Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Заведующая кафедрой: д.м.н., профессор …

Преподаватель: …

Куратор: студентка лечебного факультета, 515 группы …

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

…, 26 лет

Клинический диагноз:

Нейроэндокринный синдром с вторичными поликистозными яичниками. Первичное бесплодие в браке

Барнаул-2008

Паспортная часть

ФИО: …

Возраст: 26 лет.

Место работы: работник железной дороги.

Проф. вредности: отсутствуют

Домашний адрес: …

Дата поступления: 20.11.08 г в 9 часов

Дата курации: 21.11.08 г

Заключительный диагноз: Нейроэндокринный синдром с вторичными поликистозными яичниками. Первичное бесплодие в браке.

Жалобы:

Предъявляет жалобы на нарушение менструальной функции (в течение последних пяти лет менструации приходят нерегулярно – 1 раз в два месяца); на избыточный рост волос на верхней губе, по белой линии живота и на внутренней и наружной поверхности бедер; на отсутствие беременности в течении 8 месяцев при наличии регулярной половой жизни в браке без предохранения.

Anamnesis morbi:

Первые признаки данного заболевания появились пять лет назад. Сначала произошло нарушение менструальной функции: менструации стали приходить 1 раз в два месяца. На данном этапе больная не обследовалась и не лечилась. Примерно 1,5-2 года назад больная заметила избыточный рост волос на верхней губе, внутренней поверхности бедер, по белой линии живота. В браке пациентка предохранялась гормональными контрацептивами (Диане-35). Год назад пациентка перестала принимать контрацептивы, так как планировала беременность. В течении 8 месяцев больной не удалось забеременеть, после чего она обратилась в центр планирования семьи «Афродита» для обследования. В июле этого года пациентке проводилась стимуляция Клостилбегитом, которая тоже не дала результата. По УЗИ (от 20.10.08г) была выявлена мультифолликулярная трансформация яичников. 20.11.08г больная планово поступила в гинекологическое отделение Гор. Больницы № 5 для уточнения причин бесплодия и его коррекции.

Anamnesis vitae

Родилась в Алтайском крае г Барнауле. Росла и развивалась нормально в умственном и физическом развитии не отставала. Окончила 11 классов средней школы. Получила высшее образование в политехническом университете. Сейчас работает по специальности. Профессиональные вредности отсутствуют. В 24 года вышла замуж. Наследственность не отягощена. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Операций, гемотрансфузий не было. Лекарственных и пищевых аллергий не отмечает. Хронических заболеваний нет. Перенесенные гинекологические заболевания: эрозия шейки матки- ДЭК в 2001 году.

Акушерско-гинекологический анамнез

А) Менструальная функция: Первая менструация на 14 году, установи­лась сразу. Сначала менструации были продолжительностью 5 дней через 26 дней, сейчас последние пять лет наблюдается урежение менструаций (опсоменорея- по 5 дней через 60 дней). Последняя менструация с 14.11.08 по 19.11.08 Безболезненные. Выделения не обильные. После начала половой жизни изменений в менструаль­ной функции нет.

В) Половая функция: Начало половой жизни с 18 лет, с 24 лет регулярная. Коитус безболезненный. В 24 года вышла замуж. Муж здоров, ЗППП отрицает.

С) Детородная функция: беременностей не было. Наблюдается первичное бесплодие в течении одного года. Предохранялась презервативами, ораль­ными контрацептивами (Диана- 35) в течении одного года.

Д) Секреторная функция: Выделения в умеренном количестве, светлые, без запаха.

Объективное исследование

В телосложении больной проявляются не резко выраженные черты вирилизации: незначительное сужение размеров таза и увеличение ширины плеч, молочные железы слегка гипопластичны. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые обычного цвета. Кожа теплая умеренной влажности. Тургор эластичность кожи соответствуют возрасту. Костно-мышечная система развита нормально, искривлений позвоночника нет, укорочений конечностей нет, анки­лозов тазобедренных и коленных суставов не выявлено. Конституция астеническая. Походка без особенностей.

Рост 156 см.

Вес тела 51 кг.

Пульс 75 уд/мин

АД D 120/80 мм.рт.ст.

АД S 120/80 мм.рт.ст.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Па­тологий со стороны периферических сосудов не выявлено.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы легких в пределах нормы. Частота дыхания 16 уд/мин.

Печень при пальпации безболезненна, размеры по Курлову без патологических отклонений. Патологий со стороны селезенки не выявлено. Стул в норме.

Симптом по­колачивания отрицательный. Мочеиспускание 4-5 раз в день, безболезненное.

Группа крови 4(АВ).

Rh (+)

Гинекологический статус

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по мужскому типу. Половая щель сомкнута. Половые губы без изменений. Бартолиновые железы не пальпируются. Слизистая преддверия обычного цвета, без изъязвлений. В зеркалах слизистая влагалища и шейки матки розовая. Наружный зев без особенностей. Выделения слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование.

Влагалище узкое, влагалищные своды симметричные без образований, шейка матки безболезненная конической формы, канал закрыт. Уретра мягкая, безболезненная.

Бимануальное исследование тела матки.

Матки слегка отклонено влево, не увеличена, безболезненна, подвижна, плотно-эластической консистенции. Левые и правые придатки тяжистые безболезненные подвижные. Параметрий без патологии.

PR. Сфинктер состоятелен. Слизистая прямой кишки подвижная, безболезненная, ампула свободная.

План ведения больной:

1.Общеклиническое обследование.

2.Комбинированное эндоскопическое обследование в объеме вероятно двусторонней клиновидной резекции яичников.

Дополнительные исследования

1.Общий анализ крови:

Гемоглобин 128 г/л

Эритроциты 4,8 x1012/л

Тромбоциты 310 х109/л

Лейкоциты 5,7 х109/л

CОЭ- 7 мм/ч

2.Общий анализ мочи:

Прозрачность- очень мутная

Белок: отрицательный

Лейкоциты: отрицат.

Соли фосфаты ++++

Эпителиальные клетки: 2-3 клеток в поле зрения

3.Биохимический анализ крови:

МНО-1,12 ед

Протромбиновое время-13,2 сек

Фибриноген 3,12 г/л

Натрий-146,9 ммоль/л

Калий- 5 ммоль/л

4. Влагалищный мазок.:

Лейкоциты единичные в поле зрения.

Флора умеренная.

Трихомонады, гонококки, ключевые клетки- отрицат.

НОО – не обнаружены.

5. УЗИ (от 21.10.08г): Тело матки отклонено кпереди, размер: длина- 42 мм, передне-задний размер -32 мм, ширина- 46 мм. Размеры матки обычные. Контуры ровные. Форма обычная. Структура миометрия не изменена. При ЦДК патологический кровоток в миометрии не лоцируется. М- эхо: толщина 5 мм трехслойное границы четкие, контуры ровные. Эндометрий соответствует первой фазе цикла. Полость матки не деформирована, не расширена. Шейка матки обычных размеров 29 мм, структура не изменена. Цервикальный канал щелевидный. Внутренний и наружный зев сомкнуты. Левый яичник размерами: 45х25х27. Структура не изменена. Фолликулы диаметром 2-5 мм, множественные по всей площади яичника. Правый яичник размерами: 44х25х25 . Структура паренхимы яичника не изменена. Фолликулы диаметром 2-5мм множественные по всей площади яичника. Патологических образований в полсти малого таза не обнаружено.Свободная жидкость не определяется.

Заключение: Мультифолликулярная трансформация яичников.

6. Гистероскопия: видимой патологии в полости матки и эндометрии не выявлено

7.Гормонограмма:

ФСГ-8,4 мЕ/л

ЛГ-816 мЕ/л

Тестостерон- 2,97 ммоль/Л

ДЭАС- 2,47 мкг/мл

Пролактин- 264 мЕ/Л

8. Гистологическое исследование: в эндометрии фаза пролиферации; яичники-поликистоз яичников.

9. Лапароскопия (от 21.11.08 г): Передне-маточное пространство без патологии. Позадиматочное пространство без патологии. В брюшинных карманах эндометриоза нет. Выпота в брюшной полости нет. Видны крестцово-маточные связки, без патологии, эндометриоза нет, спаек нет. Матка видна, форма правильная размеры 4.2х3,2х3.9. Правые придатки: яичник виден 4.2х2.4х2.5, плотная белочная капсула. Маточная труба просматривается на всем протяжении, форма не изменена, фимбрии выражены. Цвет нормальный. Раствор индигокармина проник в трубу и излился в брюшную полость. Левые придатки: яичник виден 4.5х2.1х2.7, плотная белочная капсула. Маточная труба просматривается на всем протяжении, форма не изменена, фимбрии выражены. Цвет нормальный. Раствор индигокармина проник в трубу и излился в брюшную полость.

Заключение: НЭС с вторичными поликистозными яичниками.

Клинический диагноз

На основании жалоб больной на нарушение менструальной функции( в течении последних пяти лет менструации приходят нерегулярно – 1 раз в два месяца), на избыточный рост волос на верхней губе, по белой линии живота и на внутренней и наружной поверхности бедер, на отсутствие беременности в течении 8 месяцев при наличии регулярной половой жизни в браке без предохранения; на основании анамнеза заболевания и акушерско- гинекологического анамнеза: то, что первые признаки данного заболевания появились пять лет назад: сначала произошло нарушение менструальной функции- менструации стали приходить 1 раз в два месяца; примерно 1,5-2 года назад больная заметила избыточный рост волос на верхней губе, внутренней поверхности бедер, по белой линии живота и в течении 8 месяцев больная не могла забеременеть, а также на основании объективного обследования больной, что в телосложении больной проявляются нерезко выраженные черты вирилизации- незначительное сужение размеров таза и увеличение ширины плеч, молочные железы слегка гипопластичны можно сказать, что это нейроэндокринный синдром и можно предположить, что у больной вторичные поликистозные яичники (вторичные, потому что менархе у больной было нормальное, а нарушение менструальной функции произошло пять лет назад). На основании данных дополнительных методов обследования- лапароскопии и гистологического исследования материала яичников мы находим подтверждение, что у больной НЭС с вторичными поликистозными яичниками. Кроме того, так как у больной отсутствие беременности в течении одного года при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств, можно сказать, что у нее бесплодие, а так как отсутствуют беременности в анамнезе, то оно первичное.

На основании всего вышеперечисленного можно поставить следующий клинический диагноз: Нейроэндокринный синдром с вторичными поликистозными яичниками. Первичное бесплодие в браке.

Дифференциальный диагноз

Вторичные поликистозные яичники.

Жалобы: На нарушение менструальнрй функции, избыточное оволосение, бесплодие.

Анамнез: Возникает либо в пубертатном, либо в репродуктивном возрасте. Наблюдается хронологическая связь между началом заболевания и стрессовым состоянием (начало половой жизни, психические травмы, роды, аборты, может быть следствием острой и хронической инфекции).

Объективное обследование: Характерное строение скелета ( широкие плечи, узкий таз, гипопластичные молочные железы), избыточное оволосение- волосы на внутренней и наружней поверхности бедер, по белой линии живота, на верхней губе.

Гинекологическое обследование: Менархе нормальное, но в дальнейшем происходит нарушение менструальной функции по типу гипо-, олиго-, опсо-, аменореи. Чаще вторичное бесплодие. При осмотре наружных половых органов может быть гипертрофия клитора.

Дополнительное обследование:

1. Исследование гормонов плазмы крови: соотношение ЛГ к ФСГ более 2,5-3, повышен уровень ДГЭА.
2. Эхография малого таза: двухстороннее увеличение яичников при гипопластической матке.
3. УЗИ яичников: увеличение объема яичников, строма гиперплазирована, имеются более 10 атрофичных фолликулов расположенных по периферии под утолщенной капсулой.
4. Лапароскопия: увеличены размеры яичников, они имеют сглаженную, утолщенную, жемчужно-белесоватую капсулу.

Тактика: восстановление репродуктивной и менструальной функций.

1. Консервативное лечение: гормонотерапия- применение КОК
2. Стимуляция овуляции- клостилбегитом
3. При неэффективности консервативного лечения требуется хирургическое лечение- клиновидная резекция яичников.

Болезнь Иценко-Кушинга.

Жалобы: На избыточную массу тела, на наличие розовых стрий на теле, акне, избыточное оволосение, нарушение менструального цикла, мышечную слабость, артериальную гипертензию, боли в позвоночнике и костях.

Анамнез: Может возникнуть в любом возрасте. Могут предшествовать психические и физические травмы, нейроинфекции, интоксикации, стрессы.

Объективное обследование: Ожирение с отложением жировой ткани на животе в виде фартука; «лунообразное» лицо; на коже живота, в подмышечной области, в области плечевого пояса, бедер и ягодиц розовые стрии; отек нижних конечностей; гирсутизм- рост усов, бороды, оволосение на груди и лобке по мужскому типу; изменения в костной ткани- остеопороз, деформация трубчатых костей, тел позвонков; повышение артериального давления; атрофия мышц (отвисший живот, дряблые мышцы- вплоть до того, что больной не может встать); нарушение психической деятельности- эйфория, раздражительность, плаксивость.

Гинекологическое обследование: Нарушение менструальной функции по типу опсо-, олиго-, аменореи; при обследовании половых органов гиперемия или цианоз слизистых облочек половых органов; гипотрофия матки. Характерно первичное или вторичное бесплодие.

Дополнительные методы обследования:

1. Рентгенография: Остеопороз костей.
2. Радиоиммунологическое исследование: повышение АКТГ
3. Диагностические проба с дексаметозоном: при положительной будет снижение экскреции 17-ОКС
4. Лапароскопия: склероз белочной оболочки яичников
5. Общий и биохимический анализ крови: снижение количества лимфоцитов и эозинофилов, повышение количества гранулоцитов, полицитемия, повышение гемоглобина, снижение калия.
6. Проба с АКТГ: при положительной повышение содержания кортизола в крови и снижение экскреции с мочой.
7. УЗИ надпочечников: билатеральное увеличение надпочечников.

Тактика: Направлено на блокаду секреции АКТГ или кортикостероидов.

1. Медикаментозная терапия:

- Антисеротониновые препараты (Парлодел, Метерголин)

- Адренолитические препараты

2. Лучевая терапия

3. При прогрессировании болезни- адреналэктомия

Адренобластома

Жалобы: на нарушение менструальной функции, избыточное оволосение, грубость голоса, бесплодие, при осложнениях на боль внизу живота.

Анамнез: Заболевание развивается медленно, все клинические симптомы проявляются постепенно. Как правило у пациенток до 20 лет.

Объективное обследование: признаки дефеменизации- уменьшение молочных желез; признаки маскулинизации- грубый голос, оволосение по мужскому типу; контуры тела и лица имеют мужские черты, мало подкожно- жировой клетчатки.

Гинекологическое обследование: аменорея, бесплодие, повышенное либидо. Гипертрофия клитора. При влагалищно- абдоминальном обследовании опухоль определяется сбоку от матки, она односторонняя, подвижная, безболезненная, диаметром от5 до 20 см, плотной консистенции, с гладкой поверхностью.

Дополнительное обследование:

УЗИ: неоднородное внутреннее строение с множественными гиперэхогенными участками и гипоэхогенными включениями.

Тактика: Оперативное лечение зависит от возраста больной.

У девочек и пациенток репродуктивного возраста- удаление придатков матки с пораженной стороны.

У больных в постменопаузе - надвлагалищная ампутация матки с придатками.

Лечение больной

Цель лечения: восстановление репродуктивной и менструальной функций.

1.Вследствии неэффективности консервативной терапии (стимуляция Клостилбегитом) показано хирургическое лечение в объеме: двусторонняя клиновидная резекция яичников.

2.После операции курс ЛФК, физиотерапии.

Предоперационный эпикриз.

… 26 лет поступила с диагнозом: Нейроэндокринный синдром с вторичными поликистозными яичниками? Первичное бесплодие в браке.

Жалобы на момент поступления: на нарушение менструальной функции( в течении последних пяти лет менструации приходят нерегулярно – 1 раз в два месяца); на избыточный рост волос на верхней губе, по белой линии живота и на внутренней и наружной поверхности бедер; на отсутствие беременности в течении 8 месяцев при наличии регулярной половой жизни в браке без предохранения.

Больная прошла общеклиническое обследование и ей необходима лапароскопия для уточнения диагноза с возможным переходом на оперативное вмешательство.

Объем операции: Двусторонняя клиновидная резекция яичников.

Лапароскопия № 246.

Наркоз в.в. Наложен пневмоперитонеум 4000 мм СО2.

Передне-маточное пространство без патологии. Позадиматочное пространство без патологии. В брюшинных карманах эндометриоза нет. Выпота в брюшной полости нет. Видны крестцово-маточные связки, без патологии, эндометриоза нет, спаек нет. Матка видна, форма правильная размеры 4.2х3,2х3.9. Правые придатки: яичник виден 4.2х2.4х2.5, плотная белочная капсула. Маточная труба просматривается на всем протяжении, форма не изменена, фимбрии выражены. Цвет нормальный. Раствор индигокармина проник в трубу и излился в брюшную полость. Левые придатки: яичник виден 4.5х2.1х2.7, плотная белочная капсула. Маточная труба просматривается на всем протяжении, форма не изменена, фимбрии выражены. Цвет нормальный. Раствор индигокармина проник в трубу и излился в брюшную полость.

Лапароскопический диагноз: НЭС с вторичными поликистозными яичниками.

Оперативное вмешательство: Двусторонняя клиновидная резекция яичников.

Реабилитация

1. Диане 35 по схеме контрацепции в течении 3 месяцев.
2. Базальная термометрия после гормонотерапии для решения вопроса о стимуляции овуляции.
3. Контроль УЗИ- фолликулогенез через 4 месяца.
4. Продолжить курс рассасывающей терапии.

Прогноз

Прогноз для работоспособности и жизни благоприятный, так как данное состояние не угрожает жизни больного. Для менструальной, половой и детородной функции при соблюдении всех рекомендаций благоприятный.

Литература

1. Г.Б. Безнощенко: Избранные лекции по гинекологии. Омск, 1999 г.
2. В.И. Бодяжина, В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович: Неоперативная гинекология. Москва, «Медицина», 1990 г.
3. Е.М. Вихляева. Руководство по эндокринологии. Москва, 1997 г.
4. В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснопольский: Оперативная гинеколо­гия. Москва, «Медицина», 1990 г.
5. К.И. Малевич, К.С. Русакевич: Лечение и реабилитация при гинекологиче­ских заболеваниях. Минск, «Высшая школа», 1994.
6. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология. – М., 1977.
7. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология.
8. Гинекология под ред. Савельевой Г.М.