная функция: выделения из влагалища слизистые, скудные, жидкой консистенции, без запаха, окружающие ткани не раздражают.

Половая функция: половая жизнь с 19 лет, в браке. Болей и кровянистых выделений при половых сношениях не отмечала. В настоящее время половой жизнью не живет.

Детородная фукция: количество родов- 2, медицинских абортов-1, с/выкидышей-1.

Перенесенные гинекологические заболевания: эрозия шейки матки, ДЭК.

**Объективное обследование**

**Общий осмотр**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, рост – 160 см, масса тела – 70 кг. Температура тела – 36,6 °С.

Кожа чистая, сухая, бледно – розовая. Рубцов, расчесов, сыпи нет. Видимые слизистые без изменений. Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подчелюстные, локтевые, подмышечные, паховые) не пальпируются.

Мышцы и кости при пальпации безболезненны. Припухлости, атрофии нет. Конфигурация суставов, объем пассивных и активных движений не изменены. Молочные железы без патологических изменений. Щитовидная железа: узловой зоб I степени.

**Система органов дыхания**

Дыхание свободное, ритмичное. Тип дыхания – брюшной. Частота дыхания 19 в минуту. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный лёгочной звук над всей грудной клеткой. При аускультации везикулярное дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет. Крепитации, шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения**

Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках. Дефицита пульса нет. Патологической пульсации сосудов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 170/100

**Система органов пищеварения**

Аппетит хороший.

Язык – влажный, не обложен; язвы, трещины отсутствуют. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая – без патологий. Миндалины без патологических изменений. Гиперемии, кровоизлияний, налета на задней стенке глотки нет. Глотание не затруднено.

Живот мягкий, обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет. Напряжения мышц – нет. Доступен глубокой пальпации.

Печень.

Размеры по Курлову:

срединно-ключичная линия - 9см,

передняя срединная линия - 8см,

по реберной дуге - 7см.

Размеры селезенки

Поперечный – 5см, продольный – 6см.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание безболезненное. Имеется цистоцеле. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Нервная система**

Судорог нет. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудзинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон. Зрачковые рефлексы сохранены. Зрачки одинаковы по форме и величине. Реакция зрачков на свет сохранена. Аккомодация, конвергенция в норме. Нистагм отсутствует. Острота слуха не изменена. Чувствительность кожи не нарушена.

**Эндокринная система**

Щитовидная железа увеличена – узловой зоб I ст. Сахарный диабет 2 тип, компенсация.

**Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы не изменены. Бартолиновы железы не изменены. Имеется опущение передней, задней стенок влагалища III ст. Цистоцеле, ректоцеле III ст. Полное выпадение матки.

In speculum:

Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Выделения слизистые.

Per vaginum:

Влагалище свободное. Своды свободны, безболезненные. Шейка матки цилиндрическая, плотная. Тело матки расположено в anteversio flexio, подвижно. Придатки не определяются, область их безболезненна. Смещение за шейку матки безболезненное. Крестцово-маточные связки не изменены. Параметрии не изменены.

**Предварительный диагноз**

Основной: Старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле III ст.

Сопутствующий: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз Н1. АГ II ст. риск 4. Сахарный диабет 2 тип, компенсация.Узловой зоб I ст. Носитель HCV -Ag

**Дополнительные обследования и лабораторные данные**

1. Общий анализ крови (05.02.2013г.)

Эритроциты – 3,7 х 109/л;

Гемоглобин - 118 г/л;

ЦП - 0,95;

Лейкоциты – 9,4 х 109/л;

Палочкоядерные - 3%;

Сегментоядерные - 60%;

Лимфоциты - 30%;

Моноциты - 5%;

СОЭ – 34 мм/ч;

Заключение: повышение СОЭ, незначительный лейкоцитоз

1. Общий анализ мочи (05.02.2013г.)

 Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: полная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1017;

Белок – нет;

Глюкоза – 33,9 ммоль/л;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – 1-2 в поле зрения;

Эритроциты – 4-5 в поле зрения

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Заключение: гематурия, глюкозурия.

1. ЭКГ(05.02.2013г.)

Результат: Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС. ЧСС 76 уд. в мин.

 4.Биохимический анализ крови(05.02.2013 г.)

О. белок – 69 г/л

Билирубин – 11,5 мкмоль/л

Мочевина – 5,3 ммоль/л

Глюкоза – 11,9 ммоль/л

АлАТ – 36

АсАТ – 33

Калий – 4,3 ммоль/л

СI – 100 ммоль/л

Заключение: гипергликемия

 5.Коагулограмма(10.02.2013 г.)

МНО – 1,06

АЧТВ – 26 с.

Протромбиновый индекс – 0,94

Фибрин – 30

Фибриноген А – 6,66

Фибриноген В – отр.

 6.Изосерологическое исследование крови(05.10.2013 г.)

Группа крови – 0(I)

Rh-(+)

 7.Кольпоскопия(4.02.2013 г.)

Заключение: патологии не выявлено(кольпоскопически)

**Клинический диагноз**

Основной: Старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле III ст.

Сопутствующий: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз Н1. АГ II ст. риск 4. Сахарный диабет 2 тип, компенсация.Узловой зоб I ст. Носитель HCV -Ag

**Обоснование диагноза и дифференциальная диагностика**

На основании жалоб пациентки при поступлении (полное выпадение матки);на основании анамнеза заболевания (заболевание началось около 7 месяцев назад. У пациентки появилось чувство тяжести внизу живота, ощущение постороннего тела в половой щели. По мере прогрессирования заболевания отмечается полное выпадение матки. Пациентка обратилась в ЦРБ по месту жительства. После проведения клинического и лабораторно-инструментального исследований была направлена в ВГКРД №2 для проведения оперативного лечения); на основании акушерско-гинекологического анамнеза, данных гинекологического статуса(имеется опущение передней, задней стенок влагалища III ст. Цистоцеле, ректоцеле III ст. Полное выпадение матки); на основании лабораторных исследований( общий анализ крови – повышение СОЭ, незначительный лейкоцитоз; общий анализ мочи - гематурия, глюкозурия; биохимический анализ крови – гипергликемия) можно выставить клинический диагноз:

Основной: Старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле III ст.

Сопутствующий: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз Н1. АГ II ст. риск 4. Сахарный диабет 2 тип, компенсация.Узловой зоб I ст. Носитель HCV -Ag

**Дифференциальная диагностика**

 Данное заболевание можно дифференцировать с кистой влагалища, выворотом матки, родившимся миоматозным узлом. При вывороте матки больная жалуется на резкую боль внизу живота. Большое значение имеет осмотр в зеркалах, данных бимануального исследования: на месте тела матки обнаруживается воронкообразное углубление, а во влагалище находят опухоль, над которой пальпируется кольцевидное сужение. Можно также дифференцировать с раком шейки матки, при котором наблюдаются пенистые обильные водянистые выделения, боль внизу живота, контактные и ациклические кровотечения. Важным методом является расширенная кольпоскопия, УЗИ.

**Этиология и патогенез**

Этиология и патогенез опущения до выпадения матки и влагалища сложные и вполне еще не изучены. Первостепенное значение приписывалось первичному опущению влагалища, что влечет влагалищную часть шейки матки. Однако следует признать, что основную роль в происхождении опущение и выпадение матки играют факторы, определяющие давление на половые органы сверху. При нормальных условиях давление на половые органы сверху уравновешивается противодавлением тазового дна и передней брюшной стенки. Все причины, вызывающие нарушение структуры и функций тазового дна, брюшной стенки и связочного аппарата матки, способствуют опущению и выпадению матки из влагалища. При расслаблении брюшной стенки (многократные роды, астения) взаимная поддержка внутренних органов нарушается и нарастает давление их на тазовые органы. Мышцы тазового дна и связочный аппарат матки некоторое время выдерживают давление сверху, но в дальнейшем происходит их расслабление, что способствует смещению матки книзу.

 Расслабление мышц и фасций тазового дна, а также дефекты в этом участке (осложненные и оперативные роды, разрывы промежности) ведут к аналогичным последствиям. Компенсаторное усиление деятельности брюшного пресса временно удерживает опущение внутренних органов, однако постепенно компенсаторная функция истощается, давление внутренностей на половые органы растет, связочный аппарат матки расслабляется и начинается смещение ее вниз. Расслабленное тазовое дно уже не является опорой для половых органов и смещение вниз увеличивается. Таким образом, в патогенезе смещения матки и влагалища существенную роль играют условия, способствующие расслаблению брюшной стенки и тазового дна; расслабление связочного аппарата матки происходит вторично и не имеет первостепенного значения. Смещением матки книзу обычно предшествует ретрофлексия, поэтому происхождение опущение и выпадение матки в конечном счете связано с теми причинами, способствующими ретродевиации матки. При ретрофлексии и ретроверзии матки давление сверху приходится на переднюю стенку матки и заднее-верхний отдел мочевого пузыря; кишечные петли располагаются в excavatio vesicouterina. В результате давления сверху на указанные органы происходит постепенное опущены мочевого пузыря с передней стенкой влагалища, а также шейки матки; впоследствии опускается и вся матка.

Причины опущения и выпадения матки и влагалища

 1. Расслабление мышц брюшного пресса вследствие астении, резкого истощения или многократных повторных, особенно осложненных, беременностей и родов (многоводие, многоплодие, узкий таз, что способствует образованию остроконечного и отвислого живота, и др.). При этом смещение матки вниз служит одним из проявлений общего птоза внутренних органов.

2. Родовые травмы, вследствие чего происходит расслабление или возбуждение мышц и фасций тазового дна, главным образом леватора. Возникновению родовых травм способствуют разгибательные предлежания, большие размеры плода, ригидность тканей у пожилых первородящими, хирургические вмешательства (наложение акушерских щипцов) и др. Существенную роль играют родовые травмы, нарушающие фиксирующий аппарат матки, главным образом основные и крестцово-маточные связки.

 3. Все причины, обуславливающие снижение тонуса матки и ретрофлексию, в частности задержка развития половых органов и возрастная атрофия матки, связочного аппарата и мышц тазового дна. Следует отметить, что опущение и выпадение матки возникают преимущественно в пожилом и старческом возрасте.

 4. Опущения и выпадения половых органов могут возникнуть при аномалиях развития, обусловливающих нарушения иннервации мышц тазового дна (spina bifida) и врожденную гипоплазию его мускулатуры. При наличии условий, приводящих к смещению матки вниз, оно быстрее возникает и прогрессирует в связи с подъемом и переносом тяжестей. Следует отметить, что в большинстве случаев смещение матки вниз происходит вследствие суммы причин, действующих в одном направлении. При оценке этиологических факторов следует стремиться выявить главную причину заболевания, что очень важно для выбора метода лечения. При наличии условий, способствующих выпадению (опущению) матки, оно происходит чаще первично и способствует выпадению (изнанки) влагалища. Однако не исключается другая последовательность развития процесса: сначала опускается влагалище, которая тянет вниз шейку матки. Наконец, возможно одновременное постепенное опущение и выпадение влагалища и матки. Изменения в половых органах при их опущении и выпадении: стенки влагалища, что выпали наружу, становятся сухими, грубыми, соединительная ткань отекает. Складки влагалища постепенно сглаживаются, слизистая оболочка приобретает беловатого цвета. На слизистой оболочке влагалища и шейки матки нередко образуются трофические язвы. При выпадении матки происходят перегиб сосудов, ухудшается отток венозной крови и застой ее в участке отделов, расположенных ниже. Происходит отек и увеличение объема влагалищной части шейки матки (hypertrophic colli). При неполном выпадении матки нередко происходит удлинение ее шейки (elongatio colli) за счет растяжения между телом матки, которая располагается выше тазового дна, и влагалищем, что опускается. Тело матки, находящийся обычно в retroflexio, прижимается к заднему отделу леватора или внутренних органов, фиксируется соединения, влагалищная часть шейки матки оттягивается вниз влагалищем, выпавшей. В результате удлинения шейки матки полость матки увеличивается до 10-15 см при обычной длине тела.

 При смещениях матки книзу происходит опущение маточных труб и яичников, что не имеет особого клинического значения. При полном выпадении матки может измениться топография не только мочевого пузыря, но и мочеточников. Указанные условия способствуют возникновению восходящей инфекции мочевыводящих путей и развитию хронического цистита и пиелонефрита.

У данной пациентки заболевание возникло на фоне возрастных изменений структуры и функции тазового дна, брюшной стенки и связочного аппарата матки.

 **Лечение и профилактика**

Оперативное лечение: Влагалищная экстирпация матки. Передняя пластика влагалища. Репозиция мочевого пузыря. Задняя пластика влагалища. Леватороррафия**.**

Показания к операции: старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле III ст.

Операция проведена 05.02.2013 г. в 9.00

Анестезия: СМА

Под анестезией из передней и задней стенок влагалища выкроены прямоугольной формы лоскуты слизистой, отсепарованы и удалены. По линии сводов произведён циркулярный разрез, и своды смещены вверх. После лигирования нисходящей ветви а. uterinae вскрыта pl. vesicouterinae и матка выделена в рану. Клеммированы, пересечены и лигированы кардинальные связки, трубы, собственные связки яичников, круглые связки с обеих сторон. Кисетным швом ушита брюшина. Дополнительной лигатурой сшиты культи связок. Передняя задняя стенки влагалища сшиты между собой викриновыми лигатурами. Интраоперационно выведена моча 250 мл.- светлая. Из задней стенки влагалища выкроен треугольной формы лоскут слизистой, осепарован и удален. Вскрыта фасция промежности и ножки m. levator ani с обеих сторон соединены двумя кетгутовыми лигатурами. Викриновые непрерывные швы на фасцию, слизистую, клетчатку.

На кожу 3 шва ПГА. Во влагалище введена марлевая турунда со спиртом

Макропрепарат направлен на гистологию.

Кровопотеря: 400 мл.

Диагноз: Старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле III ст.

**Профилактика**

Общеукрепляющие мероприятия в детском и подростковом возрасте.

Рациональное питание беременной женщины с целью профилактики развития крупного плода.

Занятие лечебной физической культурой (ЛФК) при подготовке, во время беременности и с 1-2 суток после родов.

Щадящее консервативное ведение родов: профилактика травматизма матери (выбор рационального положения роженицы, обработка половой щели стерильным вазелиновым маслом при врезывании головки плода, защита промежности) и плода (недопущение тракций (потягиваний) за головку и бережное выведение ягодиц).

Корректное ушивание разрывов влагалища и промежности, возникших в период родов.

Раннее вставание после родов.

Стимуляция мышц мочеполовой диафрагмы (промежности) дециметровыми волнами в раннем послеродовом периоде (с 1-2 суток после родов).

Послеродовая реабилитация тонуса мышц влагалища и промежности с момента окончания лохий (сукровичных выделений из половых путей). Послеродовую реабилитацию тонуса мышц влагалища и промежности осуществляют, как правило, с 40-го дня после родов. Послеродовая реабилитация и ВУМ-билдинг

Ограничение подъема и перемещения «бытовых тяжестей» тремя килограммами.

Профилактика женских болезней

Профилактика женских болезней в детском возрасте

**Дневник наблюдения**

(08.02.2013г.). Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. T= 36,6. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Стул в норме. Выделений из половых путей нет. Обработка швов.

(11.02.2013г.) Жалоб не предъявляет. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. T= 36,6. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 79 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Стул в норме. Выделений из половых путей нет. Швы на промежности сухие, чистые.

(12.02.2013 г.) Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 78 в минуту. T= 36,6. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Стул в норме. Выделений из половых путей нет. Швы на промежности сухие, чистые.

**Прогноз**

Прогноз в отношении жизни, работоспособности относительно благоприятный.

**Эпикриз**

Пациентка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 62 года, была госпитализирована 04.02.13 г. в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в плановом порядке по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для проведения оперативного лечения с диагнозом: Старый разрыв промежности. Опущение стенок влагалища III ст. Полное выпадение матки. Цисто- ректоцеле III ст.

Сопутствующий: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз Н1. АГ II ст. риск 4. Сахарный диабет 2 тип, компенсация.Узловой зоб I ст. Носитель HCV -Ag

Лечение: Влагалищная экстирпация матки. Передняя пластика влагалища. Репозиция мочевого пузыря. Задняя пластика влагалища. Леватороррафия**.**

Отмечается положительная динамика. Пациентка остается в стационаре.

**Рекомендации:** ежедневно, на протяжении 3-5 дней, обработка промежности раствором антисептика;

в первые дни рекомендуется употреблять полужидкую или жидкую пищу, чтобы избежать запоров;

физические и спортивные нагрузки необходимо исключить не менее, чем на месяц.