# **Клиническая история болезни**

Клинический диагноз:

Хронический эндометрит,

хронический двусторонний аднексит хламидиозной этиологии. Первичное трубно–перитонеальное бесплодие.

### Барнаул-2007

Жалобы

отсутствие беременности в течении 2–х лет регулярной половой жизни без применения контрацепции.

Anamnesis morbi:

считает себя больной с 2006 года, когда после года регулярной половой жизни без применения контрацепции не наступила желанная беременность.

За медицинской помощью вместе с гражданским мужем обратилась в Сибирский институт репродукции и генетики.

В спермограмме гражданского мужа все показатели находились в пределах нормы.

При проведении специализированных методов обследования больной:

по ГСГ от сентября 2006 года маточные трубы проходимы;

показатели гормонограммы (ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, тестостерона, ДЭА-С, ТТГ, Т3, Т4) в пределах нормы;

при обследовании на ЗПППП был выявлен урогенетальный уреаплазмоз, было назначено лечение; при проведении контроля излеченности через 4 недели ПЦР – анализом результат отрицательный.

Затем было назначено лечение эстроген-гестагенным препаратом (марвелон) для достижения "ребаунд-эффекта", длительность курса приема препарата составлял 3 цикла (в течении года 3 раза), но несмотря на лечение, беременность не наступила.

13.06.2007 года была направлена для проведения комплексного эндоскопического обследования и коррекции выявленных нарушений в гинекологическое отделение ОКБ ст. Барнаул.

Anamnesis vitae:

Родилась 29 марта 1982 года в г. Магадан доношенным ребёнком. Жилищно-бытовые условия в семье были удовлетворительные, питание регулярное, домашнее. Росла и развивалась в соответствии возрасту, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. С 7 лет пошла в школу, училась хорошо. В 1994 году переехала в г. Барнаул.

С 2002 по 2005 год состояла в официальном браке, со слов больной муж был здоров. С 2005 года состоит в гражданском браке.

В 2005 году закончила АГУ (социологический факультет). В настоящее время работает менеджером в ООО « Магнал».

Перенесенные заболевания: краснуха (в детском возрасте) и ОРВИ один раз в год.

В 2003 году в течении 12 дней лечилась в ГБ № 4 по поводу острого аднексита справа (название препаратов не помнит), по окончанию курса лечения отмечала значительное улучшение состояния. По результатам УЗИ гениталий изменений не обнаружено.

Наличие у больной и ближайших родственников туберкулеза, сифилиса, нервно-психических заболеваний отрицает. Наследственность не отягощена.

Травм и операций не было, гемотрансфузий не проводилось.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Курение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем отрицает.

Сопутствующая патология: хронический гастрит, ремиссия.

Акушерско-гинекологический анамнез:

Менструальная функция: менархе на 14 году, установилась сразу. Продолжительность 5 дней. Выделения умеренные, кровь со сгустками. Периодичность 28 дней. Ритмичность менструальных циклов не нарушена. Месячные безболезненные. После начала половой жизни изменений в менструальной функции нет. Последняя менструация с 25.05.07. по 01.06.07.

Половая функция: начало половой жизни с 18 лет в браке, регулярная. Предохранялась презервативами до 2005 года; с 2005 г (после развода с официальным мужем) не предохраняется, живет регулярной половой жизнью с гражданским мужем. Коитус безболезненный. Гражданский муж фертилен, ЗППП отрицает.

Детородная функция: длительность бесплодия 2 года (первичное), что может быть связано с перенесенным в 2003 году острым правосторонним аднекситом.

Status praesens communis:

Общее состояние удовлетворительное. Больная правильного телосложения. Кожные покровы, слизистые обычного цвета. Кожа теплая, умеренной влажности. Тургор эластичность кожи соответствуют возрасту. Молочные железы мягкие, безболезненные, отделяемого из сосков нет. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подчелюстные, локтевые, подмышечные, паховые) не увеличены.

Костно-мышечная система развита нормально, искривлений позвоночника нет, укорочений конечностей нет, анкилозов тазобедренных и коленных суставов не выявлено. Конституция нормостеническая. Походка без особенностей.

Рост 186 см.

Вес тела 50 кг.

Пульс 75 уд/мин

АД D 110/80 мм.рт.ст.

АД S 110/80 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.

Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания; видимой перистальтики нет, выбуханий и рубцов нет. Подкожных венозных анастомозов по типу «голова медузы» не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.

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

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

Группа крови III Rh (+)

Гинекологический статус:

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому 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, шейка матки безболезненная, конической формы. Уретра мягкая, безболезненная.

Бимануальное исследование тела матки:

Тело матки в положении antе versio, размерами 5\*4 см, подвижная, при пальпации без болезненная, мягко – эластической консистенции.

Придатки с обеих сторон не увеличены, область их при пальпации безболезненна. Параметрий без особенностей. Своды свободные. Выделения слизистые.

### *Per rectum:*

сфинктер состоятелен. Слизистая прямой кишки подвижная, безболезненная, ампула свободная.

План обследования:

1. Общеклинический анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Кал на яйца глистов;
4. Биохимический анализ крови;
5. Кровь на ВИЧ-инфекцию и сифилис;
6. ЭКГ;
7. УЗИ почек;
8. Диагностическая лапароскопия;
9. Диагностическая гистероскопия + биопсия эндометрия
10. Серологическое исследование (ИФА, ПЦР биологического материала, взятого интраоперационно);
11. Гистологическое исследование биоптата эндометрия
12. Консультация физиотерапевта.

### Результаты лабораторных и специальных методов исследований:

1. Клинический анализ крови от 13.06.07 г.

Гемоглобин - 133 г/л

Эритроциты – 4,4 \*1012/л

Лейкоциты – 5,8\*10-9/л

Базофилы - 1%

Эозинофилы - 2%

Метамиелоциты – 0%

Палочкоядерные нейтрофилы - 0%

Сегментоядерные нейтрофилы - 63%

Лимфоциты – 29 %

Моноциты – 6%

РОЭ - 6 мм/час

Тромбоциты 380 \*109/л

Гематокрит 43%

Вывод: результаты анализа крови без отклонений.

2. Исследование крови на RW и ВИЧ от 13.06.07 г.

Результат отрицательный.

3. Общий анализ мочи от 13.06.07 г.

Количество: 200 мл

Плотность: 1010 мг/л

Цвет: желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отрицательно

Лейкоциты: 1-2 кл. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 3-4 кл. в поле зрения

Слизь: -

Соли: оксалаты

Вывод: в общем анализе мочи патологических отклонений не выявлено.

4. Биохимические исследования крови от 13.06.07 г:

Билирубин общий: 20,0 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Билирубин прямой: 4,5 мкмоль/л

Билирубин непрямой: 15,5 мкмоль/л

Сахар крови 5,4 ммоль/л

Диастаза: 30,0

Мочевина: 3,8 ммоль/л

Креатинин 63 мкмоль/л

Тимоловая проба: 2,5 Ед

АлАТ: 0,19 мкмоль/л

АсАТ: 0,19 мкмоль/л

ПТИ – 88 %

Фибриноген – 3,4 г\л

Вывод: все показатели данного анализа в норме.

5. Кал на яйца глистов (не проводилось).

6. ЭКГ от 13.06. 07:

Ритм синусовый. ЧСС 75 – 85 ударов в минуту. Ускорение AV проведение.

7. УЗИ почек от 13.06.07.:

Заключение: нефроптоз справа.

Диагностическая лапароскопия от 14.06.07:

Наркоз 12:30 – 13:00

Премедикация атропин 0,1% - 0,5, реланиум 10 мг в\в + ксефокам 8 мг в\м.

Basis: фентанил 0,2 мг + пронофол 400 мг

Течение удовлетворительное. АД 120 \ 80 мм.рт.ст., пульс 100 в мин. Дыхание б\о. Пробуждение. Передана в г\о.

Из протокола лапароскопии:

в позади – маточном пространстве обнаружены спайки. Матка 4,5 \* 4,0 \* 3,5 см без патологии.

Маточные трубы определяются, перитубарные спайки права и слева.

Р – р индигокармина проник в трубы, но не излился в брюшную полость.

Лапароскопический диагноз: хронический двусторонний сальпингит. Окклюзия маточных труб в истмико–ампулярных отделах. Перитубарный спаечный процесс. Спаечный процесс в малом тазу II st.

Оперативное вмешательство с\ овариолизис.

Данные диагностической гистероскопии: отмечается диффузная умеренная гиперемия задней стенки полости матки – что может указывать на хронический эндометрит.

9. Серологическое исследование биологического материала, взятого интраоперационно (ИФА, ПЦР) - положительно на Chlamidia trachomatis.

10. Гистологическое исследование биоптата эндометрия (результата нет).

11. Консультация физиотерапевта от 14.06.07.

М\лазер « Милта» вагинально № 5

Электрофорез с тиосульфатом Na на низ живота № 5.

Клинический диагноз и его обоснование:

На основании жалоб больной на: отсутствие беременности в течении 2 – х лет регулярной половой жизни без применения контрацепции;

данных анамнеза: имели место воспалительные заболевания половых органов:

в 2003 году в течении 12 дней лечилась в ГБ № 4 по поводу острого аднексита справа.

в сентябре 2006 года при обследовании в Сибирском институте репродукции и генетики был выявлен урогенетальный уреаплазмоз (назначено лечение, через 4 недели ПЦР – анализом результат отрицательный).

по ГСГ от сентября 2006 года маточные трубы проходимы;

показатели гормонограммы (ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, тестостерона, ДЭА-С, ТТГ, Т3, Т4) в пределах нормы.

По поводу бесплодия амбулаторно лечилась эстроген-гестагенным препаратом (марвелон) для достижения "ребаунд-эффекта", длительность курса приема препарата составлял 3 цикла (в течении года 3 раза), но несмотря на лечение беременность не наступила;

на основании данных диагностической лапароскопии от 14.06.07:

в позади – маточном пространстве обнаружены спайки;

определяются перитубарные спайки права и слева.

Р – р индигокармина проник в трубы, но не излился в брюшную полость.

Лапароскопический диагноз: хронический двусторонний сальпингоофорит. Окклюзия маточных труб в истмико–ампулярных отделах. Перитубарный спаечный процесс. Спаечный процесс в малом тазу II st – можно сделать вывод о наличии трубно–перитонеального бесплодия в следствии хронического воспалительного процесса придатков, сопровождающегося спаечным процессом в малом тазу.

На основании данных диагностической гистероскопии: отмечается диффузная гиперемия задней стенки полости матки, что указывает на наличие хронического эндометрита, а отсутствие клиники острого процесса говорит за стадию ремиссии.

На основании серологического исследования биологического материала, взятого интраоперационно (ИФА, ПЦР) – результат положительный на Chlamidia trachomatis, что указывает на этиологию патологического процесса – можно поставить клинический диагноз основного заболевания: хронический эндометрит, хронический двусторонний аднексит хламидиозной этиологии. Первичное трубн –перитонеальное бесплодие.

Дифференциальный диагноз:

Трубно–перитонеальное бесплодие необходимо дифференцировать с эндокринным бесплодием и бесплодием в следствии внутриматочной патологии.

Эндокринное бесплодие можно заподозрить при нарушении менструального цикла (олиго-, опсо-, аменорея), клиническими признаками гиперандрогенемии, гиперполактинемии, гипоэстрогенемии, ожирении, выраженном дефиците массы тела, при болезни и синдроме Иценко – Кушинга, гипо-, гипертириозе, чего нет у данной больной. Кроме того, у данной пациентки нет патологических изменений основных показателей гормонограммы (ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, тестостерона, ДЭА-С, ТТГ, Т3, Т4), что так же исключает наличие эндокринного бесплодия.

Кроме того, у данной больной лапароскопическая картина с хромосальпингоскопией характерна для трубно–перитонеального бесплодия (окклюзия маточных труб в истмико–ампулярных отделах, перитубарный спаечный процесс. Спаечный процесс в малом тазу II st).

Внутриматочная патология включает ГПЭ, подслизистую миому матки, аденомиоз, перегородки в матке, синехии. Для дифференциальной диагностики бесплодия в следствии внутриматочной патологии и трубно–перитонеального бесплодия наиболее информативными являются эндоскопические методы диагностики: лапароскопия и гистероскопия, а так же гистологическое исследование соскоба эндометрия.

При проведении гистероскопии у данной пациентки данных за ГПЭ, подслизистую миому матки, аденомиоз, перегородки в матке, синехии не обнаружено. При проведении ГСГ в сентябре 2006 года данных за внутриматочную патологию так же нет. А так как лапароскопическая картина с хромосальпингоскопией наиболее характерна для трубно–перитонеального бесплодия, можно исключить у данной больной бесплодие в следствии внутриматочной патологии. Для полного исключения у данной больной бесплодия вследствии внутриматочной патологии необходим результат гистологического исследования соскоба эндометрия.