**Заведующая кафедрой**

 **Акушерства и Гинекологии**

 **лечебного факультета**

 **СПбГМА**

 **проф.Д.Ф.КОСТЮЧЕК**

 **преподаватель: асс.**

 **ПЕТРОВ А. Е.**

**история болезни N 1513**

**Клинический диагноз:**

 **Фибромиома матки (14 недель беременности).**

**Опущене передней стенки влагалища II ст., задней стенки III ст.**

 **Ректоцеле. Несостоятельность мышц тазового дна.**

 **Относительное недержание мочи.**

 **Время курации с 19.02 по 23.02.97**

 **Куратор-студент 532 группы**

 **Мамонтов С.Е.**

**I.Общие сведения**

**Фамилия** Беглова

**Имя** Нина

**Отчество** Ефимовна

**Возраст 57** лет

**Семейное положение** Замужем с 1964 года

**Профессия** Крановщица

**Образование** Среднетехническое

**Дата поступления** 10.02.97

**II.Жалобы**

Жалоб на момент осмотра не предъявляет

**III.Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 1982 года, когда впервые во время очередного гинекологического осмотра в поликлинике, была выявлена фибромиома матки, небольших размеров, не беспокоящая больную. Последовала постановка на диспансерный учет. Лечения не проводилось, к врачу не обращалась. В течение 15 лет фибромиома не увеличивалась в размерах и никак не беспокоила больную. И только 15 января 1997 года после гинекологического осмотра, больная получила из поликлиники по месту жительства направление на плановое хирургическое лечение в клинику гинекологии больницы им. Петра Великого.

22 января, на УЗИ (по направлению гинеколога), возникло подозрение на кисту правого яичника.

В течение 10 лет страдает опущением стенок влагалища, которое прогрессирует уже несколько лет.

Приблизительно с 1987 больная отмечает недержание мочи при физической нагрузке, кашле, чихании.

**IV. Anamneis vitae**

Больная родилась в Белоруссии в 1939 году. Детство протекало в военное время. Росла и развивалась нормально. Пациентка по счету- третий ребенок, в семье было пятеро детей. В детстве рахитом, туберкулезом, инфекционными заболеваниями не болела.

В своем развитии от сверстников не отставала. В школе училась хорошо. После окончания школы закончила курсы трактористов и стала работать по специальности с 17 лет.

В Ленинград приехала в 1959 году. Всю жизнь проработала в литейном цехе крановщицей, а последние несколько лет - на агрегатных станках.

Сама больная отмечает профессиональную вредность. В последующем периоде жизни болела простудными заболеваниями, гриппом.

Материально- бытовые условия в настоящее время удовлетворительные.

Мать страдает опущением стенок влагалища с 1986 года. Отец страдал бронхиальной астмой. Муж здоров.

**V. Anamnesis gynecolgica**

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ:

Месячные начались в 17 лет. Болезненной реакции на появление первых месячных не отмечала. Цикл установился сразу и без особенностей. Продолжительность менструального цикла составляла 21 день, отмечалась его регулярность. Месячные были обильные, безболезненные. Изменений менструального цикла в связи с началом половой жизни, родами не отмечала . В климактерическом периоде месячные были очень обильные, но ходили циклично. Постменопауза с 53 лет, стойкая.

СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ:

Половую жизнь начала после вступления в брак в 1964 году. Взаимоотношения с мужем и его родителями нормальные. Семейной жизнью удовлетворена. От беременности предохранялись с помощью презерватива.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ:

Имела шесть беременностей:

Первая- в 1965 году- протекала без осложнений и закончилась поздними родами.

Вторая- в 1966 году- закончилась абортом.

Третья- в 1967 году- закончилась абортом.

Четвертая- в 1969 году- закончилась абортом.

Пятая- в 1970 году- протекала без осложнений и закончилась поздними родами.

Шестая- в 1971 году- закончилась абортом.

Родов было двое. Первые роды протекали с разрывом промежности Ребенок весом 3700. Послеродовой период протекал без осложнений. Вторые роды протекали с кровотечением. Ребенок весом 4200. В после- родовом периоде был мастит левой груди. Оба ребенка рождались в головном придлежании.

Выкидышей не было.

Четыре беременности прерывались посредством аборта (в 1966, 1967, 1969, 1971 годах), без осложнений.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРОШЛОМ:

Гинекологические заболевания больная отрицает.

**VI. Status praesens**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное.

Достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, тургор тканей сохранен.

Костно- мышечная система без патологических изменений. Следов перенесенного в прошлом рахита не выявлено. Форма суставов не изменена. Активное движение в суставах в полном объеме. Степень развития мышц умеренная. Тонус мышц сохранен. Щитовидная железа- увеличена за счет левой доли, плотная, подвижная, безболезненная.

СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:

 Пульс 66 ударов в минуту, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Сосудистая стенка на a. Radialis вне пульсовой волны не пальпируется .

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей ( на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее ( наружная сонная артерия) и головы

 ( височная артерия) не ослаблен. АД 120/70 мм. Рт. Ст.

Пальпаторно верхушечный толчок не определяется.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | на 3-ем ребре по l.parasternalis |
| левая | на 1 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая по левому краю грудины на уровне 4-го ребра  |  |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре  |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье |
| Аускультация сердца: тоны сердца ясные, чистые ритмичные, соотношение тонов сохранено. Шумов нет..При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий. |

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 15 в минуту.

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

Перкуторно над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  l.paravertebralis  | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка Высота стояния верхушек легких:  | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 4 см | 4 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

 справа 7 см

 слева 7 см

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов в легких нет

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:

Осмотр ротовой полости: губы влажные, красная кайма губ обычная, влажная, переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, чистый, с отпечатками зубов. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: 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. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска, видимой перистальтики не отмечается. Кишечник: Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

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

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

СИСТЕМА МОЧЕВЫВЕДЕНИЯ*:*

При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА:

 Сознание ясное, речь внятная. Больная ориентирована в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Менинингиальные симптомы отрицательные. Зрачки D=S расширены, живо реагируют на свет.

**VII. Специальное исследование.**

ДАННЫЕ ОСМОТРА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:

Наружные половые органы относительно чистые.При натуживании из половой щели выходят полностью задняя стенка влагалища и две трети передней стенки влагалища.

ДАННЫЕ ОСМОТРА В ЗЕРКАЛАХ:

Слизистые шейки матки и влагалища гиперемированы.

ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

Шейка цилиндрическая, размером 2,5 см., плотноэластической консистенции. Матка общей величиной до 14 недель беременности, плотная, бугристая, безболезненная. Тело матки имеет тугоэластичные, неподвижные, безболезненные узлы фибромиомы справа и кзади от матки диаметром 12 см., в теле матки диаметром 8 см. Придатки ощупь определяются. Своды свободны. Несостоятельность тазового дна, расхождение лонно- копчиковых мышц.

**VIII. Лабораторные данные**

**Биохимический анализ крови** от 14.02.97

Сахар 5,0 ммоль/л

Калий 4,2 ммоль/л

Холестерин 5,5 ммоль/л

В-липопротеид 43 ед.

**Клинический анализ мочи**  от12.02.97

Цвет желтая

Прозрачность прозрачная

Реакция кислая

Уд.вес 1015

Белок 0

Лейкоциты 0-1-2 в п/зр.

Эритроциты 0-1-1 в п/зр.

Эпителий 2-4 в п/зр.

**Изосерологическая лаборатория**  от 11.02.97

Группа крови В(III)

Резус принадлежность (-) отрицательная

**Коагулограмма** от 11.02.97

Протромбиновый индекс 78 %

Тромботест 5

Время рекальцификации 70 сек.

Фибриногент 2,25 г/л

Фибринолитическая активность 3 ч.40 мин.

**Дневные колебания сахара**  от 13.02.97

11.00 4,2 ммоль/л

21.00 7,5 ммоль/л

**Цитологическое исследование** от 11.02.97

В мазках-кровь,одиночный пластик типического эндометриального эпителия.

**Цитологическое исследование** от 11.02.97

Шейка матки-плоский эпителий с реактивными изменениями лейко +.

Цервикальный канал-неинформативный.Повторить.

**Исследование мазков на гонококк** от 11.02.97

Из уретры

Эпителий плоский 320

Лейкоциты 1020

Флора 3(+)

Из цервикального канала

Эпителий плоский 510

Лейкоциты 2030

Флора 3(+)

Гонококки не обнаружены.

**Кольпоскопия** от 11.02.97

Слизистая шейки матки и влагалища с явлениями диффузного кольпита .

Ov.naboti на 9.00.Немая йоднегативная зона между 16 и 20 часами.

**Фиброгастродуоденоскопия** от 12.02.97

Пищевод не изменен.Кардия в норме.Просвет желудка,луковица и залуковичная области двенадцатиперстной кишки обычные, слизистая их местами гиперемирована, складки не изменены, стенки эластичные. Перистальтика активная. В желудке немного слизи. Опухолевых заболеваний в осмотренных областях не выявлено.

Заключение:Гастродуоденит.

**Ректороманоскопия** от 12.02.97

Снаружи и per rectum без особенностей. Стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой обычные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сосудистый рисунок выраженный. Сфинктер без особенностей. Внутренние геморроидальные узлы.

Заключение: Внутренний геморрой.

**IX. Осмотр специалистами.**

**Консультация эндокринолога** от 14.02.97

Страдает узловым нетоксическим зобом с 1990 года. Жалоб нет. Вес снизился за 4 года на 4 кг. Менопауза 4 года, стойкая. Наследственность не отягощена. А-4, Р-2, 3700, 4200.

Объективно: Рост 164. Вес 81. Кожные покровы влажные. Щитовидная железа- увеличена, II-ст. за счет левой доли, плотная, подвижная, безболезненная.

Ps 90 уд. в 1 мин., на вдохе не урежается. Тоны сердца ясные, чистые, соотношение сохранено. Язык влажный с отпечатками зубов.

Ds: Узловой нетоксический зоб.

Рекомендовано:1) Холестерин крови.

 2)ЭКГ- повторно

 3)УЗИ- щитовидной железы

 4)сахар крови

1. **Дифференциальная диагностика и обоснование окончательного диагноза**

Фибромиому матки в постменопаузе следует дифференцировать от саркомы матки и фибромы яичника.

Саркоме матки присуща следующая клиническая картина: по мере прогрессирования процесса возникают циклические и ациклические кровотечения, боли в нижних отделах живота, бели гнилостного характера. В более поздних стадиях заболевания отмечаются слабость, недомогание, плохой аппетит, значительное похудание, анемия, не связанная с кровотечением. Данной симптоматики у больной не выявлено. Больная жалобы на кровотечения, боли, бели не предъявляет, но имеется недержание мочи при физической нагрузке, кашле, чихании.

Бимануальное исследование при саркоме матки выявляет следующее: опухоль плотной консистенции, нередко с участками размягчения. Для саркомы шейки матки характерно ее незначительное увеличение. Рождающаяся подслизистая саркома матки обычно определяется в канале шейки матки или за его пределами в виде узла опухоли.

В данном случае бимануально выявлено следующее:

Матка общей величиной до 14 недель беременности, плотная, бугристая, безболезненная. Тело матки имеет тугоэластичные, неподвижные, безболезненные узлы фибромиомы справа и кзади от матки диаметром 12 см., в теле матки диаметром 8 см.

Таким образом, на основании различий в клинической картине заболевания, данных объективного и инструментального обследований можно исключить диагноз саркома матки у данной больной, но окончательно игнорировать саркому матки можно лишь после гистологического исследования опухоли, удаленной во время операции.

Также необходимо провести дифференциальный диагноз с фибромой яичника, вследствие сочетания обеих видов опухолей у одного больного. Наиболее характерно для этой опухоли появление асцита. Иногда одновременно с асцитом наблюдаются гидроторакс, и анемия, так называемая триада Мейгса.

У курируемой больной соответствующей клинической картины не наблюдается.

При бимануальном исследовании у больной с фибромой яичника было бы найдено:

Опухоль округлой или овальной формы, односторонняя, плотная, с узловой или гладкой поверхностью. При этом размеры опухоли варьируют от микроскопически определяемого образования до головы взрослого человека. Опухоль имеет ножку, что создает условия для ее перекручивания с соответствующей клинической картиной: резкие боли внизу живота, тошнота, рвота, повышение температуры, учащение пульса, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины.

Данные бимануального исследования у нашей больной были приведены выше.

На основание характера клинической картины и результатов бимануального исследования можно исключить диагноз фиброма яичника, хотя окончательно это можно будет сделать при микроскопическом исследовании удаленной опухоли.

На основании данных анамнеза заболевания:

Впервые, в 1982 году, во время очередного гинекологического осмотра в поликлинике, была выявлена фибромиома матки, небольших размеров не беспокоящая больную. После постановки на диспансерный учет никакого лечения не проводилось, к врачу не обращалась. В течение 15 лет фибромиома не увеличивалась в размерах и не беспокоила больную, и только 15 января после гинекологического осмотра больна была направлена на плановое хирургическое лечение в клинику гинекологии больницы им. Петра Великого.

Также с 1987 года больной отмечается недержание мочи при физической нагрузке, кашле, чихании. В течение 10 лет страдает опущением стенок влагалища, которое прогрессирует уже несколько лет.

Данных анамнеза жизни:

Напряженный физический труд, связанный с вредными химическим факторами, переохлаждением( всю жизнь проработала в литейном цехе крановщицей, а последние несколько лет- на агрегатных станках).

Мать страдает опущением стенок влагалища.

Данных гинекологического анамнеза:

Месячные начались поздно( в 17 лет). Относительно короткий менструальный цикл-21 день. Месячные были обильные. В климактерическом периоде месячные- очень обильные, но ходили циклично. Позднее начало половой жизни (в 1964 году , в браке).

Данных специального исследования:

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

Матка увеличена до 14 недель беременности, плотная, бугристая, безболезненная. Тело матки имеет тугоэластичные, неподвижные, безболезненные узлы фибромиомы справа и кзади от матки диаметром 12 см., в теле матки диаметром 8 см. Несостоятельность тазового дна, расхождение лонно- копчиковых мышц.

Данных цитологического исследования:

Плоский эпителий из шейки матки с реактивными изменениями лейко +.

Можно поставить следующий окончательный диагноз.

1. **Клинический диагноз**

Фибромиома матки (14 недель беременности).

Опущене передней стенки влагалища II ст., задней стенки III ст.

Ректоцеле. Несостоятельность мышц тазового дна.

Относительное недержание мочи.

**XII. Этиология и патогенез данного заболевания**

Причины возникновения миомы матки до настоящего времени не установлены. До недавнего времени существовало мнение, что в развитии миомы матки важную роль играет гиперэстрогения. Однако последними исследованиями установлено, что повышенное содержание эстрогенов наблюдается не у всех больных, а ведущим фактором в развитии миомы матки является нарушение метаболизма эстрогенов и функции желтого тела. Определенную роль в возникновении и развитии миомы матки играют нарушения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка. Эти нарушения могут носить либо первичный характер, либо по закону обратной связи эти органы вовлекаются в патологический процесс вторично.

Развитие и рост миомы матки обусловливаются состоянием рецепторного аппарата матки. Нарушения рецепторного аппарата могут способствовать изменению характера роста опухоли.

В патогенезе миомы матки играют роль изменение иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции, а также наследственная предрасположенность.

Можно сделать вывод, что патогенез миомы матки очень сложен. В развитии заболевания играют существенную роль нарушения гипаталямо - гипофизарной системы, функции яичников, надпочечников, щитовидной железы. Подтверждением вовлечения в процесс гипоталамо- гипофизарной системы служат нарушения функции щитовидной железы, молочных желез, надпочечников. В ранних стадиях развития опухоли гормональные сдвиги нерезко выражены, что обусловлено адаптационной способностью организма. Однако по мере развития миомы матки, снижения компенсаторных возможностей на первый план начинают выступать более глубокие нарушения функции многих эндокринных желез, играющих важную роль в развитии опухоли.

У пациентов с миомой матки отмечается снижение активности и резервных механизмов симпатико- адреналовой системы, что отражает компенсаторно-

приспособительные возможности организма в условиях опухолевого роста.

Предрасполагающими моментами в развитии опухоли следует считать преданемические состояния и железодефицитную анемию. Подобные гематологические сдвиги вызывают нарушение окислительно-восстановительных процессов в организме женщины и тем самым создают более благоприятные условия для роста миомы.

Следовательно, миома матки является полигландулярным заболеванием, при котором в патологический процесс вовлечены многие органы и системы женского организма.

1. **Лечение**

Режим до операции III . Диета до операции 5.

Учитывая большие размеры опухоли в сочетании с патологией мышц матки и опущением стенок влагалища больной, находящейся в стойкой постменопаузе. Показано оперативное лечение в два этапа.

1. этап- передняя кольпоррафия с пластикой уретры, мочевого пузыря, кольпоперинеоррафия с леватеропластикой.
2. этап- чревосечение, экстирпация матки с придатками, фиксирование культи круглыми связками.
3. **Дневник**

ДАТА СОДЕРЖАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19.02.97 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пульс 74 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 130/80 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. | Режим I. Диета 5.Анализ крови.Анализ мочи.Коагулограмма.Биохимический анализ крови(сахар, калий, холестерин, В-липопротеид).Группа крови и резус-фактор. |
| 20.02.97 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Пульс 66 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 120/70 мм. Рт. ст .В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Выделений нет. Предопреционный эпикриз.Больная Беглова Н. Е., 57 лет находиться в 21-2 с 10.02 . Оперироваться подготовлена. Влагалище санировано.Диагноз: Фибромиома матки (14 недель беременности). Опущене передней стенки влагалища II ст., задней стенки III ст.Ректоцеле. Несостоятельность мышц тазового дна. Относительное недержание мочи.  Показано оперативное лечение в два этапа.I этап- передняя кольпоррафия с пластикой уретры, мочевого пузыря, кольпоперинеоррафия с леватеропластикой.II этап- чревосечение, экстирпация матки с придатками, фиксация культи круглыми связками. В ходе операции планируется аутогемо-трансфузия. Согласие больноц на операцию получено.  | Цитологическое исследование.Раздельное цитологическое исследование.Исследование мазков на гонококк.Кольпоскопия. Ректороманоскопия.Фиброгастродуоденоскопия. |
| 21.02.97 |  Операция.1. Передняя и задняя кольпоррафия с уретроцистолеваторопластикой.
2. Чревосечение. Экстирпация матки с придатками. Фиксация культи круглыми связками матки.

I. По слизистой передней стенки влагалища, отступя 1,5 см. от устья уретры, выполнен линейный разрез .Слизистая отсепарована, излишки отсечены. Уретра сужена 3 капроновыми швами. Мочевой пузырь погружен 2 кисетными кетгутовыми швами. Слизистая зашита непрерывным и 2 отдельными кетгутовыми швами. На слизистой задней стенки влагалища выполнен разрез в виде бабочки, слизистая отсепарована, отсечена. Вскрыты фасции ложа ножек m.levator ani с двух сторон, мышцы сшиты 3 кетгутовыми швами. На прямую кишку наложены 2 гемостатических кетгутовых шва и 1 погружной циркулярный. Слизистая зашита 2 ступенчатыми и непрерывными кетгутовыми швами. Целость промежности восстановлена послойно, на кожу 3 капроновых шва. Моча по катетеру светлая 1100. Кровопотеря 250,0.II. Нижнесрединная лапаротомия. Обнаружено: тело матки увеличено до 13 нед. За счет интрамурального узла диаметром 8 см., в дне матки субсерозный узел на ножке диаметром 8см. Ov. и придатки матки без патологии. Произведены пересечение и лигирование круглой, воронко- тазовой связок. Вскрыта pl. venro uterina. Мочевой пузырь низведен. Пересечены и лигированы пучки aa. uterina в два этапа. Влагалище вскрыто в передней связки. Матка отсечена на уровне влагалищных связок. Культя зашита кетгутом. Гемостаз полный. Круглые связки подшиты к задней стенке влагалища. Перитонизация. Туалет. Ревизия брюшной полости. Счет тампонов и инструментов верен. Брюшная стенка зашита послойно. На кожу косметический шов. Кровопотеря 250,0.Моча 700,0 светлая.Препарат: в полости матки субмукозные узлы диаметром 3 см., эндометрий гладкий, все узлы на разрезе однородной структуры.Диагноз после операции:Миома матки, смешанная форма.Опущение передней и задней стенок влагалища III ст. Цистоцеле. Ректоцеле.Относительное недержание мочи.20.00Состояние соответствует тяжести перенесенной операции. В сознании. Жалобы на боли в области послеоперационной раны, тошноту . Кожа и видимые слизистые бледные. Тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм.Hg. Пульс 66 в минуту, ритмичный. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот не вздут. Асептическая повязка в норме. Диурез по катетеру.22.00 С целью обезболивания:Sol. Omnoponi 2% - 1,0 в/м Sol. Droperidoli 1,0 в/м  | Стол 0, Режим I.Холод на живот.Холод на промежность.Пенициллин 1,0 х 6 р. в/м.Гентамицин 80 х 3 р. в/м.Метрогил 100,0 в/в.Анальгин 50% - 2,0Димедрол 1% - 1,0 в/м.Контроль диуреза. |
| 22.02.97 | Состояние средней тяжести.Жалобы на усиление болей в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледноватые. АД 130/80 мм.Hg.Ps 72 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца ритмичные. Дыхание жесткое, проводиться во все области, хрипов нет.Живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации в области послеоперационной раны. Перистальтика выслушивается. Асептическая повязка на промежность.Умеренные выделения из половых путей.22.00 Sol. Omnoponi 2% - 1,0 в/м.  | Стол 0. Режим II. Пенициллин 1,0 х 6 р. в/м.Гентамицин 80 х 3 р. в/м.Р-р Рингер-Локка 400,0 +Метрогил 100,0 в/в. Р-р Глюкозы 5%-400,0 +Панангин 10,0 +Инсулин 6 ЕД в/в.Р-р Хлорида кальция 1%-200,0 в/в. Р-р Реополиглюкина 400,0 в/в. |
| 23.02.97 | Состояние средней тяжести. Ночь спала спокойно. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/70 мм.Hg. Пульс 72 удара в минуту. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот нежный, не вздут. Умеренно болезненный при пальпации. Повязка в норме. Перистальтика в норме. Выделения из половых органов незначительные. Диурез достаточный. | Стол 0. Режим I-II. АД, СД, t.Тоже +S. Na Cl 0,9%-400,0 +S. Рингера 400,0 +Р-р Глюкозы 5%-400,0 +Инсулин 5 ЕД +Метрогил 100,0 +Панангин 20,0 в/в, капельно. |

1. **Эпикриз**

Больная 57 лет поступила в гинекологическую клинику СПбГМА по направлению из поликлиники по месту жительства( с диагнозом- Фибромиома матки (12 недель беременности). Опущене передней стенки влагалища II ст., задней стенки III ст.

Относительное недержание мочи.) на плановое хирургическое лечение. За время пребывания в клинике больная была обследована, и были проведены следующие лабораторно- инструментальные исследования: биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, определена группа крови и резус- фактор, коагулограмма, цитологическое исследование мазков из влагалища, уретры и цервикального канала. Исследование мазков на гонококк, кольпоскопия, фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия. При этом было выявлено: при биманульном исследовании определяется матка общей величиной до 14 недель беременности, плотная, бугристая, безболезненная. Тело матки имеет тугоэластичные, неподвижные, безболезненные узлы фибромиомы справа и кзади от матки диаметром 12 см., в теле матки диаметром 8 см. Придатки ощупь определяются. Своды свободны. Несостоятельность тазового дна, расхождение лонно- копчиковых мышц.

Был поставлен окончательный клинический диагноз - Фибромиома матки (14 недель беременности). Опущене передней стенки влагалища II ст., задней стенки III ст.

Ректоцеле. Несостоятельность мышц тазового дна. Относительное недержание мочи.

В клинике больной была произведена радикальная операция- экстирпация матки с придатками. Прогноз при правильно выполненной операции благоприятный. 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.

**XVI. Графическое дополнение к истории болезни**