

**федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им.
И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

**ИКМ им. Н.В. Склифосовского
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии**

**Методические материалы по дисциплине:
Акушерство и гинекология (гинекология)**
(основная профессиональная образовательная программа
высшего профессионального образования - программа специалитета)

КОД 31.05.01 Акушерство и гинекология

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1. Симптом, который определяется путем умеренного надавливания на брюшную стенку с последующим резким отнятием руки (симптом положительный, если боль при отнятии руки сильнее, чем при надавливании) называется симптомом
2. Специфические нейросекреты с диаметрально противоположным эффектом, которые вырабатываются в ядрах гипофизотропной зоны гипоталамуса называются
3. Нейрогормон, стимулирующий продукцию ЛГ и ФСГ аденогипофизом, получил название
4. Развитие фолликулов, которое происходит под воздействием гонадотропных гормонов и начинается с повышения уровня ФСГ в ответ на снижение уровня стероидных гормонов называется механизмом.....
5. Предшествующий овуляции выброс ЛГ в ответ на преовуляторный пик Е2 контролируется по механизму.....
6. Синдром, который появляется при повреждении базального слоя эндометрия с образованием внутриматочных синехий и частичной, реже полной, облитерацией полости матки называется синдромом.....
7. Заболевание, которое характеризуется клиническими и/или биохимическими признаками гиперандрогении, нарушениями менструального цикла с ановуляцией и двусторонним увеличением яичников называется синдромом.....
8. Злокачественная опухоль яичника, которая формируется вследствие наличия рака желудка называется опухоль
9. Осложнение воспалительного процесса внутренних половых органов, характеризующееся обнаружением в области придатков матки резко болезненного опухолевидного образования называется
10. Для гонококка и хламидии характерен тропизм к.....эпителию.

11. Возникновение выделений из половых путей, повышение pH влагалищной среды выше 4,5, определение ключевых клеток при микроскопическом исследовании свежих препаратов, появление рыбного запаха после подщелачивания выделений 10% гидроксидом калия (KOH) свидетельствуют о наличии.....
12. Естественная менопауза устанавливается ретроспективно через месяцев после последней менструации
13. Последнее маточное кровотечение, обусловленное возрастными изменениями гормональной функции яичников, называется
14. Период, объединяющий пременопаузу и 2 года после прекращения последней менструации называется.....
15. Проведение монотерапии эстрогенами в качестве менопаузальной гормональной терапии возможно только пациенткам
16. При рентгенологическом исследовании маточных труб пациенткам с генитальным туберкулезом визуализируются характерные _____ расширения маточных труб.
17. Цистоцеле – патологическое состояние, при котором происходит выпячивание стенки _____ во влагалище.
18. Жалобы на боли в правом подреберье могут быть проявлением синдрома Фитц-Хью-Куртиса, что является признаком перенесенной _____ инфекции.
19. Существуют методы _____, иногда используемые для диагностики гонореи.
20. _____ метод контрацепции существенно снижает риск заражения ИППП.
21. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте _____ (гормона).
22. Синдром Ашермана - _____ форма аменореи.
23. Основным критерием физиологического менструального цикла является наличие _____.

24. Для остановки аномального маточного кровотечения в ювенильном периоде используют _____ гемостаз.
25. Одним из клинических проявлений СПКЯ является _____ - избыточный рост волос по мужскому типу.
26. Синдром, основными критериями которого являются олигоановуляция, гиперандрогения, поликистозная морфология яичников по данным УЗИ, называется _____
27. Состояние, связанное с избыточной секрецией андрогенов и/или усиленным их воздействием на организм, которое у женщин чаще всего проявляется вирилизацией (появление мужских черт) и андрогензависимой дермопатией (акне, гирсутизм, алопеция), называется _____
28. Отсутствие менструаций в течение 6 месяцев при ранее нерегулярном менструальном цикле, а также отсутствие менструаций в течение 3 месяцев при ранее регулярном менструальном цикле, называется _____
29. Нарушение менструального цикла, при котором его длительность составляет более 35 дней называется _____
30. Как называется форма аменореи, обусловленная поражением на уровне матки и влагалища, сопровождающаяся отсутствием циклических изменений эндометрия и менструального кровотечения и/или нарушением оттока менструальной крови?
31. Как называется заболевание, характеризующееся невозможностью наступления беременности в семейной паре, в течение 12 месяцев и более регулярной половой жизни без контрацепции
32. Как называется комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих у женщин на фоне угасания (или резкой потери) гормональной функции яичников?
33. Активным действующим веществом внутриматочной терапевтической системы «Мирена» является _____

34. Главным этиологическим фактором развития рака шейки матки является _____
35. Пациенткам с 30 лет в качестве скринингового метода диагностики патологии шейки матки рекомендовано проведение ВПЧ-теста, в сочетании с _____
36. Состояние, при котором отсутствуют менструации в течение 3 месяцев у пациенток с регулярным менструальным циклом или в течение ≥ 6 месяцев у пациенток с нерегулярным менструальным циклом называется _____.
37. Классификация POP-Q предполагает _____ степени пролапса тазовых органов.
38. Диагностический метод для оценки состояния слизистых влагалища и влагалищной части шейки матки при помощи специального оптического увеличительного прибора, представляющего собой сочетание бинокля и осветительного прибора, называется _____.
39. _____ - медицинский термин, обозначающий первое менструальное кровотечение.
40. Цистоцеле – это патологическое изменение положения _____, при котором формируется грыжевое выпячивание органа через переднюю стенку влагалища.
41. Измерение базальной температуры является тестом _____ диагностики.
42. Скрининговым тестом оценки состояния эпителия шейки матки с целью выявления предраковых изменений и рака является мазок на _____.
43. Заболевание, характеризующееся клинической и/или биохимической гиперандрогенией, олиго- или ановуляцией и множественными кистозными структурами в яичниках называют синдромом _____.

- 44.Состояние, проявляющееся прекращением менструаций в возрасте до 40 лет, характеризуется как _____ менопауза.
- 45.В классификации аномальных маточных кровотечений овуляторная дисфункция рассматривается как _____ причина.
- 46.Аномальные маточные кровотечения в подростковом возрасте чаще всего вызваны дефицитом _____ и избытком _____
- 47.Состояние, при котором яйцеклетка не созревает и не выходит из яичника , называется _____
- 48.Состояние, связанное с избыточной секрецией андрогенов, называется _____
- 49.При синдром поликистозных яичников необходимо оценивать рост и вес пациентки, рассчитывать _____, так как данный синдром часто связан с _____
- 50.При СПКЯ обязательно следует оценивать уровень _____, так как у этих пациенток чаще, чем в популяции отмечаются нарушения углеводного обмена

Ответы

1	Симптом Щеткина-Блюмберга	26	СПКЯ
2	Либерины и Статины	27	Гиперандрогенией
3	Гонадолиберин (гонадотропин-рилизинг-гормон (ГТ-РГ))	28	Аменореей
4	Отрицательной обратной связи	29	Олигоменореей
5	Положительной обратной связи	30	Маточная
6	Синдром Ашермана	31	Бесплодие
7	Синдром поликистозных яичников (синдром Штейна-Левентала)	32	Климактерический синдром

8	Опухоль Крукенберга	33	Левоноргестрел
9	Тубоовариальный абсцесс	34	ВПЧ
10	Цилиндрическому	35	Цитологическим исследованием соскоба с шейки матки
11	Бактериального вагиноза	36	Вторичная аменорея
12	12 месяцев	37	4
13	Менопауза	38	Кольпоскопия
14	Перименопауза	39	Менархе
15	С удаленной маткой	40	Мочевого пузыря
16.	Булавовидные.	41	Функциональной
17.	Мочевого пузыря	42	Онкоцитологию
18.	Хламидийной	43	Поликистозных яичников
19.	Провокации.	44	Преждевременная
20.	Барьерный.	45	Неструктурная
21.	Прогестерона.	46	Прогестерона и эстрогенов
22.	Маточная.	47	ановуляция
23.	Овуляции.	48	Гиперандрогения
24.	Гормональный	49	ИМТ, ожирением
25.	Гирсутизм	50	Глюкозы

- 51.Какое заболевание характеризуется появлением ткани, морфологически идентичной эндометрию, за пределами полости матки?
- 52.При каком заболевании увеличение размеров матки связано с появлением в толще мышечного слоя железистых и стромальных структур эндометрия?
- 53.Какая форма нарушений менструального цикла является характерным симптомом аденомиоза?
- 54.Как называются узлы миомы, деформирующие полость матки?

55. Как называются узлы миомы, деформирующие наружные контуры матки?
56. Какое исследование позволяет объективно оценить степень деформации полости матки и получить материал для морфологической верификации состояния эндометрия?
57. Какое состояние эндометрия может предшествовать его злокачественной трансформации по первому патогенетическому типу?
58. Какие изменения структуры плоского эпителия шейки матки предшествуют инвазивному злокачественному неопластическому процессу?
59. Какое вмешательство показано пациентке при наличии цитологических признаков изменений плоского эпителия с высоким потенциалом злокачественности (HiSIL) и кольпоскопической картиной изменений по типу пунктации и мозаики?
60. Какое вмешательство показано при обнаружении у пациентки признаков тяжелой дисплазии слизистой шейки матки, подтвержденной морфологически?
61. Как называется операция, предполагающая удаление тела и шейки матки?
62. Какой объем операции выполняют при пангистерэктомии?
63. Удаление тела матки по поводу подслизистой миомы матки называется _____ гистерэктомия.
64. Лечение рецидивирующей гиперплазии эндометрия у женщины в пременопаузе называется гистерорезектоскопической _____ .
65. Больной 65 лет с полным выпадением матки, цисто- и ректоцеле, несостоятельностью мышц тазового дна показана _____ экстирпация матки.
66. Удаление подслизистого миоматозного узла 4 см в диаметре у больной 33 лет с планами сохранить репродуктивную функцию называется _____ .

67. Удаление фиброзного полипа эндометрия у женщины в постменопаузе должно сопровождаться _____ .
- 2-й этап радикального оперативного вмешательства у больной с полным выпадением матки, цисто- и ректоцеле, несостоятельностью мышц тазового дна должен включать _____ .
68. В комплекс обследования больной репродуктивного периода с жалобами на обильные длительные менструации входит _____ .
69. Наиболее рациональным доступом для выполнения миомэктомии при наличии межмышечно-подбрюшинного миоматозного узла является _____ .
70. После выполнения миомэктомии влагалищным доступом у больной репродуктивного периода необходимо провести _____ .
71. Больной репродуктивного периода с миомой матки небольших размеров без клинических проявлений показано _____ .
72. Больной репродуктивного периода с миомой матки небольших размеров (подбрюшинные миоматозные узлы) с аномальными маточными кровотечениями показана гормональная терапия _____ .
73. Характерной особенностью эндометриоидных гетеротопий является способность к _____ росту.
74. В настоящее время среди теорий патогенеза эндометриоза наибольшее распространение получила _____ теория.
75. Характерным эхографическим признаком миомы матки является наличие в миометрии округлого образования с четким _____
77. «Быстрый рост» миоматозного узла считается прогностически неблагоприятным признаком при увеличении размера опухоли более чем на _____ недели за 12 месяцев.
78. Лейкоплакия с атипией клеток глубоких слоев многослойного плоского эпителия является _____ заболеванием шейки матки.
79. Среди типов ВПЧ высокого риска типы _____ и _____ являются наиболее распространенными и канцерогенными.

80. К фактору риску развития рака эндометрия относится гормональное нарушение по типу _____
81. Всем пациенткам с новообразованием яичников необходимо проводить обследование _____ для исключения метастатического поражения яичников.
82. Самым неблагоприятным вариантом прерывания трубной беременности является прерывание по типу _____, которое всегда сопровождается массивным _____
83. Апоплексия яичника происходит в _____ менструального цикла.
84. Продолжительность второй фазы менструального цикла определяется функцией _____ тела
85. Ведущим синдромом трубной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы является _____ шок
86. Объем оперативного вмешательства при трубной беременности, нарушенной по типу трубного аборта _____, _____
87. По классификации Figo миому матки с шеечным расположением узла относят к _____ типу
88. По классификации Pop-Q опущение шейки матки до входа во влагалище относят к _____ степени пролапса гениталий
89. Недостаточность лютеиновой фазы сопровождается снижением секреции _____
90. Основным ультразвуковым критерием внематочной беременности является отсутствие _____
91. Наиболее информативным методом оценки проходимости маточных труб является _____
92. Миома матки - доброкачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток _____

93. Наиболее частой локализацией эктопической беременности является _____
94. Беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки называется _____
95. Фактором риска внематочной беременности является использование _____ контрацепции
96. Разрыв маточной трубы при внематочной беременности чаще, чем трубный аборт сопровождается _____
97. Всем пациенткам с аменореей в обязательном порядке проводится _____ малого таза
98. При массивном внутрибрюшном кровотечении, вызванном разрывом маточной трубы, правильным операционным доступом является только _____
99. УЗ-признаком внематочной беременности является отсутствие плодного яйца в _____
100. Основным методом лечения при любой форме внематочной беременности - _____

Ответы

51	Эндометриоз.	76	Контуром
52	Аденомиоз.	77	4.
53	Меноррагия.	78	Предраковым.
54	Субмукозные или подслизистые узлы.	79	16, 18.
55	Субсерозные или подбрюшинные узлы.	80	Гиперэстрогении.
56	Гистероскопия и раздельное лечебно-диагностическое	81	Желудочно-кишечного тракта

	выскабливание цервикального канала и стенок полости матки.		
57	Атипическая гиперплазия эндометрия или эндометриальная интраэпителиальная неоплазия.	82	Разрыва маточной трубы, внутрибрюшным кровотечением.
58	Дисплазия или цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН).	33	Середине.
59	Биопсия шейки матки.	84	Желтого тела
60	Конизация шейки матки и кюретаж оставшейся части шеечного канала.	85	Геморрагический
61	Экстирпация матки или тотальная гистерэктомия.	86	Лапаротомия, тубэктомия
62	Экстирпация матки с удалением маточных труб и яичников с обеих сторон.	87	8
63	Субтотальная	88	2
64	Аблацией	89	Прогестерона
65	Влагалищная	90	Плодного яйца в полости матки
66.	Миомэктомия	91	Гистеросальпингография
67.	Гистерорезектоскопией	92	Миометрия
68.	Заднюю пластику и леваторопластику	93	Маточная труба
69.	Эхография	94	Эктопическая (внематочная)
70.	Лапаротомия (по Пфанненштилю)	95	Внутриматочной
71.	Гистероскопию	96	Внутрибрюшным кровотечением

72.	Наблюдение	97	Ультразвуковое исследование
73.	Гестагенами	98	Лапаротомия
74.	Инфильтративному.	99	Полости матки
75.	Имплантационная.	100	Хирургический

Тестовые задания

101. Из какого отдела матки формируется нижний маточный сегмент в 3 триместре беременности:

- А. тело матки
- Б. дно матки
- В. шейка матки
- Г. перешеек матки**

102. От какого сосуда берет свое начало маточная артерия

- А. брюшная аорта
- Б. внутренние подвздошные артерии**
- В. наружные подвздошные артерии
- Г. бедренные артерии

103. Цилиндрический реснитчатый эпителий является слизистой оболочкой

- А. маточной трубы**
- Б. матки
- В. шейки матки
- Г. влагалища

104. Цервикальный канал имеет следующую форму

А. куполообразную

Б. веретенообразную

В. продольную

Г. поперечную

105. Влагалищная порция шейки матки выстлана следующим эпителием

А. многослойным плоским

Б. цилиндрическим реснитчатым

В. однослойным цилиндрическим

Г. кубическим

106. Цервикальный канал выстлан следующим эпителием

А. кубическим

Б. многослойным плоским

В. цилиндрическим реснитчатым

Г. однослойным цилиндрическим

107. К подвешивающему аппарату матки относят все кроме

А. круглая связка матки

Б. собственная связка яичника

В. широкая связка матки

Г. поперечная связка матки

108. Фиксирующий аппарат матки составляют

А. лобково-пузырные связки

Б. крестцово-маточные связки

В. поперечная связка матки

Г. все выше перечисленное

Д. ничего из выше перечисленного

109. Яичниковая артерия отходит от

А. маточной артерии

Б. брюшной аорты

В. внутренней подвздошной артерии

Г. наружной подвздошной артерии

110. К поверхностным мышцам мочеполовой области относят

А. луковично-губчатую мышцу

Б. мышца, сжимающая мочеиспускательный канал

В. мышца, поднимающая задний проход

Г. все выше перечисленное

Д. ничего из выше перечисленного

111. Индекс Перля для внутриматочных контрацептивов 3-го поколения составляет:

А. 1-2%

В. 0,9-5,9%

С. 0,5-0,7%

Д. 0-0,3%

Е. 2-3%

Правильный ответ: Д

112 Абсолютными противопоказаниями к введению ВМК являются:

А. Беременность

В. Рак шейки матки, эндометрия

С. Воспалительные заболевания органов малого таза

Д. Кровянистые выделения из половых путей неясной этиологии

Е. Все вышеперечисленное

Правильный ответ: Е

113 Внутриматочная гормональная система Мирена содержит левоноргесрел в концентрации:

- A. 15 мг
- B. 32 мг
- C. 52 мг
- D. 62 мг
- E. 100 мг

Правильный ответ: C

114 Внутриматочная система Мирена имеет следующие противопоказания:

- A. Злокачественные новообразования щитовидной железы в анамнезе
- B. Злокачественные новообразования в шейке матки
- C. Хронические инфекционные заболевания
- D. Прогестаген-зависимые опухоли
- E. Все вышеперечисленное

Правильный ответ: E

115. ВМС Мирена оказывает терапевтический эффект при:

- A. Функциональных кистах яичника
- B. Гиперплазии эндометрия
- C. Аменорее
- D. Полипе эндометрия
- E. Все вышеперечисленное

Правильный ответ: B

116. Внутриматочные контрацептивы могут содержать:

- A. Алюминий
- B. Железо

- C. Медь
- D. Марганец
- E. Серебро

Правильный ответ: C

117. К побочным эффектам внутриматочной системы Мирена относят:

- A. Тошнота
- B. Межменструальные кровянистые выделения из половых путей
- C. Боли
- D. Гиперлипидемия
- E. Верно все, кроме D

Правильный ответ: E

118. Контрацептивный эффект медьсодержащих ВМК обусловлен (выберите наиболее правильный ответ):

- A. Изменением эндометрия
- B. Нарушением функции сперматозоидов
- C. Понижением перистальтики маточных труб
- D. Понижением сокращения матки
- E. Нарушением имплантации оплодотворенной яйцеклетки

Правильный ответ: A

119. Левоноргестрел обладает следующими свойствами:

- A. Антиэстрогенным эффектом
- B. Антигонадотропным эффектом
- C. Слабыми андрогенными свойствами
- D. Антиандрогенным эффектом
- E. Все, кроме D

Правильный ответ: E

120. К нежелательным эффектам ВМС Мирена относят:

- A. Гирсутизм
- B. Аменорея
- C. Межменструальные кровянистые выделения из половых путей
- D. Тромбозы
- E. Дислипдемия

Правильный ответ: A

121. ВМС Мирена остается эффективной в полости матки в течение:

- A. 1 года
- B. 3 лет
- C. 5 лет
- D. 10 лет
- E. 6 мес

Правильный ответ: C

122. Контрацептивный эффект Левоноргестрел-содержащей ВМС заключается в

- A. Торможении пролиферации эндометрия
- B. Спермицидном эффекте
- C. Поддержании гипоталамо-гипофизарно-яичниковой функции
- D. Повышении антиперистальтической активности маточных труб
- E. Стимуляции пролиферации эндометрия

Правильный ответ: A

123. На фоне высокой концентрации Левоноргестрела в полости матки происходит:

- A. Подавление митотической активности клеток эндометрия и миометрия
- B. Снижение чувствительности эндометрия к эстрадиолу

- С. Понижение чувствительности к эстрадиолу
- Д. Торможение пролиферативных свойств эндометрия
- Е. Все вышеперечисленное

Правильный ответ: Е

124. Перед установкой ВМК необходимо учитывать следующие условия:

- А. Возраст менархе
- В. Перенесенные или имеющиеся воспалительные заболевания органов малого таза
- С. Характер менструального цикла
- Д. Рост и вес пациентки
- Е. Верно все, кроме Д

Правильный ответ: Е

125. К побочным эффектам ВМК относятся все, кроме:

- А. Изменение характера и объема менструальных выделений
- В. Кисты яичников
- С. Боль в нижних отделах живота
- Д. Головная боль
- Е. Все вышеперечисленное верно

Правильный ответ: В

126. Повторное наблюдение за состоянием ВМК проводится:

- А. 1 раз в 3 месяца
- В. 1 раз в год
- С. 1 раз в полгода
- Д. Только сразу после установки
- Е. Не проводится

Правильный ответ: В

127. К нежелательным эффектам после установки ВМС Мирена относят все, кроме:

- A. Боль в животе
- B. Головная боль
- C. Масталгия
- D. Тромбоэмболические осложнения
- E. Все вышеперечисленное верно

Правильный ответ: D

128. К преимуществам использования ВМК относят:

- A. Отсутствие влияние на систему гемостаза
- B. Низкая частота наступления нежелательной беременности
- C. Отсутствие необходимости ежедневного самоконтроля
- D. Уменьшение объема и длительности менструации
- E. Все вышеперечисленное верно

Правильный ответ: E

129. При использовании ВМК наибольшая концентрация Левоноргестрела сохраняется в:

- A. Миометрии
- B. Яичниках
- C. Гепатоцитах
- D. Эндометрии
- E. Маточных трубах

Правильный ответ: D

130. Система Мирена может быть введена:

- A. После родов - не позднее, чем через 4 недели
- B. Сразу после выкидыша

- С. Сразу после аборта в 1 триместре при отсутствии инфекции
- Д. Сразу после аборта в 1 триместре независимо от инфекционного статуса
- Е. Сразу после индуцированного прерывания беременности независимо от инфекционного статуса

Правильный ответ: С

131. Показаниями для гистерорезектоскопии являются:

- А. гиперплазия эндометрия в репродуктивном периоде
- В. предрак эндометрия при незаинтересованности пациенток в сохранении менструальной и репродуктивной функции
- С. остатки плодного яйца после медицинского аборта
- Д. предрак эндометрия при заинтересованности пациенток в сохранении менструальной и репродуктивной функции
- Е. внутриматочные сращения

Ответ: В, Е

132. Противопоказания к гистерорезектоскопии как к внутриполостной операции:

- А. острое воспаление половых органов
- В. ревматоидный полиартрит
- С. острая и хроническая печеночная недостаточность
- Д. экзема
- Е. нарушения свертывающей системы крови

Ответ: А,С,Е

133. Противопоказания к гистерорезектоскопии как к внутриматочному хирургическому методу лечения:

- А. диффузный аденомиоз

- В. сочетанные формы гинекологической патологии
- С. подслизистая миома матки диаметром более 5 см
- Д. полипы эндометрия
- Е. внутриматочная перегородка

Ответ: А,В,С

134. Обезболивание при гистерорезектоскопии может быть выполнено :

- А. внутривенный наркоз
- В. парацервикальная анестезия
- С. спинальная анестезия
- Д. пудендальная анестезия
- Е. перидуральная анестезия

Ответ: А,С,Е

135. Техника гистерорезектоскопии предусматривает:

- А. подача тока с электрогенератора осуществляется перед введением инструмента в матку
- В. при дефиците ирригируемой жидкости свыше 2,0 л гистерорезектоскопию необходимо завершить
- С. подача тока с электрогенератора осуществляется только при визуальном контроле
- Д. подача тока на электрод возможна при движении электрода от тубуса
- Е. подача тока на электрод возможна только при движении электрода к тубусу гистерорезектоскопа

Ответ: В, С, Е

136. Расход жидкости во время гистерорезектоскопии возможен:

- А. через проходимые маточные трубы
- В. между резектоскопом и шейным каналом
- С. через ирригационный канал резектоскопа

Д. через задний свод влагалища

Е. путем интравазации

Ответ: А, В, С, Е

**137. Оптимальной средой растяжения матки во время
гистерорезектоскопии является:**

А. полиглюкин

В. репополиглюкин

С. глицин

Д. физиологический раствор

Е. раствор Рингера

Ответ: С

138. Быстрый расход ирригуруемой жидкости обусловлен:

А. высокой вязкостью жидкости

В. высоким давлением ирригуруемой жидкости

С. перфорацией матки

Д. низкой вязкостью жидкости

Е. высокой скоростью оттока жидкости

Ответ: В, С, Е

139. Возможные осложнения гистерорезектоскопии:

А. травматические повреждения

В. кровотечение

С. инфицирование

Д. осложнения сред растяжения

Е. стеноз шейного канала

Ответ: А, В, С, D, Е

140. Меры профилактики перфорации матки при гистерорезектоскопии:

- A. детальное определение позиции и величины матки
- B. применение лапароскопии у пациенток с высоким риском перфорации матки
- C. активация электрода перед введением инструмента в матку
- D. подача тока электрогенератора только при визуальном контроле
- E. введение наружного тубуса с обтуратором перед гистерорезектоскопией при высоком риске перфорации матки

Ответ: A, B, D, E

141. Какое исследование позволяет подтвердить/исключить злокачественный неопластический процесс эндометрия у пациенток с аномальным маточным кровотечением?

- a. Гистологическое исследование соскоба слизистой полости матки**
- b. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование с введением в полость матки специального контраста
- c. Оценка уровня онкомаркеров в сыворотке крови
- d. Определение уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови или моче
- e. МРТ органов таза с контрастированием

142. При аномальном маточном кровотечении у пациентки позднего репродуктивного возраста и подозрение на очаговый гиперпластический процесс эндометрия или деформацию полости матки наиболее оптимальной тактикой будет проведение

- a. Раздельного лечебно-диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии**

- b. Выскабливания полости матки
- c. Вакуумаспирация содержимого полости матки
- d. Аспирационной биопсии эндометрия
- e. Лигирования или эмболизации маточных артерий.

143. В случае аномального маточного кровотечения, обусловленного неполным самопроизвольным выкидышем при маточной беременности малого срока наиболее оптимальной тактикой будет проведение

- a. Вакуумаспирация содержимого полости матки**
- b. Раздельного лечебно-диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии
- c. Выскабливания полости матки
- d. Аспирационной биопсия эндометрия
- e. Выжидательная тактика с применением симптоматического лечения и антибактериальной терапии

144. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии является оптимальным объемом вмешательства

- a. при аномальном маточном кровотечении у пациентки репродуктивного возраста и подозрение на очаговый гиперпластический процесс эндометрия или деформацию полости матки**
- b. при аномальном маточном кровотечении, обусловленном неполным самопроизвольным выкидышем при маточной беременности малого срока
- c. при наличии маточного кровотечения у пациентки с трубной беременностью
- d. при беременности малого срока неясной локализацией и уровнем ХГЧ менее 1000 МЕ/л
- e. для уточнения состояния эндометрия на кануне переноса эмбриона

145. Вакуумаспирация содержимого полости матки является оптимальным объемом вмешательства

- a. **при аномальном маточном кровотечении, обусловленном неполным самопроизвольным выкидышем при маточной беременности малого срока**
- b. при аномальном маточном кровотечении у пациентки репродуктивного возраста и подозрение на очаговый гиперпластический процесс эндометрия или деформацию полости матки
- c. при наличии маточного кровотечения у пациентки с трубной беременностью
- d. при беременности малого срока неясной локализацией и уровнем ХГЧ менее 1000 МЕ/л
- e. для уточнения состояния эндометрия на кануне переноса эмбриона

146. Противопоказанием для планового внутриматочного вмешательства под контролем гистероскопии является все, кроме

- a. **рецидивирующие аномальные маточные кровотечения**
- b. острое воспаление придатков матки с формированием tuboовариального абсцесса
- c. острый кольпит
- d. тяжелая экстрагенитальная патология
- e. наличие инфекции, передающейся половым путем

147. Показаниями к проведению гистероскопии является все, кроме

- a. **миома матки с подброшенным расположением узла**
- b. рецидивирующие аномальные маточные кровотечения
- c. очаговая патология эндометрия
- d. внутриматочные синехии
- e. подозрение на злокачественный неопластический процесс эндометрия

148. Оптимальной средой растяжения для проведения диагностической гистероскопии является
- a. Изотонический раствор хлорида натрия**
 - b. Раствор диэлектрика (глюкоза, глицин)
 - c. Воздух
 - d. Углекислый газ
 - e. Закись азота
149. Оптимальной средой растяжения для проведения внутриматочных вмешательств с применением монополярной электрохирургии под контролем гистероскопии/гистерорезектоскопии является
- a. Раствор диэлектрика (глюкоза, глицин)**
 - b. Изотонический раствор хлорида натрия
 - c. Воздух
 - d. Углекислый газ
 - e. Закись азота
150. К преимуществам применения биполярной электрохирургии при проведении внутриматочных вмешательств под контролем гистероскопии/гистерорезектоскопии относят все, кроме
- a. Более сложную конструкцию рабочих электродов**
 - b. Возможность использования кристаллоидных растворов в качестве среды растяжения
 - c. Рассеивание меньшей мощности электроустановки
 - d. Меньшую вероятность электротравмы пациента
151. При гистероскопии возможно все перечисленное, кроме
- a. Установить недоброкачественный характер неопластического процесс и глубину его инвазии в подлежащие ткани**
 - b. Обнаружить деформацию полости матки подслизистым узлом миомы
 - c. Вывить полипы эндометрия
 - d. Обнаружить внутриматочные сращения/синехии

- е. Под контролем зрения преодолеть стеноз или деформацию цервикального канала и относительно безопасно осуществить доступ в полость матки.

152. Показаниями к проведению гистероскопии являются все, кроме:

- Миома матки;
- Аномальное маточное кровотечение;
- Уточнение порока развития матки;
- **Острый или подострый воспалительный процесс половых органов;**

153. Для достижения хорошей визуализации при проведении офисной гистероскопии внутриматочное давление должно составлять:

- 100-200 мм.рт.ст.
- **25-40 мм.рт.ст.**
- 150-250 мм.рт.ст.
- 45-65 мм.рт.ст.

154. Офисную гистероскопию для оценки секреторной фазы эндометрия у пациенток с бесплодием следует проводить:

- **В период «имплантационного окна» с одномоментной биопсией эндометрия;**
- В период ранней фазы пролиферации с одномоментной биопсией эндометрия;
- В период фазы десквамации с одномоментной биопсией эндометрия;
- Офисную гистероскопию с этой целью не проводят;

155. Офисную гистероскопию для оценки состояния полости матки и цервикального канала следует проводить:

- В период «имплантационного окна» с одномоментной биопсией эндомиоэзия;
- **В период ранней фазы пролиферации с одномоментной биопсией эндомиоэзия;**
- В период фазы десквамации с одномоментной биопсией эндомиоэзия;
- Офисную гистероскопию с этой целью не проводят;

156. В план предоперационной подготовки к офисной гистероскопии относится все кроме:

- Трансвагинальное УЗИ органов малого таза;
- Исследование на степень чистоты отделяемого из влагалища и цервикального канала;
- **Биохимический анализ крови;**
- Анализы крови на ВИЧ, RW, вирус гепатита В и С;
- Определение группы и резус фактора крови.
- Анализ на инфекции, передаваемые половым путем;

157. При проведении офисной гистероскопии возможно использование:

- **любых жидкостных сред для расширения полости матки;**
- Специальных неэлектролитных растворов для расширения полости матки;
- Используют только дистиллированную воду для расширения полости матки;
- Использование жидкостных сред строго запрещено для расширения полости матки;

158. При проведении обзорной оценивают все кроме:

- Задняя, передняя и боковые стенки матки;

- Устья маточных труб;
- **Влагалищную часть шейки матки;**
- Перешеечная область;

159. При проведении офисной гистероскопии скорость постоянного потока раствора для поддержания хорошей визуализации должна составлять:

- от 300 до 350 мл/мин;
- **от 200 до 350 мл/мин;**
- от 400 до 500 мл/мин;
- от 500 до 750 мл/мин;

160. Что из ниже перечисленного является противопоказанием для проведения офисной гистероскопии:

- **Инвазивный рак шейки матки;**
- Субмукозный миоматозный узел;
- Синдром Ашермана;
- Гиперплазия эндометрия;

161. К интраоперационным осложнениям офисной гистероскопии относят:

- Инфицирование тазовых органов;
- Образование спаек в цервикальном канале;
- **Газовая эмболия;**
- Гематометра;

162. 162. Необходимое условие для развития воспалительного процесса половых органов септической этиологии:

- 1) ОРВИ в анамнезе
- 2) иммунодефицитное состояние
- 3) ановуляция
- 4) **наличие раневой поверхности (входных ворот)**
- 5) генетическая предрасположенность.

163. Диагностика tuboовариального абсцесса проводится при помощи:

- 1) гистероскопии
- 2) цитологического исследования мазка
- 3) **ультразвукового сканирования органов малого таза (УЗИ)**
- 4) кольпоскопии
- 5) исследования гормонального профиля.

164 . К осложнениям, связанным с применением ВМК, относятся:

- 1) воспалительные процессы матки и её придатков
- 2) мигрени
- 3) увеличение массы тела
- 4) тошнота, диспепсия
- 5) цисталгия. Ответ: 1

165 . К органосберегающим операциям при диагнозе: Миома матки относятся:

- 1) тотальная гистерэктомия
- 2) трансцервикальная миомэктомия
- 3) пангистерэктомия
- 4) мини-лапаторомия
- 5) надвлагалищная ампутация матки. Ответ: 2

166. Предраковые изменения влагалищной части шейки матки:

- 1) хронический цервицит

2) эктопия

3) гипертрофия

4) полип

5) CIN. Ответ: 5

167. Скрининговым тестом при диагностике предрака и рака шейки матки является:

1) Кольпоскопия

2) Биопсия шейки матки

3) Онкоцитологическое исследование

4) Определение ДНК ВПЧ

5) Визуальный осмотр шейки матки в зеркалах

168. К критериям для постановки диагноза «Бактериальный вагиноз» не относится:

1) Сдвиг pH влагалищного содержимого в щелочную сторону

2) Гиперемия слизистой влагалища

3) Положительный аминный тест

4) Гомогенные серо-белые выделения из половых путей

5) Обнаружение в мазке из влагалища «ключевых» клеток

169 Операцией выбора при подслизистой миоме матки у женщины репродуктивного возраста является:

1) Надвлагалищная ампутация матки

2) Трансцервикальная миомэктомия

3) Экстирпация матки

4) Эмболизация маточных артерий

5) ФУЗ-абляция

170 С какого диагностического теста начинают обследование бесплодной пары:

- 1) УЗИ органов малого таза
- 2) Кольпоскопия
- 3) MAR тест
- 4) Гистероскопия
- 5) Спермограмма

171 Какая форма бесплодия обусловлена синдромом Ашермана:

- 1) Трубно-перитонеальная
- 2) Маточная
- 3) Эндокринная
- 4) Иммунологическая
- 5) Психогенная

172 . Маточное кровотечение в постменопаузе является показанием к проведению:

1. тотальной гистерэктомии с билатеральной сальпингоовариоэктомией;
2. т симптоматической гемостатической терапии;
3. гормонального гемостаза прогестагенами;
4. раздельного лечебно-диагностического выскабливания эндометрия и эндоцервикса под контролем гистероскопии;
5. 17-ОПК в непрерывном режиме.

Ответ – 4.

173 . В периоде менопаузального перехода для остановки аномального маточного кровотечения показано проведение:

1. гемостатической терапии;
2. гормонального гемостаза эстрогенами;
3. раздельного лечебно-диагностического выскабливания эндоцервикса и

- эндометрия под контролем гистероскопии;
4. тотальной гистерэктомии;
5. утеротонической терапии.

Ответ – 3.

174 Основной механизм контрацептивного действия КОК:

- 1.изменения эндометрия, препятствующие имплантации
2. снижение перистальтики маточных труб
3. сгущение шеечной слизи
4. гиперсекреция шеечной слизи
5. подавление овуляции

Ответ – 5

175 . При быстром росте миомы матки показано:

1. динамическое ультразвуковое наблюдение;
- 2.назначение агонистов гонадолиберина;
3. хирургическое лечение в плановом порядке;
4. экстренное хирургическое лечение;
5. назначение селективных модуляторов рецепторов прогестерона

Ответ – 3.

176 . Жидкостная цитология (Пап-тест) позволяет провести:

1. диагностику возбудителей ИППП;
2. скрининг рака шейки матки;
3. оценку функциональной активности желтого тела;
4. определение индекса созревания (ИС);
5. оценку эстрогенной насыщенности.

Ответ – 2.

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

Вопросы для проведения промежуточной аттестации

Вопрос 1

Анатомо-функциональное состояние женского организма и половой системы в различные возрастные периоды.

Ответ:

Гинекология - учение о женщине, это раздел клинической медицины, изучающий анатомо-физиологические особенности женской половой системы, виды ее патологии, диагностики, терапии и профилактики.

Периоды жизни женщины:

1. **Внутриутробный период**- продолжается в среднем 287 дней. Происходит закладка, развитие и созревание всех органов и систем плода, а также его половая дифференцировка
2. **Период детства**- до 8 лет. Репродуктивная система находится в состоянии низкой функциональной активности. Гонадотропные гормоны и половые стероидные гормоны (Эстрадиол, Прогестерон) вырабатываются на монотонно низком уровне.
3. **Пубертатный период (период полового созревания)**- длится около 10 лет: с 7-8 лет до 17-18. Происходит созревание репродуктивной системы, заканчивается физическое развитие женского организма, формирование вторичных половых признаков. Завершается рост тела в длину, окостенение трубчатых костей, формируется телосложение и распределение жировой и мышечной ткани по женскому типу. Завершается созревание гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и начинается циклическая секреция ГнРГ, который вырабатывается в цирхоральном ритме (1 импульс/час).
4. **Репродуктивный период (период половой зрелости)**- наиболее длительный, около 30 лет, с 17-45 лет. В раннем репродуктивном периоде (до

30 лет) организм женщины имеет наилучшие возможности для зачатия, вынашивания беременности, родов и вскармливания новорожденного.

5. **Климактерический период**- переход от репродуктивной фазы к старости. Прекращается репродуктивная и менструальная функция.

Происходят инволютивные процессы, ослабление и прекращение гормональной функции яичников. Генетически запрограммированный период. Выделяют следующие периоды климактерия:

- **Пременопауза**- от первых менопаузальных симптомов до последней менструации. Часто ановуляторные циклы, гиперэстрогения и дефицит прогестерона. Длится от 2-10 лет.
- **Менопауза**- последнее маточное кровотечение, обусловленное гормональной функцией яичников. Устанавливается спустя 12 месяцев после ПНМ. Также есть индуцированная менопауза (хирургическая, ятрогенная) и преждевременная менопауза- прекращение менструаций до 40 лет.
- **Постменопауза**- от менопаузы до полного прекращения функционирования яичников (низкий уровень эстрадиола, высокий ФСГ, ЛГ/ФСГ<1).
- **Перименопауза**- объединяет пременопаузу и 2 года постменопаузы. Возможны колебания эстрогенов в крови, что клинически может проявляться «предменструальноподобными» ощущениями (нагрубание молочных желез, тяжесть внизу живота, в пояснице...), а также приливы жара к голове.

Вопрос 2

Симптомы расстройства специфических функций женского организма (секреторной, менструальной, половой, детородной).

Ответ:

Секреторная функция является важным показателем состояния женских половых органов. Выделения из половых путей- бели. Образуются в разных отделах половой системы. В связи с этим выделяют:

Вестибулярные бели- обусловлены гиперсекрецией потовых, сальных и слизистых желез вульвы и воспалением бартолиновых желез. Появляются при несоблюдении правил личной гигиены, постоянном использовании прокладок, ношении белья из синтетики, а также при вульвите и вульвите.

Влагалищные бели- при воспалении слизистой влагалища, глистной инвазии, при инородном теле во влагалище, старых разрывах промежности, опущении стенок влагалища, свищах, раке влагалища и ряде экстрагенитальных заболеваний.

Шеечные бели- нарушение секреции шейных желез. Нередко возникают при экстрагенитальных патологиях и гинекологических заболеваниях (цервициты, разрывы шейки матки с формированием эктропиона, полипы шейного канала, рак шейки матки..). Имеют вид от прозрачной или мутноватой слизи до слизисто-гнойных выделений.

Маточные бели- появляются при патологических состояниях эндометрия. Так, при эндометритах, полипе бели слизисто-гнойные, при раке тела матки- цвета «мясных помоев», при субмукозной миоме- кровянистые и т.д. В пожилом возрасте наличие водянистых белей- нередко симптом рака тела матки.

Трубные бели- редко, обусловлены опорожнением сактосальпинкса через маточное отверстие труб.

Нередко женщин беспокоит сухость влагалища, обусловленная гипострогией.

Нарушения менструального цикла, как ритма, так и характера. Циклические или ациклические. Так, при нарушениях ГГЯ системы характерны АМК. При задержке менструации- длительные маточные кровотечения. Аменорея (отс.менструации в течение 6 месяцев и более) свидетельствует о выраженном нарушении ГГЯ системы. Данные нарушения не сопровождаются болями.

Наличие боли и циклических маточных кровотечений- органическое поражение (подслизистая миома, аденомиоз и др.)

Половая функция. Половое влечение и удовлетворение отражают полноценность половой функции женщины. Отсутствие или снижение

полового влечения наблюдается при инфантилизме, интерсексуальности, перенесенных тяжелых соматических и гинекологических заболеваний. Фрустрация- причина застойных явлений в малом тазу. Диспареуния- симптом хронический воспалительных заболеваний матки, придатков, НГЭ, вульвовагинита. Кровянистые контактные выделения из половых путей бывают при цервиците, кольпите, полипе ш/м, эндометриозе, а также при раке шейки матки. Важно выяснить метод контрацепции от беременности (барьерный, гормональный, химический, внутриматочный, прерванный половой акт..), так как это может помочь в поиске причин нарушения м/ц и возникновения воспалительных заболеваний женских половых органов.

Детородная функция. При изучении следует уточнить: наличие беременностей и срок наступления после начала половой жизни, течение беременностей и осложнения, течение родов и послеродового периода. Диагноз бесплодие устанавливается при отс.беременности после 1 года регулярной половой жизни в возрасте до 35 лет, и в течение 6 месяцев, если возраст супругов более 35 лет. Бесплодие после первых родов или аборта может свидетельствовать о перенесенном воспалительном заболевании матки и придатков. Разрывы ш/м в родах приводят к ее деформации и появлению эктропиона, что становится благоприятным фоном для развития предраковых/раковых состояний шейки матки. Короткая длительность или отсутствие лактации могут быть фактором риска гиперпластических процессов матки, опухолей яичника и молочных желез.

Вопрос 3

Правила осмотра гинекологических больных (специальное гинекологическое обследование).

Ответ:

К обязательным методам исследования женщин относят:

- Осмотр наружных половых органов

- Исследование шейки матки с помощью зеркал
- Влагалищное бимануальное исследование
- Ректоабдоминальное/ректовагинальное и комбинированное исследование по показаниям (при распространенном патологическом процессе: воспалительный, ретроцервикальный эндометриоз, опухолевое поражение матки и придатков)
- Тесты функциональной диагностики

Гинекологическое исследование проводят после опорожнения мочевого пузыря на специальном гинекологическом кресле. Используют стерильные влагалищные зеркала, подъемники, пинцеты, инструменты для взятия мазков и др. Исследование проводят в стерильных одноразовых перчатках.

Исследование начинают с осмотра наружных половых органов. При этом обращают внимание на развитие наружных половых органов, оволосение, состояние промежности (высокая/низкая, наличие рубцов), состояние и величину больших и малых половых губ, величину клитора, состояние слизистой влагалища и влагалищной части ш/м, наличие патологических процессов (воспаление, опухоли, кондиломы, свищи..). Также обращают внимание на состояние половой щели, предложив пациентке потужиться, определяют, нет ли опущения или выпадения стенок влагалища, подтекания мочи. **Осмотр в зеркалах** проводится женщинам, живущим половой жизнью. При исследовании влагалищной части ш/м обращают внимание на наличие полипа, эрозии, эктропиона, разрывов, разрастания по типу цветной капусты и др. Визуальный осмотр слизистой влагалища позволяет оценить наличие воспаления, гиперемии, разрывов стенок влагалища, кровоточащие участки, инфильтраты..

Следующим этапом специального гинекологического осмотра является **бимануальное исследование**. Средний и указательный палец правой руки вводят во влагалище, а левую руку кладут на переднюю брюшную стенку. Правой рукой пальпируют стенки влагалища, его своды, шейку матки, отмечая все анатомические изменения (инфильтрация, нависание сводов, форму ш/м,

наружного зева, разрывы ш/м), болезненность при тракции шейки матки. Затем переводят пальцы в задний свод влагалища и смещают матку вперед и вверх. Определяют положение матки, ее форму, размеры, подвижность, консистенцию, болезненность. После этого переводят пальцы в боковые своды и приступают к пальпации придатков матки, уделяя внимание размерам, подвижности, болезненности. При наличии их увеличения, определяют форму, величину, консистенцию патологических образований, болезненность и смещаемость. В конце влагалищного исследования пальпируют мышцы тазового дна: их выраженность, тонус или расхождение, указывающее на несостоятельность мышц тазового дна.

Вопрос 4

Дополнительные методы исследования в гинекологии: гормональный профиль (тесты функциональной диагностики, гормоны крови, функциональные пробы).

Ответ:

Тесты функциональной диагностики (ТФД) используют для оценки состояния репродуктивной системы, к ним относятся:

- **Измерение базальной (ректальной) температуры**- женщина, не вставая с постели, каждое утро в течение 5-7 минут измеряет температуру в прямой кишке на протяжении 2-3 циклов. Показатели записывают в виде графика. Нормальный менструальный цикл имеет хорошо различимые термические фазы: гипотермическую (ниже 37°C), соответствующей фолликулярной фазе, и гипертермическую (37,2-37,6°C), соответствующей лютеиновой фазе. При насыщении организма эстрогенами (угнетение центра терморегуляции в гипоталамусе) температура снижается, что наблюдается в конце первой фазы м/ц перед овуляцией. При повышении уровня прогестерона базальная температура повышается (стимуляция центра терморегуляции).

- **Феномен «зрачка»**- появление на 8-9 сутки м/ц в наружном отверстии канала шейки матки стекловидной прозрачной слизи.
- **Симптом растяжения шеечной слизи**- после исследования симптома «зрачка» браншами анатомического пинцета или корнцанга захватывают цервикальную слизь. Бранши разводят и измеряют величину растяжения слизи. Длина слизи зависит от насыщения эстрогенами и достигает максимума в овуляцию.
- **Симптом «листка папоротника»**- основан на способности шеечной слизи при высушивании на предметном стекле образовывать кристаллы и позволяет предположить овуляцию.

В основе феноменов зрачка, листка папоротника, растяжения слизи лежит изменение количества и физико-химических свойств цервикальной слизи.

Б.Инслер предложил таблицу, позволяющую оценить шеечный индекс:

0-3 балла- резкая недостаточность эстрогенов

4-6- умеренная

7-9- достаточная насыщенность эстрогенами

10-12- гиперэстрогения

Диагностический тест	Баллы			
	0	1	2	3
Симптом «зрачка»	Отсутствует	Темная точка	0,20—0,25	0,30—0,35
Количество слизи	Отсутствует	Незначительное	умеренное	большое
Натяжение слизи	Отсутствует	До 6	8—10	15—20
Симптом «листка папоротника»	Отсутствует	Мелкие кристаллы в виде тонких стеблей	Четкий рисунок листа	Грубые кристаллы, лист крупный с толстым стеблем

- **Подсчет кариопикнотического индекса**- кольпоцитологическое исследование влагалищного содержимого- отношение поверхностных клеток с пикнотическими ядрами к общему числу клеток (%).

Гормонально-функциональные пробы:

Проба с прогестероном - применяется при аменорее любой этиологии для

исключения маточной формы; считается положительной, если через 2-4 дня после 6-8 дневного внутримышечного введения прогестерона или через 8-10 дней после однократного введения оксипрогестерона капроната у больной появляется менструальноподобная реакция. Положительная проба исключает маточную форму аменореи и свидетельствует о дефиците прогестерона. Отрицательная проба может быть при маточной аменорее или при эстрогенной недостаточности.

Проба с эстрогенами и прогестероном - проводится для исключения (подтверждения) маточной или яичниковой формы аменореи. Больной в течение 10-14 дней вводят один из эстрогенных препаратов в/м (эстрадиола бензоат, фолликулин) или внутрь (этинил эстрадиол), затем прогестерон как и в пробе с прогестероном. Наступление менструальноподобной реакции свидетельствует о выраженном дефиците эндогенных эстрогенов, отрицательный результат указывает на маточную форму аменореи.

Проба с дексаметазоном - применяется для определения характера гиперандрогении у женщин с признаками вирилизации, основана на угнетении секреции АКТГ. До и после проведения пробы определяют содержание 17-КС. Снижение уровня 17-КС после проведения пробы на 50-75% указывает на надпочечниковый источник андрогенов (проба положительная), на 25-30% - на яичниковое происхождение андрогенов (проба отрицательная).

Проба с кломифеном - показана при заболевании, сопровождающимся ановуляцией, чаще на фоне олиго- или аменореи. Пробу проводят после месячных или менструальноподобной реакции. Назначается кломифена цитрат с 5 по 9 день от начала менструальноподобной реакции, действие его ощущается через гипоталамус. Отрицательная проба с кломифеном (отсутствие увеличения концентрации эстрадиола, гонадотропинов в плазме крови, монофазная базальная температура, отсутствие менструальноподобной реакции) указывает на гипоталамо-гипофизарное нарушение.

Проба с люлиберином - проводится при отрицательной пробе с кломифеном. Внутривенно вводят 100 мг синтетического аналога люлиберина. До начала

введения препарата и через 15, 30, 60 и 120 мин после введения через постоянный катетер из локтевой вены берут кровь для определения содержания ЛГ. При положительной пробе к 60-й мин содержание ЛГ нарастает до цифр, соответствующих овуляции, что указывает на сохраненную функцию передней доли гипофиза и нарушение функции гипоталамических структур.

Пробу с АКТГ проводят для оценки функционального состояния коры надпочечников.

Проба с хориогонином- для уточнения состояния яичников.

В настоящее время для оценки гормонального профиля, проводят определение в крови: ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, тестостерон, ТТГ на 5-7 день цикла (при бесплодии на 2-3 д.ц.).

Вопрос 5

«Острый живот» в гинекологии: основные нозологии, дифференциальная диагностика.

Ответ:

«Острый живот»- сложный комплекс симптомов, в котором ведущими признаками является внезапно возникшие боли в любом отделе живота, сопровождающиеся перитонеальными симптомами и выраженными изменениями общего состояния больной.

Можно выделить 3 группы гинекологических заболеваний, приводящих к развитию острого живота:

Заболевания, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением:

нарушенная эктопическая беременность, апоплексия яичника, разрыв капсулы кисты яичника, перфорация матки.

Заболевания, св. с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом:

перекрут ножки кисты/опухоли яичника, перекрут или некроз миоматозного

узла.

Острые воспалительные процессы внутренних половых органов, при которых развивается перитонит: пиосальпинкс, пиовар, пельвиоперитонит, tuboовариальное воспалительное образование.

Принципиальное значение имеет дифференциация заболеваний, требующих немедленного оперативного лечения, и состояний, которые лечатся консервативно.

Нарушенная внутриматочная беременность. При жалобах на боли в нижних отделах живота (часто на приступ резких болей с иррадиацией в прямую кишку) в сочетании с нарушением менструального цикла (задержка менструации или кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся на фоне задержки менструации) показано трансвагинальное УЗИ и анализ крови на наличие β -субъединицы ХГЧ (β -ХГЧ). Если при УЗИ нет данных за наличие хориона в полости матки, а анализ крови на β -ХГЧ положительный, необходимо срочно исключить внутриматочную беременность.

Апоплексия яичника. Если боли внизу живота, чаще односторонние, возникают в середине менструального цикла, можно заподозрить апоплексию яичника. При подозрении на анемическую форму апоплексии яичника, болезненных тракциях за шейку матки и укороченных болезненных сводах (изменение анатомии заднего свода влагалища, «крик Дугласа») при влагалищном исследовании необходимо провести пункцию брюшной полости через задний свод или лапароскопию. При отсутствии крови в брюшной полости возможно применение дополнительных методов исследования — УЗИ и/или диагностической лапароскопии. Массивное кровотечение при апоплексии бывает редко, но требует немедленного оперативного лечения.

Перекрут ножки кисты или опухоли яичника. Наиболее часто перекрут ножки опухоли яичника возникает в случае зрелой тератомы, фибромы яичника, фолликулярной кисты. Боль возникает внезапно, носит постоянный характер, без выраженной иррадиации. Начало болей связано с резкими движениями, физической нагрузкой. Сначала в связи со сдавлением вен

возникшая опухоль увеличивается, а затем развиваются ишемия и некроз. При двуручном исследовании в области придатков пальпируется резко болезненное образование. При этом заболевании показано экстренное оперативное лечение.

Нарушение питания в узле миомы матки. При постоянных болях внизу живота, указании на миому матки в анамнезе и увеличенной в размерах матке с бугристой поверхностью и резкой болезненности одного или нескольких узлов при осмотре для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ. При подтверждении нарушения кровообращения и относительно удовлетворительном состоянии больной допустимо начать консервативное лечение, но продолжать его следует не более 48 ч. При неэффективности лечения - экстренное оперативное лечение.

Острые гнойные заболевания придатков матки вызывают постоянные нарастающие боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела, озноб. Заболевание начинается обычно в последние дни или сразу после окончания менструации. Часто при гинекологическом исследовании гнойные выделения из цервикального канала, смещения шейки и область придатков матки резко болезненны. При tuboовариальном образовании в области придатков выявляют опухоль без четких контуров, болезненную при пальпации, влагалищные своды укорочены. УЗИ позволяет уточнить природу и размер образования. Возможно такое осложнение, как перфорация гнойного tuboовариального образования с развитием пельвиоперитонита или разлитого перитонита. В подобных случаях больная нуждается в незамедлительной операции.

Вопрос 6

Перекрут ножки новообразования яичника: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Ответ:

Перекрут ножки образования яичника – это полное или неполное

перекручивание яичника и/или маточной трубы вокруг оси поддерживающих связок, сопровождающееся нарушением кровоснабжения яичника.

Выделяют анатомическую ножку образования, которая состоит из растянутой подвешивающей связки яичника (воронкотазовой связки), собственной связки яичника и мезовария. В анатомической ножке проходят яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией, а также лимфатические сосуды и нервы.

Хирургическая ножка включает в себя еще и перерастянутую маточную трубу.

Основным фактором риска перекрута яичника является образование яичника диаметром 5 см или больше. Перекрут может быть связан с резкими движениями, переменой положения тела, физическим напряжением. Нередко перекрут ножки кисты яичника происходит во время беременности или в послеродовом периоде.

Диагностика перекрута проводится на основании:

- клинической картины (боль внизу живота, тошнота, рвота, кровянистые выделения из половых путей. В случае некротизации яичника наблюдается лихорадка, учащение пульса, бледность кожи и слизистых оболочек, холодный пот, признаки острого живота);
- лабораторных данных (в ОАК – отмечается лейкоцитоз, возможен сдвиг формулы влево, повышение СОЭ, анализ на В-ХГЧ проводится для исключения внематочной беременности);
- объективного обследования (при влагалищном исследовании в области придатков матки определяют образование тугоэластической консистенции диаметром до 7–8 см, резко болезненное при пальпации и попытках смещения);
- инструментальных методов исследования (при УЗИ области придатков матки определяется объемное образование с признаками опухоли или кисты яичника, изменение эхографических характеристик кистозного образования: утолщение стенок кисты, образование двойного контура; неоднородное внутреннее содержимое скопление свободной жидкости в проекции малого таза; отсутствие других патологических изменений брюшной полости при

наличии острого абдоминального синдрома. При выполнении цветового доплеровского картирования (ЦДК) отмечается: гиперваскуляризация за счет венозных сосудов – ранние стадии перекрута; снижение (исчезновение) васкуляризации – поздние стадии перекрута);

- диагностической лапароскопии.

Дифференциальную диагностику полного перекрута проводят с нарушенной внематочной беременностью, острым сальпингоофаритом, апоплексией яичника, острым аппендицитом.

Лечение: у женщин репродуктивного возраста без выраженного спаечного процесса в малом тазу, без признаков малигнизации и некротизации образования выполняют лапароскопическую деторсию яичника с последующей цистэктомией или резекцией яичника для удаления образования. У женщин в постменопаузе предпочтительнее выполнять аднексэктомию.

Вопрос 7

Апоплексия яичника: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение

Ответ:

Апоплексия яичника (разрыв яичника, инфаркт яичника, гематома яичника) – острое нарушение целостности яичника с кровоизлиянием в его строму и последующим кровотечением в брюшную полость. Апоплексия яичника чаще возникает у женщин репродуктивного возраста, но может развиваться и у подростков.

Разрыв яичника чаще происходит в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета жёлтого тела. Выделяют эндогенные причины заболевания: неправильное положение матки, сдавление сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения яичника, сдавление яичника опухолью, спаечные и воспалительные процессы в малом тазу, варикозное расширение и склерозирование сосудов, мелкокистозные изменения яичников. Экзогенные

причины: половой контакт, верховая езда, травма живота, влагалищное исследование, оперативное вмешательство, клизма.

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли из-за нарастания внутрияичникового давления, а затем приводит к разрыву ткани яичника. Самый частый источник кровотечения — желтое тело или его киста.

Выделяют болевую форму апоплексии яичника, не сопровождающаяся внутрибрюшным кровотечением и анемическую форму – сопровождающуюся внутрибрюшным кровотечением.

Диагностика апоплексии проводится на основании:

- клинической картины (боли внизу живота на стороне поражённого яичника с иррадиацией в крестец, прямую кишку, во второй фазе менструального цикла, связанные с половым актом, физическим напряжением; при значительном кровотечении (анемическая форма) отмечают тахикардию, гипотензию, бледность кожи и слизистых);
- лабораторных данных (у каждой четвертой пациентки обнаруживают анемию различной степени выраженности, гематокрит может быть снижен до 18–25, у некоторых пациенток отмечают лейкоцитоз (до 15×10^9 на 1 л);
- инструментальных методов исследования (УЗИ – метод выбора, характерно наличие гипоэхогенного жидкостного включения неоднородной структуры (желтое тело), диаметр которого не превышает размер преовуляторного фолликула. Также визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника. В позадиматочном пространстве определяется свободная жидкость в различном количестве);
- диагностической лапароскопии (в малом тазу кровь, возможно, со сгустками; при разрыве кисты (фолликулярной, желтого тела) яичник багрового цвета и может быть увеличен в зависимости от размеров кисты; по краю яичника или кисты разрыв не более 1,5 см; на момент осмотра либо продолжается кровотечение, либо дефект прикрыт сгустками).

Лечение: при болевой форме – консервативное лечение. Применяется

гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат), спазмолитики (дротаверин).

При наличии жидкости в брюшной полости - хирургическое лечение (лапароскопия, остановка кровотечения из разрыва яичника: коагуляция, ушивание или резекция яичника; удаление сгустков крови из брюшной полости; осмотр яичника после промывания брюшной полости санитизирующими растворами).

Вопрос 8

Трубная беременность, нарушенная по типу разрыва трубы: клиника, диагностика, лечение.

Ответ:

Трубная беременность – наиболее часто встречающийся тип эктопической беременности. Клинически различают прогрессирующую трубную беременность и нарушенную трубную беременность (по типу разрыва маточной трубы, трубного аборта).

При прогрессирующей трубной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная. При пальпации может отмечаться болезненность внизу живота на стороне поражения. При гинекологическом обследовании отмечают легкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, шейка матки несколько размягчена, безболезненна, тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании, на стороне поражения можно пропальпировать болезненное образование овоидной формы тестоватой консистенции. Выделения из половых путей светлые.

Лабораторным показателем беременности, в том числе и внематочной, является уровень В-ХГЧ. Для внематочной беременности характерен малый прирост бета-ХГЧ (диагностически незначимый - ниже 53%).

Всем пациенткам с подозрением на трубную беременность рекомендовано

проведение УЗИ трансвагинальным датчиком. УЗИ-признаки внематочной беременности: отсутствие плодного яйца в полости матки; в области придатков визуализируется объемное образование, которое при влагалищном ультразвуковом исследовании сдвигается отдельно от яичника, возможно скопление жидкости позади матки.

Симптоматика трубной беременности, нарушенной по типу разрыва маточной трубы:

- Резкое начало
- Выраженные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку.
- Симптомы раздражения брюшины – резко положительны. Живот умеренно вздут, отмечают напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы
- Задний свод уплощен или выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода резко болезненна.
- Резкая болезненность при смещении шейки матки
- Клиника геморрагического шока (холодный пот, бледность кожных покровов, возможна кратковременная потеря сознания, снижение АД, пульс слабого наполнения, тахикардия)

Лечение: хирургическое лечение трубной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы – сальпингэктомия лапароскопическим или лапаротомным доступами. Доступ определяется в зависимости от клинической ситуации и условий выполняемой операции. При наличии геморрагического шока целесообразным является метод лапаротомии, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения. Если пациентка гемодинамически стабильна, лапароскопический подход к хирургическому лечению нарушенной трубной беременности более предпочтителен.

Трубный аборт: клиника, диагностика, лечение

Ответ:

Трубная беременность – наиболее часто встречающийся тип эктопической беременности. Клинически различают прогрессирующую трубную беременность и нарушенную трубную беременность (по типу разрыва маточной трубы, трубного аборта).

При прогрессирующей трубной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная. При пальпации может отмечаться болезненность внизу живота на стороне поражения. При гинекологическом обследовании отмечают легкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, шейка матки несколько размягчена, безболезненна, тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании, на стороне поражения можно пропальпировать болезненное образование овоидной формы тестоватой консистенции. Выделения из половых путей светлые.

Лабораторным показателем беременности, в том числе и внематочной, является уровень В-ХГЧ. Для внематочной беременности характерен малый прирост бета-ХГЧ (диагностически незначимый - ниже 53%).

Всем пациенткам с подозрением на трубную беременность рекомендовано проведение УЗИ трансвагинальным датчиком. УЗИ-признаки внематочной беременности: отсутствие плодного яйца в полости матки; в области придатков визуализируется объемное образование, которое при влагалищном ультразвуковом исследовании сдвигается отдельно от яичника, возможно скопление жидкости позади матки.

Симптоматика трубной беременности, нарушенной по типу трубного аборта:

- Протекает длительно, без выраженных клинических проявлений;
- Боли в животе слабо выражены, схваткообразные, чаще односторонние, появляются после небольшой задержки менструации;

- Симптомы раздражения брюшины слабо положительны/отсутствуют;
- Возможны скудные темные кровянистые выделения из половых путей, связанные с отторжением децидуальной оболочки матки.

Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме внематочной беременности. Объем и доступ определяется в зависимости от клинической ситуации и условий выполняемой операции. Проводится хирургическое лечение как нарушенной, так и прогрессирующей трубной беременности при бета-ХГЧ более 3000-5000 МЕ/л.

Сальпингэктомия или сальпинготомия с удалением плодного яйца производится в зависимости от клинической ситуации, визуальной оценки степени разрушения трубы, состояния контрлатеральной маточной трубы и репродуктивных планов. При наличии здоровой контрлатеральной маточной трубы предпочтительнее выполнять сальпингэктомию.

Показания к сальпингэктомии:

- 1) нарушенная трубная беременность;
- 2) повторная трубная беременность в уже ранее оперированной маточной трубе;
- 3) основной метод лечения при прогрессирующей трубной беременности при бета-ХГЧ более 3000-5000 МЕ/л.

Возможно проведение сальпинготомии при условиях:

- 1) отсутствии разрыва стенки плодместилища,
- 2) отсутствии геморрагического шока,
- 3) необходимости сохранения репродуктивной функции,
- 4) у пациенток с бесплодием в анамнезе, трубно-перитонеальным фактором риска репродуктивных нарушений в сочетании с желанием сохранения репродуктивной функции.

После проведения сальпинготомии пациентке необходимо динамическое

наблюдение (исследование количественного бета-ХГЧ в крови, УЗИ органов малого таза), в связи с возможным прогрессированием беременности, развитием внутрибрюшного кровотечения, а также повторной внематочной беременностью в сохраненной трубе.

Консервативная терапия внематочной беременности метотрексатом, утвержденная в зарубежных клинических рекомендациях, не прописана в инструкции к препарату в РФ, в связи с чем может применяться только в стационарах III уровня после проведения врачебной комиссии.

Вопрос 10

Внематочная (эктопическая) беременность: этиология, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, лечение

Ответ:

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) – беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки.

Патогенез: нарушение транспорта оплодотворенной яйцеклетки с последующей патологической имплантацией плодного яйца. Факторами риска эктопической беременности являются: операции на маточных трубах, эктопические беременности в анамнезе, ВЗОМТ, внутриматочная контрацепция, внутриматочные вмешательства, бесплодие, возраст матери старше 35 лет, курение, применение комбинированных оральных контрацептивов, пороки развития половых органов (беременность в рудиментарном роге), эндометриоз, наличие рубца на матке после Кесарева сечения.

Анатомическая классификация и частота вариантов ВБ

- Трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) – 98–99%.
- Яичниковая – 0,1–0,7%.
- Шеечная (1 на 9000–12000 беременностей) – 0,1–0,4%.

- Брюшная (1 на 10000–25000 живорожденных) – 0,3–0,4%.
- Гетеротопическая беременность (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого) встречается крайне редко (1 из 30 000 беременностей).
- Беременность в рубце после кесарева сечения – встречается редко, частота на данный момент не определена.

Клиническая классификация внематочной беременности

По течению:

- Прогрессирующая.
- Нарушенная.

По наличию осложнений:

- Осложненная.
- Неосложненная.

Диагноз внематочной беременности устанавливается на основании:
положительного

- качественного исследования мочи на хорионический гонадотропин и/или количественного исследования крови на хорионический гонадотропин (в норме прирост бета-ХГЧ каждые 48 часов при маточной беременности составляет более 50% (в среднем 63–66%), снижение или малый прирост бета-ХГЧ (диагностически незначимый - ниже 53%) может свидетельствовать о внематочной беременности);
- жалоб (боли внизу живота и пояснице, возможно с иррадиацией в прямую кишку, преимущественно на фоне нарушений менструального цикла (задержки менструации), скудных кровянистых выделений из половых путей в виде «мазни»);
- анамнестических данных;
- физикального обследования;
- данных ультразвукового исследования органов малого таза (отсутствие плодного яйца в полости матки).

При подозрении на редкие формы эктопической беременности (беременность в области рубца на матке, шейная и брюшная беременности) рекомендовано проведение МРТ органов малого таза.

Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме внематочной беременности. Объем и доступ определяется в зависимости от клинической ситуации и условий выполняемой операции. Проводится хирургическое лечение как нарушенной, так и прогрессирующей трубной беременности при бета-ХГЧ более 3000-5000 МЕ/л.

- Сальпингэктомия или сальпинготомия с удалением плодного яйца производится в зависимости от клинической ситуации, визуальной оценки степени разрушения трубы, состояния контрлатеральной маточной трубы и репродуктивных планов. При наличии здоровой контрлатеральной маточной трубы предпочтительнее выполнять сальпингэктомию.

Консервативная терапия внематочной беременности метотрексатом, утвержденная в зарубежных клинических рекомендациях, не прописана в инструкции к препарату в РФ, в связи с чем может применяться только в стационарах III уровня после проведения врачебной комиссии.

Оперативное лечение редких форм внематочной беременности необходимо проводить в стационарах 3 группы.

- Оперативное лечение шейной беременности возможно как органосохраняющее (гистерорезектоскопического удаления плодного яйца на фоне цитостатической терапии метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой), так и радикальное (гистерэктомия).
- При беременности в рубце на матке могут быть выполнены как органосохраняющая (гистерорезектоскопия, удаление плодного яйца, при выраженных деструктивных изменениях стенки матки в области рубца

показана метропластика, так и органоуносящая операция – гистерэктомия (при незаинтересованности в дальнейших беременностях).

- При яичниковой беременности (в зависимости от локализации и степени деструктивных изменений) рекомендуется резекция яичника и/или оофорэктомия и/или сальпинго-оофорэктомия лапаротомным или лапароскопическим доступами.

Вопрос 11

Вторичный и метастатический рак яичников. Источники метастазирования, диагностика, тактика лечения.

Ответ:

Вторичный рак яичника (цистаденокарцинома яичника) – наиболее часто встречающаяся форма рака; развивается на фоне доброкачественных или пограничных опухолей яичника.

Метастатический рак яичника (опухоль Крукенберга) – метастаз из первичного очага (часто из ЖКТ (желудок!), молочной железы, щитовидной железы или матки), попавший в яичник гематогенным, ретроградно лимфогенным или имплантационными путями. Метастатический рак яичника, как правило, двусторонний процесс.

Стадии рака яичника:

1. Опухоль ограничена 1 яичником
2. Поражены один или оба яичника и процесс распространен на область малого таза
3. Поражены один или оба яичника + метастазы по брюшине за пределами таза или в забрюшинных л/узлах
4. Поражены один или оба яичника + отдаленные метастазы

Диагностика:

- Патогномоничных симптомов нет; клинические проявления многообразны: от бессимптомного течения до картины «острого живота». Возможно увеличение живота в объеме за счет асцита, неспецифические проявления паранеопластического синдрома – интоксикация, кахексия, субфебрильная температура и т.п.

!!! Особое внимание следует уделить пациенткам из группы высокого риска – с частыми воспалительными tuboовариальными заболеваниями, оперированные ранее по поводу доброкачественных образований яичника, с рецидивирующей гиперплазией в постменопаузе и т.п.

- Физикально: при двуручном обследовании могут пальпироваться образования яичников подвижные и неподвижные, плотной консистенции с «шипами», бугристой поверхностью. В брюшной полости – асцит
- ТВ УЗИ ОМТ - двустороннее, неправильной формы, с толстой, неровной капсулой, с множественными папиллярными разрастаниями и перегородками; при доплерографии – определяется кровоток как по периферии, так и в центре образования; свободная жидкость в малом тазу и брюшной полости – асцит
- КТ/МРТ ОМТ с контрастированием
- Онкомаркеры - СА-125, СА-19.9, СА-72.4, РЭА
- Гастроскопия, колоноскопия – для верификации первичной опухоли ЖКТ
- Рентген ОГК – для исключения метастазирования

Вопрос 12

Цитогенетические методы исследования гинекологических больных.

Ответ:

Цитогенетическое обследование проводится генетиками.

Показания:

- задержка полового созревания
- аномалии развития половых органов
- первичная аменорея
- привычное невынашивание
- бесплодие и др.

Чаще всего проводят скрининг-тест – оценивают ядра клеток поверхностного эпителия слизистой щеки, снятого шпателем. А также кариотипирование – анализ числа, формы и размеров хромосом.

Вопрос 13

Анатомия и топография внутренних и наружных половых органов женщины.

Ответ:

Малый таз представляет собой полость цилиндрической формы и имеет верхнее и нижнее отверстия. Верхняя апертура таза представлена пограничной линией. Нижняя апертура таза ограничена сзади копчиком, по бокам - седалищными буграми, спереди - лонным сращением и нижними ветвями лобковых костей. Внутреннюю поверхность таза выстилают пристеночные мышцы: подвздошно-поясничная (*m. iliopsoas*), грушевидная (*m. piriformis*), внутренняя запирательная (*m. obturatorius internus*). Грушевидная мышца выполняет большое седалищное отверстие. Над и под мышцей имеются щелевидные промежутки - над- и подгрушевидные отверстия (*foramina supra - et infrapiriformes*), через которые выходят кровеносные сосуды и нервы: верхняя ягодичная артерия в сопровождении вен и одноименного нерва через надгрушевидное отверстие; нижние ягодичные сосуды, нижний ягодичный, седалищный нервы, задний кожный нерв бедра, внутренние половые сосуды .

Спереди от прямой кишки расположены матка и влагалище. Сзади от прямой кишки лежит крестец. Лимфатические сосуды прямой кишки связаны с лимфатической системой матки и влагалища (в подчревных и крестцовых

лимфатических узлах)

Мочевой пузырь у женщин, как и у мужчин, лежит за лобковым симфизом. Позади мочевого пузыря находятся матка и влагалище. К верхней, покрытой брюшиной, части мочевого пузыря прилежат петли тонкой кишки. По бокам от мочевого пузыря расположены мышцы, поднимающие задний проход. Дно мочевого пузыря лежит на мочеполовой диафрагме

Матка в малом тазу женщин занимает положение между мочевым пузырем и прямой кишкой и наклонена вперед (*anteversio*), при этом тело и шейка матки, разделенные перешейком, образуют угол, открытый кпереди (*anteflexio*). К дну матки прилежат петли тонкой кишки. Брюшина, покрывая матку спереди и сзади, по бокам от матки сходится, образуя широкие связки матки. В основании широкой связки матки расположены маточные артерии. Рядом с ними лежат главные связки матки. В свободном крае широких связок матки лежат маточные трубы. Также к широким связкам матки фиксированы яичники. По бокам широкие связки переходят в брюшину, покрывающую стенки таза. Имеются также круглые связки матки, идущие от угла матки к внутреннему отверстию пахового канала. Кровоснабжается матка двумя маточными артериями из системы внутренних подвздошных артерий, а также яичниковыми артериями - ветвями брюшной аорты.

Маточные трубы залегают между листками широких связок матки по их верхнему краю. В маточной трубе различают интерстициальную часть, расположенную в толще стенки матки, перешеек (суженная часть трубы), которая переходит в расширенный отдел - ампулу. На свободном конце маточная труба имеет воронку с фимбриями, которая примыкает к яичнику.

Яичники с помощью брыжейки связаны с задними листками широкой связки матки. У яичников выделяют маточный и трубный концы. Маточный конец

связан с маткой при помощи собственной связки яичника. Трубный конец прикреплен к боковой стенке таза посредством подвешивающей связки яичника. При этом сами яичники находятся в яичниковых ямках - углублениях в боковой стенке таза. Эти углубления находятся в области деления общих подвздошных артерий на внутренние и наружные. Рядом лежат маточные артерии и мочеточники, что следует учитывать при операциях на придатках матки.

Влагалище расположено в женском тазу между мочевым пузырем и прямой кишкой. Вверху влагалище переходит в шейку матки, а внизу открывается отверстием между малыми половыми губами. Передняя стенка влагалища тесно связана с задней стенкой мочевого пузыря и мочеиспускательным каналом. Поэтому при разрывах влагалища могут образовываться пузырно-влагалищные свищи. Задняя стенка влагалища соприкасается с прямой кишкой. У влагалища выделяют своды - углубления между шейкой матки и стенками влагалища. При этом задний свод граничит с дугласовым пространством, что позволяет производить доступ в прямокишечно-маточное углубление через задний свод влагалища.

Вопрос 14

Факторы, обеспечивающие нормальное положение женских половых органов.

Ответ:

К факторам, обеспечивающим нормальное положение женских половых органов, относится:

- собственный тонус половых органов (который зависит от гормонального фона (снижение уровня эстрогенов может привести к нарушению собственного тонуса), состояния нервной системы и возрастных изменений)

- взаимоотношение внутренних органов (в том числе внутрибрюшное давление)
- состояние тазового дна и связочного аппарата матки

Связочный аппарат матки включает в себя

1. подвешивающий аппарат – обеспечивает срединное положение дна матки и ее наклон кпереди
 - a. круглые связки матки
 - b. широкие связки матки
 - c. собственная связка яичника
 - d. подвешивающая связка яичника
2. фиксирующий аппарат - обеспечивает центральное положение матки, предотвращает ее смещение в стороны
 - a. крестцово-маточные связки
 - b. основные связки
 - c. маточно-пузырные связки
 - d. пузырно-лобковые связки
3. поддерживающий аппарат
 - a. три слоя мышц тазового дна (нижний – наружный сфинктер прямой кишки, луковично-пещеристая, седалищно-пещеристая и поверхностная поперечная мышцы промежности; средний – мочеполовая диафрагма, наружный сфинктер мочеиспускательного канала и глубокая поперечная мышца промежности; верхний слой – парная мышца, поднимающая задний проход)
 - b. пузырно-влагалищная перегородка
 - c. прямокишечно-влагалищная перегородка

Вопрос 15

Рак яичников. Классификация, диагностика, стадии распространения

Ответ:

Рак яичника бывает

1. первичный – первичные опухоли, поражающие яичник; развиваются из покровного эпителия яичника; чаще всего имеют железистое или папиллярное строение (встречается редко)
2. вторичный - (цистаденокарцинома яичника) – наиболее часто встречающаяся форма рака; развивается на фоне доброкачественных или пограничных опухолей яичника
3. метастатический - (опухоль Крукенберга) – метастаз из первичного очага (часто из ЖКТ (желудок!), молочной железы, щитовидной железы или матки), попавший в яичник гематогенным, ретроградно лимфогенным или имплантационными путями. Метастатический рак яичника, как правило, двусторонний процесс.

Диагностика:

- Патогномоничных симптомов нет; клинические проявления многообразны: от бессимптомного течения до картины «острого живота». Возможно увеличение живота в объеме за счет асцита, неспецифические проявления паранеопластического синдрома – интоксикация, кахексия, субфебрильная температура и т.п.

!!! Особое внимание следует уделить пациенткам из группы высокого риска – с частыми воспалительными тубоовариальными заболеваниями, оперированные ранее по поводу доброкачественных образований яичника, с рецидивирующей гиперплазией в постменопаузе и т.п.

- Физикально: при двуручном обследовании могут пальпироваться образования яичников подвижные и неподвижные, плотной консистенции с «шипами», бугристой поверхностью. В брюшной полости – асцит
- ТВ УЗИ ОМТ - двустороннее, неправильной формы, с толстой, неровной капсулой, с множественными папиллярными разрастаниями и перегородками;

при доплерографии – определяется кровоток как по периферии, так и в центре образования; свободная жидкость в малом тазу и брюшной полости – асцит

- КТ/МРТ ОМТ с контрастированием
- Онкомаркеры - СА-125, СА-19.9, СА-72.4, РЭА
- Гастроскопия, колоноскопия – для верификации первичной опухоли ЖКТ
- Рентген ОГК – для исключения метастазирования

Стадии распространения рака яичника:

1. Опухоль ограничена 1 яичником
2. Поражены один или оба яичника и процесс распространен на область малого таза
3. Поражены один или оба яичника + метастазы по брюшине за пределами таза или в забрюшинных л/узлах
4. Поражены один или оба яичника + отдаленные метастазы

Вопрос 16

Герминогенные опухоли яичников. Клиника, диагностика и лечение.

Ответ:

Герминогенные опухоли яичников – редкие формы неэпителиальной опухоли яичников, которые представляют собой гетерогенную группу новообразований, развивающихся из так называемых «зародышевых клеток», то есть клеток, участвующих в формировании половых желез и процессах гаметогенеза.

Клиника: на ранних стадиях болезнь может протекать бессимптомно или с незначительными явлениями дискомфорта. Симптомами заболевания на всех стадиях также могут быть боли в малом тазу, дисменорея. При распространенном процессе заболевание манифестирует неспецифическими симптомами: увеличение живота в объеме, потеря веса, болевой синдром в животе, одышка, общая слабость.

Диагностика: Основным скрининговым методом диагностики является УЗИ органов малого таза, которое позволяет обнаружить опухоль яичника на ранних стадиях, а в сочетании с доплерометрией определить в большинстве случаев характер патологического процесса. МРТ является методом выбора в уточняющей дифференциальной диагностике при неудовлетворительной ультразвуковой визуализации или наличии сомнительного образования (согласно критериям IOTA). КТ используется преимущественно для диагностики отдаленных метастазов и стадирования злокачественных новообразований. Важную роль в диагностике также играют опухолевые маркеры, которые являются уникальной особенностью злокачественных ГОЯ. Определение в сыворотке крови АФП, β -ХГЧ и ЛДГ позволяет уже на этапе обследования предположить гистологический вариант опухоли, правильно определить тактику лечения, провести всесторонний мониторинг в процессе лечения и вовремя выявить рецидив заболевания.

Лечение: односторонняя сальпингоовариоэктомия является рекомендуемым объемом хирургического вмешательства вне зависимости от распространенности процесса у пациентов, желающих сохранить фертильность. У пациентов без репродуктивного потенциала или не желающих сохранить фертильность рекомендуется выполнение экстирпации матки с придатками. Резекция контралатерального яичника выполняется только при макроскопических признаках поражения. Для определения стадии болезни также обязателен забор смывов с париетальной брюшины диафрагмы, латеральных каналов, малого таза для дальнейшего цитологического исследования, производится биопсия подозрительных участков брюшины. Принцип хирургического лечения включает удаление всех видимых метастатических образований без резекции смежных органов. Далее — химиотерапия в зависимости от стадии процесса. Опухоль высокочувствительна к химиотерапии. ХТ целесообразно начинать, при возможности, в кратчайшие сроки, до 10–14 дня.

Вопрос 17

Хирургические методы лечения пролапса гениталий. Операции, выполняемые влагалищным, лапаротомическим и лапароскопическим доступом.

Ответ:

Существует более двухсот способов хирургического лечения пролапса гениталий, в том числе с использованием новых технологий. Показанием к хирургическому лечению является симптоматически выраженный пролапс II-IV степени. Для определения степени опущения гениталий используется система количественной оценки пролапса тазовых органов (POPQ).

Классификация методов хирургического лечения:

Группа 1: Пластические операции, направленные на укрепление тазового дна.

Группа 2: Операции с применением различных модификаций укрепления и укорочения круглых связок матки и фиксации тела матки.

Группа 3: Операции по укреплению фиксирующего аппарата матки и изменению ее положения.

Группа 4: Операции с жесткой фиксацией внутренних половых органов (свода вагины) к стенкам таза.

Группа 5: Операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и фасций таза.

Группа 6: Операции по созданию полной или частичной облитерации влагалища.

Группа 7: Радикальные операции, выполненные различными хирургическими доступами в комбинации с операциями из 4 и 5 групп.

Виды оперативного вмешательства:

- Операции с доступом через переднюю брюшную стенку, направленные на коррекцию неправильного положения матки и укрепление связочного аппарата, в настоящее время не применяют из-за низкой эффективности.
- Влагалищные операции направлены на укрепление тазового дна:

- Передняя и задняя пластика влагалища и леваторопластика показаны при опущении матки и влагалища II-III степени у женщин любого возраста;
- Срединная кольпорафия (операция Лефбра-Нойгебауера) Показания: полное выпадение матки у пожилых женщин, не живущих половой жизнью и не имеющих патологических изменений шейки матки, а также нарушений мочеиспускания и дефекации.
- Влагалищная экстирпация матки. Показания: полное или неполное выпадение матки с выворотом Влагалища у пожилых пациенток.

Одновременно проводят оперативное лечение цистоцеле и/или ректоцеле.

Для женщин детородного возраста:

При опущении и неполном выпадении матки в молодом возрасте у рожавших женщин может быть проведена манчестерская операция, включающая переднюю пластику, ампутацию шейки при ее элонгации, укорочение кардинальных связок матки, кольпоперинеопластику;

При выпадении матки и влагалища у женщин детородного возраста применяют операцию, включающую переднюю пластику, кольпоперинеопластику и укорочение круглых связок матки по методу Дартига Вебстера (основным этапом операции - Является фиксация петель, образованных правой и левой круглыми связками матки, к задней поверхности матки).

Вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия (операция TVM - transvaginal mesh) система полного восстановления поврежденной тазовой фасции с - помощью синтетического протеза. Наиболее универсальна и удобна в применении система восстановления тазового дна Gynecare prolift. В зависимости от локализации дефекта процедура может быть выполнена в виде реконструкции переднего или заднего отделов или полного восстановления тазового дна.

Вопрос 18

Этиология и патогенез воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы септической этиологии.

Ответ:

Этиология. ВЗПО могут возникать под действием механических, термических, химических факторов, но наиболее значим - инфекционный. В зависимости от вида возбудителя ВЗПО делятся на неспецифические и специфические (гонорея, туберкулез, дифтерия). Причиной неспецифических воспалительных заболеваний могут быть стрептококки, стафилококки, энтерококки, грибы *Candida*, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, кишечная палочка, клебсиеллы, протей, вирусы, актиномицеты, трихомонады и др. Наряду с абсолютными патогенами (гонококки, хламидии, трихомонады, *Mycoplasma genitalium*) в возникновении ВЗПО важную роль играют и условно-патогенные микроорганизмы, обитающие на определенных участках половых путей, а также ассоциации микроорганизмов. Патогенные возбудители ВЗПО передаются половым путем, реже - бытовым (в основном у девочек при пользовании общими предметами гигиены). К заболеваниям, передаваемым половым путем, относят гонорею, хламидиоз, трихомониаз, герпетическую и папилломавирусную инфекцию, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), сифилис, аногенитальные бородавки, контагиозный моллюск. Условно-патогенные микроорганизмы становятся возбудителями ВЗПО при определенных условиях, повышающих их вирулентность, с одной стороны, и снижающих иммунобиологические свойства макроорганизма - с другой.

Патогенез. После проникновения инфекции в очаге поражения происходят деструктивные изменения с возникновением воспалительной реакции. Высвобождаются биологически активные медиаторы воспаления, вызывающие расстройства микроциркуляции с экссудацией и одновременно стимуляцию пролиферативных процессов. Наряду с местными проявлениями воспалительной реакции (краснота, припухлость, повышение температуры,

болезненность и нарушение функций) могут возникать общие реакции, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса. Общие проявления воспаления включают лихорадку, реакции кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза, повышенную СОЭ, ускоренный обмен веществ, явления интоксикации организма. Изменяются деятельность нервной, гормональной и сердечно-сосудистой систем, показатели иммунологической реактивности гемостазиограммы, в очаге воспаления нарушается микроциркуляция. Воспаление относится к числу наиболее распространенных патологических процессов. С помощью воспаления обеспечиваются локализация, а затем элиминация инфекционного агента вместе с поврежденной под его воздействием тканью.

Вопрос 19

Пути распространения и факторы риска развития септической инфекции органов репродуктивной системы.

Ответ:

Пути распространения:

1. Интраканаликулярный (восходящий) путь: через канал шейки матки по поверхности эндометрия на маточные трубы и яичники. Самый распространенный тип восходящей инфекции связан со сперматозоидами, которые выступают в качестве «транспортного средства» для большинства бактерий и вирусов. Дальнейшее продвижение бактерий и вирусов по генитальному тракту становится возможным благодаря способности сперматозоидов разжижать слизистую пробку шейки матки, а также иммуносупрессивному действию семенной жидкости, содержащей большое количество простагландинов, играющих важную роль в реализации воспалительной реакции.
2. Гематогенный путь - через систему регионарных и магистральных кровеносных сосудов

3. Лимфогенный путь

4. Контактный путь - при непосредственном контакте воспаленных органов брюшной полости (аппендикулярный отросток, мочевой пузырь, кишечник) с придатками матки. В подобных ситуациях внутренние половые органы вовлекаются в патологический процесс вторично.

Факторы риска:

- молодой возраст (до 25 лет);
- факторы, связанные с сексуальным поведением;
несколько половых партнеров;
смена полового партнера (в пределах последних трех месяцев);
в анамнезе инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) у пациентки или ее партнера;
- акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции;
- введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель

Вопрос 20

Клиническая симптоматика острого воспалительного процесса септической этиологии влагалища и шейки матки.

Ответ:

Кольпит - воспаление влагалища (вагинит). В клинической картине триада симптомов: боли, бели, зуд. Диагноз после осмотра в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отек, может быть эрозивное поражение, язвы (трихомонадная микст-инфекция).

Цервицит - воспаление слизистой цервикального канала. Триада симптомов та же.

Для эндоцервицита характерны ненормальные влагалищные выделения, как

правило, является началом восходящей инфекции. При этом можно наблюдать отек, гиперемия в зоне наружного зева шейки матки.

Общие симптомы (температура, тошнота) являются результатом острого поражения маточных труб, яичников или окружающих тканей (параметрия, брюшины).

Вопрос 21

Клиническая симптоматика острого воспалительного процесса септической этиологии тела матки, маточных труб, яичников

Ответ:

нозологические формы ВЗОМТ

1.Острый сальпингит и оофорит:

2.абсцесс: маточной трубы, яичника, tuboовариальный, оофорит,

3.пиосальпинкс,

4.сальпингит,

5.воспаление придатков матки,

а) Острый параметрит и тазовая флегмона

б) Хронический или неутонченный параметрит и тазовая флегмона.

в) Острый или неутонченный перитонит

К основным симптомам относят

А)боли внизу живота

Б)диспареунию

В) дисменорею

Г)слизисто-гнойные выделения из цервикального канала или из влагалища при сочетании с острым цервицитом

Д) бактериальным вагинозом или эндометритом

Е) аномальные маточные кровотечения (АМК) по типу межменструальных кровянистых выделений, обильных менструаций, посткоитальных

кровотечений, чаще ассоциирующиеся с цервицитом и эндометритом
Ж)лихорадка или озноб, дизурия, рвота.

Вопрос 22

Осложнения воспалительного процесса септической этиологии:

пельвиоперитонит, перфорация гнойных tuboовариальных абсцессов, разлитой перитонит, сепсис.

Ответ:

Пельвиоперитонит – воспаление брюшины малого таза. Пельвиоперитонит – вторичный воспалительный процесс, развивающийся как осложнение воспаления матки и придатков, пиосальпинкса или пиовара.

Причины пельвиоперитонита. Развитию пельвиоперитонита предшествует какой-либо инфекционно-воспалительный процесс в малом тазу. В этом случае пельвиоперитонит является вторичным и служит осложнением аднексита, сальпингита, пиовара, пиосальпинкса, гонореи, метроэндометрита, аппендицита, сигмоидита. Клиническая гинекология различает **вторичный** пельвиоперитонит, обусловленный воспалительными заболеваниями, и **первичный** пельвиоперитонит, развивающийся при проникновении инфекции в полость малого таза.

Классификация. В зависимости от характера экссудата различают:

- 1) Серозно-гнойный пельвиоперитонит – характеризуется развитием спаечного процесса, сравнительно быстрым ограничением воспаления;
- 2) Гнойный пельвиоперитонит – характеризуется скоплением гноя в позадиматочном углублении.

По распространенности: 1.местный перитонит 2.ограниченный перитонит
3.диффузный (тотальный) перитонит

По стадиям (по К. С. Симоняну (1971)): 1.реактивный перитонит

(образование экссудата)

2.токсический перитонит 3.терминальный перитонит (полиорганный
недостаточность)

Клиника:

1) температура 39-40°C;

2) тахикардия;

3) сильные боли внизу живота;

4) тошнота, рвота;

5) боли при мочеиспускании и дефекации;

6) положительные симптомы брюшины;

7) при влагалищном исследовании, которое бывает часто затруднено из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. В малом тазу непосредственно за маткой определяют инфильтрат, выпячивающий задний свод влагалища. Расположение инфильтрата высокое, у тела матки; границы его определённые сверху и с боков, неясные сверху; костей таза он не достигает; уплотняется медленно. Слизистая оболочка свода влагалища при этом свободно смещается.

Диагностика пельвиоперитонита

Анамнез. Анализ периферической крови при пельвиоперитоните выявляет повышенную СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическую анемию. СРБ резко положительный.

При пальпации живота определяется напряжение мышц живота, верхняя граница воспалительного инфильтрата в малом тазу, положительные перитонеальные симптомы. Бимануальное влагалищное исследование сопровождается резкой болезненностью в области матки и придатков; из-за выпота - выпячивание заднего свода влагалища, смещение матки вперёд и вверх.

УЗИ **влагалищным** датчиком позволяет уточнить распространенность воспаления, выявить наличие выпота в малом тазу. Для исключения острой патологии в брюшной полости выполняется **обзорная рентгенография**. С целью идентификации микробных агентов проводится **бактериологическое исследование отделяемого влагалища и шеечного канала, ИФА-диагностика**. Однако, поскольку микрофлора влагалища может не отражать процессы, развивающиеся в малом тазу, при **пельвиоперитоните** оправдано проведение **диагностической лапароскопии** или пункции через задний свод влагалища для забора экссудата.

Медикаментозное лечение

Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (гентамицин, оксациллин, амоксиклав, цефалоспорины, метронидазол и др.).

Дезинтоксикационная терапия (Полидез, Реополиглюкин, белковые препараты и др.).

Тубоовариальный абсцесс — острое гнойное инфекционно-воспалительное заболевание придатков матки, при котором происходит их расплавление с формированием осумкованного образования.

Перфорация тубоовариального абсцесса чаще всего возникает на фоне недостаточного лечения и приводит к развитию перитонита

Перитонит – острое воспаление брюшины сопровождающееся общими симптомами с прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов и систем и последующим развитием полиорганной недостаточности

По одной из классификаций перитонит разделяется по распространенности

1) Местный

А) Местный отграниченный перитонит

Б) Местный неотграниченный перитонит – перитонит развившийся в 1 анатомической области

2) Распространенный

А) Диффузный – 1 или 2 этажа брюшной полости

Б) Разлитой - 2 и более этажа брюшины

Причины разлитого перитонита

Существует несколько механизмов проникновения микроорганизмов в брюшную полость: 1) нарушение целостности полого органа (перфорация, травма)

2) переход воспалительного процесса с других органов на брюшину (гнойный аппендицит, холецистит, гнойный панкреатит, гинекологические заболевания)

3) прорыв гнойников внутренних органов, забрюшинных и межкишечных абсцессов в брюшную полость

4) гематогенный путь и миграция возбудителя по лимфатическим сосудам.

Бактериальный перитонит может быть вызван как неспецифической микрофлорой, паразитирующей в пищеварительной трубке, так и специфическими возбудителями. К неспецифической микрофлоре относят разнообразные кокки, кишечную палочку, протей, клебсиеллу, кампилобактер и цитробактер, различные типы синегнойной палочки, лактобациллы, клостридии. Специфический генез разлитого перитонита может быть обусловлен микобактериями туберкулеза, гонококками и др.

Сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую).

Характеризуется

- 1) Лихорадка >38 градусов Цельсия
- 2) ЧСС больше 90 или меньше 20 уд/ мин
- 3) Лейкоцитоз крови со сдвигом влево
- 4) Наличие очага инфекции

Этиология зависит от источника инфицирования

Матка	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , <i>Anaerobes</i> , <i>Staphylococcus spp.</i>
-------	---

Источник инфицирования	Наиболее вероятные возбудители
Влагалищный	<i>Peptostreptococcus spp</i> , <i>Bacteroides bivus</i> , <i>Cmpenмококки группы B</i> , <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>S. aureus</i>
Интестинальный	<i>E. coli</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , <i>Enterobacter spp</i> , <i>Clostridium spp.</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Candida spp.</i>
Сексуальнотрансмиссивный	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i>
Гематогенный	<i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Campylobacter spp.</i> , <i>Cmpenмококки группы A</i>

Вопрос 23

Диагностика и дифференциальная диагноз воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы септической этиологии.

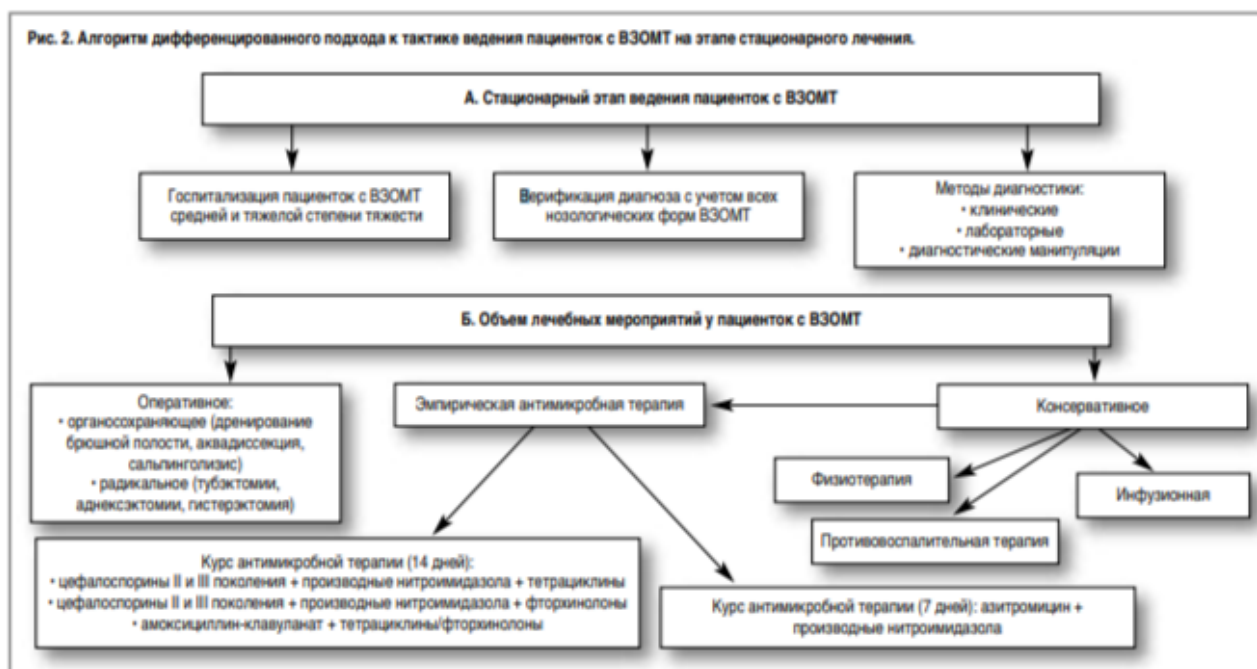
Ответ:

Таблица 5. Перечень клинко-диагностических мероприятий для верификации диагноза ВЗОМТ				
Характер жалоб и данные анамнеза	Общий осмотр	Гинекологический осмотр	Лабораторные и морфологические методы	Диагностические методы
Боли: • внизу живота • в поясничной области • с иррадиацией во влагалище, задний проход, нижние конечности	Состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек	Осмотр наружных половых органов	Клинические анализы: • общий анализ крови • общий анализ мочи	УЗИ органов малого таза
Выделения из влагалища: • обильные • гнойные • водянистые • кровянистые • сукровичные	Пульс, артериальное давление, температура	Осмотр шейки матки в зеркалах	Биохимические анализы: • общий белок крови • С-реактивный белок • билирубин • мочевины • сахар крови	Диагностическая лапароскопия
Нарушение менструального цикла	Пальпация живота	Тракция шейки матки	Диагностика инфекционных заболеваний и верификация возбудителя: • антитела к ВИЧ • антитела к гепатиту В и С • антитела суммарных классов к бледной трепонеме • микроскопия влагалищного мазка • посев различных видов биоматериала на гонококк • культуральные исследования для определения микрофлоры и чувствительности к антибиотикам • ПЦР для определения возбудителей ИППП • иммуноферментный анализ для определения антител к возбудителям ИППП	Пункция заднего свода
Озноб	Наличие симптомов раздражения брюшины	Бимануальное исследование	Определение отдельных параметров гемостаза	
Длительность заболевания	Пальпация регионарных лимфоузлов	Ректальное исследование	Результаты морфологического исследования	Активаци

Вопрос 24

Тактика ведения и методы лечения воспалительных заболеваний гениталий септической этиологии.

Ответ:



Вопрос 25

Органосберегающее лечение при воспалительных заболеваниях органов малого таза у молодых женщин репродуктивного периода.

Ответ:

Предпочтительным доступом в данном случае является лапароскопический, а также инвазивная минископия – производится дренирование абсцессов с промыванием растворами антисептиков и введением склерозирующих препаратов (70% спирта) на фоне инфузионной, антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Вопрос 26

Пути заражения и распространения специфической инфекции. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний гениталий специфической этиологии. Общие понятия о бактериальном вагинозе и генитальном кандидозе. Особенности поражения гениталий вирусными инфекциями (ВПГ, ВПЧ).

Ответ:

Специфические инфекции - инфекции, передающиеся половым путём. У них относятся гонококк (гонорея), трихомонада (трихомониаз), хламидия (хламидиоз) и другие. Также специфические инфекции могут передаваться вертикальным путём (от матери к ребёнку). Некоторые последствия ИППП увеличивают риск заражения другими инфекциями (например, ВИЧ-инфекцией). Микроорганизмы, попадающие во влагалище, могут инфицировать другие репродуктивные органы: из влагалища в шейку матки - матку - маточные трубы - бесплодие или повышенный риск развития внематочной (эктопической) беременности - инфекция может распространиться в оболочку, которая покрывает брюшную полость (брюшину), вызывая перитонит.

Бактериальный вагиноз — заболевание, вызванное ассоциацией микроорганизмов, характеризующееся обильными и продолжительными выделениями из влагалища, нередко с неприятным запахом (гнилой рыбы). В отличие от вагинита, при БВ нет признаков воспаления слизистой оболочки влагалища. БВ не передается половым путем. Однако установлено, что число половых партнеров — более значительный фактор для развития БВ, чем число половых контактов. Под воздействием как экзогенных, так и эндогенных факторов, на фоне резкого снижения или полного исчезновения *Lactobacillus spp.*, продуцирующих перекись водорода, общая обсемененность влагалища возрастает за счет увеличения, главным образом, доли строгих неспорообразующих анаэробов.

Эндогенные факторы: гормональные изменения, нарушения в системе местного иммунитета, изменение влагалищного биотопа, гипотрофия/атрофия слизистой влагалища, изменения ЖКТ.

Экзогенные факторы: лечение АБ, нарушение гигиены половых органов, спринцевание, инородные тела во влагалище, деформации при разрывах в родах, хирургические вмешательства.

Патогенез БВ отличен от истинных воспалительных процессов и это

заболевание имеет дисбиотическую природу. Признаки воспаления слизистой оболочки влагалища (диффузная или очаговая гиперемия, точечные кровоизлияния, отечность и инфильтрация) при БВ отсутствуют.

Генитальный кандидоз - заболевание половых органов, вызванное грибами рода *Candida*. Грибы чаще всего поражают слизистые оболочки влагалища, уретры, кожу перианальной области, вульвы. Урогенитальный кандидоз протекает в форме вульвовагинита. Кандидозный вульвовагинит половым путем не передается, несмотря на выделение у партнеров идентичных штаммов грибов. Заболевание часто связано с нарушениями микрофлоры влагалища, которые возникают из-за таких факторов риска как: ношение синтетического белья; применение гигиенических прокладок; СД; беременность; лечение АБ широкого спектра действия; лечение ГКС;

Важную роль в возникновении ВВК играет ослабление иммунной защиты.

Генитальный герпес - хроническое рецидивирующее заболевание, передаваемое преимущественно половым путём, вызываемое вирусом простого герпеса II и/или I типа

- Наиболее частое эрозивно-язвенное поражение гениталий
- Возможно поражение перианальных кожных покровов и прямой кишки

Если никогда не было клинических признаков ГГ - заболевание начинается с гриппоподобного состояния, озноба, повышения температуры тела. На слизистых оболочках половых органов и/или прилежащих участках кожи на эритематозном фоне появляются зудящие, болезненные сгруппированные везикулярные элементы (8–10 и более), которые в дальнейшем превращаются в пустулы, вскрывающиеся с образованием язв. Первый клинический эпизод при существующей герпетической инфекции протекает с менее яркой клинической картиной.

Папилломавирусная инфекция половых органов - полиморфная многоочаговая патология кожи и слизистых оболочек нижнего отдела полового тракта, ассоциированная с инфекцией вирусом папилломы человека (ВПЧ). Чаще всего вызывает появление остроконечных кондилом. ВПЧ передается при

непосредственном контакте кожных покровов и/или слизистых оболочек через микроразрывы. Чаще это происходит при половом контакте. Клиническая картина обусловлена типом вируса и состоянием иммунитета. Экзофитные кондиломы могут быть бессимптомными или сопровождаться зудом, белями, болезненностью.

Вопрос 27

Классификация гонореи. Клиническая картина, особенности течения гонореи, хламидиоза, трихомоноза, вирусной инфекции.

Ответ:

Гонорея — инфекционное заболевание, вызываемое гонококком (*Neisseria gonorrhoeae*), с преимущественным поражением мочеполовых органов.

Заболевание относят к группе венерических.

Классификация:

- Гонорея нижних отделов мочеполовых путей без осложнений.
- Гонорея нижних отделов мочеполовых путей с осложнениями.
- Гонорея верхних отделов мочеполовых путей и органов малого таза.
- Гонорея других органов.

Клиническая картина: дизурию, зуд и жжение во влагалище, гнойные творожистые выделения из цервикального канала, гиперемию и отечность устья уретры и наружного зева шейки матки. Гонорея нижнего отдела мочеполовых путей часто протекает бессимптомно. При гонорее верхних отделов мочеполовых путей нарушается общее состояние, повышается температура тела до 39 °С, беспокоят боли внизу живота, тошнота, иногда рвота, озноб, жидкий стул, учащенное и болезненное мочеиспускание, может нарушиться менструальный цикл.

Урогенитальный хламидиоз (УГХ) — высококонтагиозная ИППП.

По течению заболевания различают:

- свежий УГХ (неосложненный хламидиоз нижних отделов

мочеполового тракта);

- хронический УГХ (длительно текущий, рецидивирующий, персистирующий хламидиоз верхних отделов мочеполового тракта, включая органы малого таза).

Клиническую картину определяют вирулентность хламидий, длительность их персистенции, локализация поражения и состояние иммунной системы.

Клинические формы восходящей хламидийной инфекции:

- сальпингит и сальпингоофорит (чаще течением без склонности к ухудшению);

подострые, со стертым длительным

- эндометрит (редко острый, чаще хронический);
- бесплодие (иногда это единственная жалоба пациентки).

Трихомоноз — специфическое воспалительное заболевание мочеполового тракта. Острый трихомоноз протекает с ухудшением общего состояния, обильными выделениями из влагалища с неприятным запахом, сильным зудом наружных половых органов, может сопровождаться учащенным и болезненным мочеиспусканием, иногда болями внизу живота.

Инкубационный период составляет обычно 5–15 дней.

Генитальный герпес - хроническое рецидивирующее заболевание, передаваемое преимущественно половым путём, вызываемое вирусом простого герпеса II и/или I типа

- Наиболее частое эрозивно-язвенное поражение гениталий
- Возможно поражение перианальных кожных покровов и прямой кишки

Если никогда не было клинических признаков ГГ - заболевание начинается с гриппоподобного состояния, озноба, повышения температуры тела. На слизистых оболочках половых органов и/или прилежащих участках кожи на эритематозном фоне появляются зудящие, болезненные сгруппированные везикулярные элементы (8–10 и более), которые в дальнейшем превращаются в пустулы, вскрывающиеся с образованием язв. Первый клинический эпизод при существующей герпетической инфекции протекает с менее яркой

клинической картиной.

Папилломавирусная инфекция половых органов - полиморфная многоочаговая патология кожи и слизистых оболочек нижнего отдела полового тракта, ассоциированная с инфекцией вирусом папилломы человека (ВПЧ). Чаще всего вызывает появление остроконечных кондилом. Клиническая картина обусловлена типом вируса и состоянием иммунитета. Экзофитные кондиломы могут быть бессимптомными или сопровождаться зудом, белями, болезненностью.

Вопрос 28

Методы лабораторной диагностики специфических половых инфекций.

Ответ:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- микроскопические исследования окрашенных или нативных препаратов;
- культуральное исследование (бактериологический посев);
- цитоскопические методы;
- иммунофлюоресцентное исследование;
- иммуноферментный анализ;
- иммунопероксидазные методы;
- латексагглютинация;
- РАРD-анализ;
- специфические тесты (антикардиолипидный тест или сифилис RPR, VDRL или МРП - нетрепонемные тесты);
- молекулярно-биологические методы.

Молекулярно-биологические методы являются наиболее чувствительными диагностическими методами выявления ИППП. К таким методам относятся: ПЦР - диагностика (полимеразная цепная реакция).

Вопрос 29

Дифференциальная диагностика

острых воспалительных заболеваний септической этиологии с острыми заболеваниями брюшной полости.

Ответ:

Анамнез

В анамнезе обращают внимание на экстрагенитальные (аппендицит, холецистит, перигепатит, тонзиллит и т.п.) и генитальные (вульвит) очаги инфекции. При аппендиците будет преобладать расстройство пищеварительного тракта (тошнота, рвота, диарея)

Физикальное обследование

При бимануальном ректоабдоминальном исследовании придатки матки болезненны, незначительно увеличены. При формировании tuboовариальной опухоли воспалительного генеза определяется образование в области придатков матки, которое может достигать больших размеров.

Лабораторные исследования

При подозрении на ВЗОМТ проводят клиническое исследование крови, микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого из половых путей, уретры. Также проводят исследование методом ПЦР на наличие хламидийной и гонококковой инфекций.

Данные при лапароскопии: изменени ОМТ - поверхность матки гиперемирована, сосудистый рисунок усилен, брюшина гладкая, блестящая. Маточные трубы утолщены, поверхность гиперемирована, сосудистый рисунок усилен. При сальпингите из просвета труб выделяется серозная или гнойная жидкость. При сальпингооофорите - граница между тканью трубы и яичника прослеживается с трудом, возможно наличие спаек с маткой, кишечником, брюшиной.

Вопрос 30

Генитальный туберкулёз. Клиника и особенности течения, методы диагностики, патоморфологические изменения в очаге туберкулеза, дифференциальная диагностика, комплексная терапия генитального туберкулеза, исходы туберкулёзного поражения гениталий.

Ответ:

Генитальный туберкулёз- инфекционное заболевание, вызываемое *Mycobacterium tuberculosis*. Генитальный туберкулез, как правило, развивается вторично вследствие миграции микобактерий из первичного очага поражения (чаще из легких, реже из кишечника). Генитальный туберкулез протекает, как правило, со стертой клинической картиной. Бесплодие — основной, а иногда и единственный симптом заболевания. Более чем у половины пациенток отмечают нарушения менструальной функции, обусловленные поражением паренхимы яичника, эндометрия, а также туберкулезной интоксикацией: аменорею (первичную и вторичную), олигоменорею, нерегулярные менструации, альгоменорею, реже — меноррагии и метроррагии. Хроническое течение заболевание сопровождается субфебрильной температурой и тянущими, ноющими болями внизу живота. Признаки туберкулезной интоксикации (слабость, периодическая лихорадка, ночные поты, снижение аппетита, похудание) связаны с развитием экссудативных или казеозных изменений внутренних половых органов.

Диагностика: в анамнезе обращают внимание на возможный контакт пациентки с больным туберкулезом, перенесенные в прошлом пневмонию, плеврит, бронхоаденит, наблюдение в противотуберкулезном диспансере, экстрагенитальные очаги туберкулеза в организме, а также на возникновение воспалительного процесса в придатках матки у молодых пациенток, не живших половой жизнью, особенно в сочетании с аменореей, длительным субфебрилитетом. Для уточнения диагноза используют туберкулиновые пробы (проба Коха). Микробиологическими методами исследуют выделения из

половых путей, менструальную кровь, соскобы эндометрия или смывы из полости матки, содержимое воспалительных очагов и т.д. Посев материала производят на специальные искусственные питательные среды не менее 3 раз, но высеваются микобактерии редко. К современным методам диагностики относят ПЦР. Лапароскопия позволяет обнаружить спаечный процесс, туберкулезные бугорки на висцеральной брюшине, покрывающей матку и трубы, казеозные очаги в сочетании с воспалительными изменениями придатков. При гистологическом исследовании тканей, полученных при биопсии, раздельном диагностическом выскабливании (лучше проводить за 2–3 дня до менструации), обнаруживают признаки туберкулезного поражения — периваскулярные инфильтраты, туберкулезные бугорки с признаками фиброза или казеозного распада. Применяют также цитологический метод исследования аспирата из полости матки, мазков с шейки матки, при котором обнаруживают специфические для туберкулеза гигантские клетки Лангханса. Дифференциальную диагностику проводят с воспалительными изменениями половых органов нетуберкулезной этиологии, а при развитии острого процесса — с заболеваниями, сопровождающимися клинической картиной острого живота.

Терапия:

Медикаментозная - химиотерапия с использованием не менее трех препаратов. Лечение подбирают индивидуально с учетом формы заболевания, переносимости препарата, возможного развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Препараты 1 ряда - рифампицин, стрептомицин, пипразинамид. В комплекс лечения включают антиоксиданты (витамин Е, натрия тиосульфат), иммуномодуляторы (интерлейкин-2, метилурацил), витамины группы В, аскорбиновую кислоту.

В некоторых ситуациях назначают симптоматическое лечение (антипиретики, анальгетики и др.), проводят коррекцию нарушений менструальной функции.

Хирургическое лечение : по строгим показаниям: тубоовариальные воспалительные образования, неэффективность консервативного лечения при

активном туберкулезном процессе, образование свищей, нарушения функций тазовых органов, связанные с выраженными рубцовыми изменениями.

Поскольку операция не приводит к излечению (элиминации возбудителя), после операции продолжают химиотерапию.

Исходы: клиническое и анатомическое излечение, рецидивы генитального туберкулеза, развитие рубцовых деформаций, прогрессирование процесса с формированием свищей, спаечной болезни.

Вопрос 31

Современные представления о регуляции менструального цикла. Этиология и патогенез нарушений менструального цикла. Клиническое значение гормональных исследований в гинекологии.

Ответ:

Первый уровень-экстрагипоталамические структуры головного мозга-воспринимающие импульсы из внешней среды и интерорецепторов и передающие их с участием нейротрансмиттеров в нейросекреторные ядра гипоталамуса

Второй уровень — гипофизотропная зона гипоталамуса. Она состоит из скопления нейронов, образующих аркуатные ядра. Нервные клетки этих ядер обладают нейросекреторной активностью — продуцируют гипофизотропные гормоны (либерины). Гонадолиберин способен стимулировать выделение ЛГ и ФСГ передней долей гипофиза.

Третий уровень — аденогипофиз, в которой синтезируются ЛГ, ФСГ, пролактин.

Четвертый уровень — яичники. Первая фаза связана с ростом и развитием фолликула и носит название фолликулярной. Рост и созревание овариальных фолликулов и синтез эстрадиола обусловлены синергичным действием ФСГ и ЛГ. Увеличение уровня эстрогенов стимулирует выброс ЛГ и овуляцию. После овуляции в полость фолликула быстро вырастают капилляры; гра- нулезные

клетки подвергаются лютеинизации — начинается лютеиновая фаза яичникового цикла.

Пятый уровень— ткани-мишени. В клетках этих тканей и органов содержатся рецепторы к половым гормонам.

Нарушения МЦ:

1. Аменорея.

Первичная аменорея - отсутствие менструаций в 15 лет (при условии развития вторичных половых признаков) или через 3 года после телархе, а также отсутствие развития вторичных половых признаков и менструаций к возрасту 13 лет.

Вторичная аменорея - отсутствие менструаций в течение 6 месяцев при ранее нерегулярном менструальном цикле, отсутствие менструаций в течение 3 месяцев при ранее регулярном менструальном цикле.

2. Олигоменорея — частота менструаций менее 9 в год.

Этиология и патогенез: Физиологическая аменорея включает беременность, естественную менопаузу, грудное вскармливание.

Первичная аменорея, связанная с нарушением функции гипоталамуса, наиболее часто проявляется первичным гипогонадотропным гипогонадизмом, в основном обусловленным мутациями генов, отвечающих за секрецию гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) и чувствительность к нему.

Причина вторичной аменореи, дисфункция гипоталамуса. Прекращение менструаций на фоне стресса, чрезмерных физических нагрузок или снижения массы тела. В патогенезе важную роль играет лептин, являющийся регулятором секреции ГнРГ и снижающийся при хроническом энергетическом дефиците.

К редким формам гипоталамической аменореи относят опухоли гипоталамической области или инфекционные поражения гипоталамуса вследствие туберкулеза, сифилиса, энцефалита или менингита.

Олигоменорея, особенно с менархе, наиболее часто является характерным признаком СПКЯ. Нарушение секреции и действия гонадотропинов,

андрогенов, инсулина.

Олигоменорея может являться следствием функциональных кист яичников, в результате поддерживается постоянный уровень эстрадиола или прогестерона, что препятствует циклическим колебаниям половых гормонов и нарушает отторжение эндометрия.

Маточные формы аменореи, связанные с отсутствием матки, представлены 2-мя формами: синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера и синдром полной нечувствительности к андрогенам.

Гормональные исследования:

При первичной аменорее снижение ЛГ или ФСГ менее 3,0 МЕ/л в большей степени может свидетельствовать о первичном гипогонадотропном гипогонадизме.

При гипергонадотропном состоянии (ФСГ более 25,0 МЕ/л) необходимо проводить дифференциальную диагностику между различными формами дисгенезии гонад.

В случае вторичной аменореи снижение уровня гонадотропинов (ЛГ менее 3,0 МЕ/л) указывает на нарушения гипоталамо-гипофизарной системы.

Повышение уровня ФСГ (более 25,0 МЕ/л) при двукратном определении с интервалом в 4-6 недель свидетельствуют о снижении или отсутствии овариального резерва и указывают о наличии ПНЯ.

Повышение уровня тестостерона является наиболее информативным показателем для диагностики СПКЯ.

У пациенток с первичной аменореей, обусловленной отсутствием матки, повышение уровня тестостерона до значений, соответствующих нормальному уровню тестостерона у мужчин, свидетельствует о синдроме нечувствительности к андрогенам.

Концентрация АМГ в сыворотке является показателем овариального резерва, увеличение его уровня может быть информативным показателем у женщин с СПКЯ.

Вопрос 32

Определение понятия «дисфункциональное маточное кровотечение» (ДМК).

Ответ:

АМК—кровотечения чрезмерные по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/ или частоте (менее 24 дней).

Обильное маточное кровотечение (ОМК) - чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины.

Острое АМК – эпизод кровотечения, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери.

Хроническое АМК – кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, повторяющееся более 3 месяцев.

Вопрос 33

Основные причины и патогенез ДМК в различные возрастные периоды жизни женщины. Классификация ДМК в возрастном аспекте.

Ответ:

Причинами ОМК может быть, как органическая патология, так и неорганическая.

Классификационная система FIGO причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста.

Межменструальные кровотечения на фоне регулярного цикла более характерны для полипов эндометрия, хронического эндометрита, овуляторной дисфункции.

Нерегулярные, непрогнозируемые длительные и/ или обильные кровянистые выделения, чаще возникающие после задержек менструаций, более характерны для гиперплазии и рака эндометрия.

Коагулопатия: болезнь или синдром Виллебранда, тромбоцитопатии (болезни

Гланцмана и Бернара-Сулье), тромбоцитопении, в том числе идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) и болезнь Гоше; реже — острая лейкемия.

Овуляторная дисфункция: вследствие дефицита прогестерона и избыточной секреции эстрогенов. Эти формы АМК могут встречаться в подростковом возрасте, перименопаузе, при лактации, состояниях, сопровождающихся гиперандрогенией (синдром поликистозных яичников, врожденная дисфункция коры надпочечников или андроген-продуцирующие опухоли), гипоталамической дисфункции, высоком уровне пролактина, тиреоидной патологии, преждевременной недостаточности яичников, ятрогенных причинах (воздействие радиации или химиотерапия).

Нарушения функции эндометрия: возникает, на фоне регулярного ритма менструаций, в результате активации ангиогенеза, повышения продукции провоспалительных цитокинов, увеличения локального фибринолиза и дисбаланса простагландинов.

Ятрогенная категория: использование прогестагенов/КОК в непрерывном режиме или внутриматочной системы, что может влиять на эндометрий, процессы коагуляции и овуляцию, лечение антибиотиками рифампицином и гризеофульвином, антидепрессантами, тамоксифеном, кортикостероидами, прием антикоагулянтов.

Не относятся ни к одной из категорий АМК: артериовенозные мальформации, гипертрофия миометрия, ниша после кесарева сечения, а также другие нарушения состояния эндометрия, которые в настоящее время нельзя установить с помощью стандартных методов диагностики .

Классификация ДМК в возрастном аспекте.

- 1).ювенильного (12-18 лет).
- 2)репродуктивного (18-45 лет)
- 3)климактерического (45-55 лет) возрастных периодов.

Вопрос 34

Клиническая картина дисфункционального маточного кровотечения по типу атрезии фолликулов и персистенции фолликулов. Инструментальные методы диагностики, используемые при ДМК. Дифференциальная диагностика ДМК в различные возрастные периоды жизни женщины.

Ответ:

Атрезия фолликула — обратное развитие фолликула вместо того, чтобы совершился процесс овуляции (выход зрелого ооцита), характеризуется длительными периодами аменореи, менструальноподобные кровотечения появляются 2-3 раза в год. Кровотечения длительные, но не обильные. Как и при других формах ановуляторного цикла, при атрезии фолликула наблюдается бесплодие.

Персистенция фолликула - означает, что фолликул созрел, но овуляция в нем не состоялась. Основным проявлением расстройства являются ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения. Метроррагии неритмичны. Межменструальный промежуток превышает 35 дней, нередко достигает 6-8 недель и больше. В крайних случаях менструальноподобные кровотечения возникают 2-4 раза в год.

Инструментальные методы диагностики:

УЗИ позволяет диагностировать полипы эндометрия, аденомиоз, миому матки, аномалии развития матки, диффузное утолщение эндометрия, связанное с гиперплазией и злокачественными новообразованиями, гормонопродуцирующие опухоли и образования в яичниках. Не рекомендуется применять соногистерографию и доплерометрию, как первую линию диагностики при АМК.

МРТ малого таза не является информативным методом диагностики патологии эндометрия у пациенток с АМК.

Биопсию эндометрия необходимо проводить у женщин с АМК старше 40 лет, а

также у более молодых женщин с факторами риска рака эндометрия или при неэффективности медикаментозной терапии. При подозрении на очаговую патологию (полип эндометрия, миома матки) биопсию следует проводить под гистероскопическим контролем.

Рекомендуется проведение гистероскопии и диагностического выскабливания полости матки при АМК и указании на внутриматочную патологию по данным УЗИ.

Дифференциальная диагностика.

1. Ювенильные кровотечения— у девочек пубертатного возраста. Чаще всего в первые 2 года после менархе, но иногда уже с менархе; возникает после задержки менструации на различный срок, продолжается до 7 дней и более, различные по интенсивности, всегда безболезненны, довольно быстро приводит к анемизации даже при небольшой кровопотере и вторичным нарушениям свертывающей системы крови (тромбоцитопении, замедлению свертывания, снижению протромбинового индекса, замедлению реакции кровяного сгустка). До конца пубертатного периода характерны овуляторные кровотечения в виде гиперполименореи за счет недостаточной продукции ЛГ гипофизом и неполноценной развития желтого тела.

2. В репродуктивном периоде. Причины: аборты, болезни эндокринных желез (Иценко-Кушинга, послеродовое ожирение), нейро-эндокринные заболевания, инфекции, интоксикации, эмоционально-психические стрессы, прием лекарственных препаратов (нейролептиков).

3. В климактерическом периоде. Нарушается циклический выброс гонадотропинов, процессы созревания фолликулов и их гормональная функция, происходят нарушения по типу персистенции фолликула.

Вопрос 35

Принципы терапии дисфункционального маточного кровотечения в период полового созревания, репродуктивном и пременопаузальном периодах. Виды гормонального гемостаза.

Ответ:

Консервативное лечение:

В качестве первой линии негормональной терапии транексамовая кислота для снижения объема кровопотери. (в дозе 3г/сут (в тяжелых случаях до 4г\сутки) в течение 4 дней.

НПВС снижают уровень простагландинов путем ингибирования циклооксигеназы, что способствует сужению сосудов. Лечение начинают с 1 дня менструации или за несколько дней до, продолжают до остановки кровотечения.

Препараты железа у пациенток.

Левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы (ВМС-ЛНГ)– наиболее эффективное лекарственное средство для уменьшения менструальной кровопотери.

Назначение комбинированных оральных контрацептивов. Монофазные КОК снижают объем менструальной кровопотери на 40-50%, тогда как КОК, в состав которого входит эстрадиола валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования – до 88%. В качестве альтернативы КОК—прогестагены в пролонгированном циклическом режиме. Эффективность 21-дневной схемы приема прогестагенов сопоставимо с приемом КОК.

Хирургическое лечение:

Возможно применения абляции эндометрия у пациенток, завершивших репродуктивную функцию, при отсутствии органической патологии эндо- и миометрия. При неэффективности или невозможности использования других методов применение эмболизации маточных артерий (при отсутствии противопоказаний). Окончательный способ-гистерэктомия.

Для проведения гормонального гемостаза в случаях острых АМК—используют монофазные КОК.

КОК применяют в дозе не более 100 мг/сут до остановки АМК по 1 таблетке с равными интервалами, с последующим снижением дозы до 1 таб/сут,

продолжительность терапии 21 день от начала лечения. После остановки АМК рекомендовано продолжить прием КОК по контрацептивной схеме в течение последующих нескольких месяцев.

Использование агонистов гонадотропин-рилизинг гормона у пациенток с АМК при неэффективности других медикаментозных препаратов и/или при наличии сочетанной патологии (миома матки, эндометриоз и др.). (эффективно снижают менструальную кровопотерю, обратимо блокируют стероидогенез и вызывают атрофию эндометрия).

Вопрос 36

Аменорея. Классификации аменореи (первичная, вторичная; по уровню гонадотропинов; по уровню поражения в системе регуляции репродуктивной функции женщины).

Ответ:

Аменорея:

1. Первичная (к 14 годам – нет никаких признаков полового созревания/отсутствие менархе до 16 лет даже при наличии признаков полового созревания)

2. Вторичная

Основные причины:

- Необратимая недостаточность яичников: хромосомные аномалии (синдром Шерешевского-Тёрнера), дисгенезия/агенезия, ЗНО, леченные в детстве.
- Причины, связанные с функцией гипофиза (половое созревание при это часто не наступает): опухоли гипофиза (чаще всего пролактинома), лекарственные препараты, вызывающие гиперпролактинемию, гипофункция гипофиза.
- Причины, связанные с функцией гипоталамуса: конституциональная задержка, нарушения пищевого поведения, чрезмерная физическая нагрузка, синдром Каллмана, опухоли и их лечение

- Анатомические нарушения: атрезия девственной плевы (гематокольпос), поперечная перегородка во влагалище, отсутствие шейки матки, агенезия матки (синдром Рокитанского-Майера-Кюстнера)
- Синдром нечувствительности к андрогенам (короткое влагалище, отсутствие внутренних половых органов при нормальном генотипе и кариотипе)
- Системные заболевания: гипотиреоз, целиакия (нелеченная), синдром Кушинга, надпочечниковая гиперандрогения, ожирение
- Психогенная «аменорея военного времени»
- Беременность

Вопрос 37

Аменорея, обусловленная функциональными нарушениями гипоталамо-гипофизарной системы: психогенная; аменорея на фоне потери массы тела. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Ответ:

Причины:

- Причины, связанные с функцией гипофиза (половое созревание при это часто не наступает): опухоли гипофиза (чаще всего пролактинома), лекарственные препараты, вызывающие гиперпролактинемию, гипофункция гипофиза.
- Причины, связанные с функцией гипоталамуса: конституциональная задержка, нарушения пищевого поведения, чрезмерная физическая нагрузка, синдром Каллмана, опухоли и их лечение
- Психогенная «аменорея военного времени»

Критерий вторичной аменореи: отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более.

Диагностика: антропометрические исследования, б/х анализ крови на уровень ФСГ, ЛГ, АМГ, ЛТГ, эстрадиол, прогестерон, уровень в-ХГЧ, тест с нагрузкой прогестагеном ; УЗИ ОМТ с фолликулометрией, консультация врача-психиатра,

Лечение:

При психогенной аменорее – психотерапия (поведенческая и фармакотерапия при необходимости).

Аменорея на фоне потери массы тела: расчет ИМТ, алиментарная коррекция до нормальных значений, РПП? – консультация психиатра.

Аменорея на фоне нарушения гипоталамо-гипофизарной системы: ЗГТ (эстрадиол+гестагены), аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона, каберголин (при гиперпролактинемии), хирургическое удаление пролактиномы (при выявлении)

Вопрос 38

Опухоли стромы полового тяжа. Клиника, диагностика, лечение.

Ответ:

Опухоли стромы и полового тяжа – составляют гетерогенную группу опухолей и различаются по их способности продуцировать стероидные гормоны.

Гранулезоклеточная опухоль яичника – это гормонально-активный тип опухоли яичников, происходящий из гранулярных клеток стромы.

Клиника: На ранних стадиях болезнь может протекать бессимптомно или с незначительными явлениями дискомфорта. Симптомами заболевания на всех стадиях также могут быть боли в малом тазу, дисменорея. При распространенном процессе заболевание манифестирует неспецифическими симптомами: увеличение живота в объеме, потеря веса, болевой синдром в животе, одышка, общая слабость. В некоторых случаях – симптоматика, связанная с нехарактерной гормональной активностью.

Диагностика: сбор анамнеза, физикальный осмотр, бимануальное гинекологическое исследование.

Лабораторные исследования: ОАК, б/х анализ крови, ОАМ, коагулограмма, АФП, Р-ХГЧ, ЛДГ, СА-125, НЕ4, ингибин В, АМГ, уровень эстрадиола, тестостерона, общего кальция в крови

Инструментальные исследования: КТ/МРТ с в/в контрастированием органов брюшной полости, забрюшинного пространства, КТ ОГК.

Лечение:

Рекомендовано всем пациентам с опухолями стромы полового тяжа хирургическое лечение с использованием лапаратомического доступа в объеме экстирпации матки с придатками, удаления большого сальника, выполнения процедур хирургического стадирования, в случае их увеличения лимфатических узлов (тазовых, парааортальных) - удаления лимфатических узлов.

У молодых пациентов с нереализованным репродуктивным потенциалом при ранней стадии (при одностороннем поражении яичников) заболевания рекомендовано выполнение органосохранной операции в объеме удаления придатков матки со стороны поражения, большого сальника, выполнение процедур стадирования.

Вопрос 39

Эпителиальные опухоли яичников. Клиника, диагностика, лечение.

Ответ:

Клиника: при малых размерах образования клинических проявлений ещё нет, при увеличении возникают жалобы на тянущие боли внизу живота, вздутие живота, увеличение живота в объёме, диспареуния, астенический синдром, при кровоизлиянии в кисту яичника – симптомы острого живота.

Диагностика: УЗИ ОМТ, при подозрении на ЗНО - ОАК, б/х анализ крови, ОАМ, коагулограмма, АФП, Р-ХГЧ, ЛДГ, СА-125, НЕ4, ингибин В, АМГ, уровень эстрадиола, тестостерона, общего кальция в крови

Инструментальные исследования: КТ/МРТ с в/в контрастированием органов брюшной полости, забрюшинного пространства, КТ ОГК, ЭГДС, колоноскопия.

Лечение: Метод лечения – оперативный: лапароскопическая резекция

яичника(ов),
лапаротомическая/минилапаротомическая резекция яичника(ов). Дальнейшая тактика ведения – после получения результатов гистологического исследования операционного материала.

Вопрос 40

Опухолевидные образования (кисты) яичников: этиология, клиника, диагностика, лечение

Ответ:

Киста яичника — доброкачественное образование, представляет собой полость с жидкостью.

Кисты: фолликулярные, кисты жёлтого тела, текалютеиновые, дермоидные (тератомы), эндометриоидные.

Клиника: чаще протекают бессимптомно, диагностируются при выполнении УЗИ ОМТ, однако могут сопровождаться ощущением тяжести в животе, при перекруте, разрыве кисты – симптоматика острого живота.

Лечение: при размере кисты до 5 см – динамическое наблюдение, при размерах 5-10 см – повторное УЗИ через 6 месяцев, оценка в динамике, при размерах более 10 см – хирургическое лечение

(лапароскопическая/лапаротомическая/минилапаротомическая резекция яичника). При перекруте, разрыве кисты – неотложное хирургическое вмешательство.

Вопрос 41

Рак эндометрия: факторы риска, стадии патологического процесса, современные методы диагностики, лечение

Ответ:

Факторы риска: РЭ 1 типа (гормонально-зависимый) - длительная гиперэстрогемия, прием тамоксифена, ожирение, отсутствие беременностей, СД, гипертензия, раннее менархе и поздняя менопауза, СПКЯ, эстроген-секретирующие опухоли яичников; РЭ 2 типа (эстроген-независимый) - синдром Линча, отягощенный семейный анамнез по РЭ, раку яичников, раку толстой кишки

Стадирование:

Таблица 1. Стадии рака тела матки и карциномы матки по системе TNM (UICC, 7-й пересмотр, 2009 г.) и классификации FIGO (2009 г.)

TNM	FIGO	Описание
TX		Состояние первичной опухоли невозможно оценить
T0		Первичная опухоль отсутствует
Tis		Pap in situ
T1a	IA	Опухоль в пределах эндометрия или опухоль с инвазией менее половины толщины миометрия
T1b	IB	Опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
T2	II	Опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
T3a	IIIA	Прорастание серозной оболочки матки, поражение маточных труб или яичников (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T3b	IIIB	Поражение влагалища или параметриев (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T4	IVA	Прорастание слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки
NX		Оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно
N0		Метастазов в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) нет
N1	IIIC IIIC1 IIIC2	Метастазы в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) Метастазы в тазовых лимфатических узлах Метастазы в поясничных лимфатических узлах
M0		Отдаленных метастазов нет
M1	IV	Отдаленные метастазы (в том числе метастазы в паховых лимфатических узлах и лимфатических узлах в пределах брюшной полости, кроме тазовых или поясничных лимфатических узлов; за исключением метастазов во влагалище, в придатках матки и по тазовой брюшине)

Таблица 2. Стадии лейомиосаркомы и эндометриальной стромальной саркомы матки по системе TNM (UICC, 7-й пересмотр, 2009 г.) и классификации FIGO (2009 г.)*

TNM	FIGO	Описание
T1	I	Опухоль ограничена маткой
T1a	IA	Опухоль < 5 см
T1b	IB	Опухоль > 5 см
T2	II	Опухоль распространяется за пределы матки, но не выходит за пределы таза
T2a	IIA	Поражение придатков матки
T2b	IIB	Поражение других органов и тканей
T3	III	Поражение органов брюшной полости
T3a	IIIA	Один очаг
T3b	IIIB	Два очага и более
N0		Метастазов в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) нет

TNM	FIGO	Описание
N1	IIIC	Метастазы в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных)
M0		Отдаленных метастазов нет
M1	IVB	Отдаленные метастазы

Диагностика:

- Морфологическое исследование ткани эндометрия после биопсии, РДВ, гистерэктомии

- УЗИ (М-Эхо более и равно 4мм)
- СА-125
- Рентгенография легких
- МРТ органов брюшной полости и малого таза
- Урография
- ПЭТ/КТ

Лечение:

Основной метод - экстирпация матки с придатками (пангистерэктомия), возможна тазовая и парааортальная лимфаденэктомия

Таблица 8. Рекомендуемые режимы лекарственной терапии рака тела матки

Показания	Режим
Адювантная ХТ ¹	Доксорубицин 50–60 мг/м ² в/в в 1-й день и цисплатин 50–75 мг/м ² в/в в 1-й день каждые 3 нед. <i>Паклитаксел</i> 175 мг/м ² в/в в 1-й день и <i>карбоплатин</i> AUC 5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед. <i>Паклитаксел</i> 175 мг/м ² в/в в 1-й день и <i>цисплатин</i> 60–75 мг/м ² в/в в 1-й день каждые 3 нед.
Лекарственное лечение 1-й линии при прогрессирующей ¹	Доксорубицин 50–60 мг/м ² в/в в 1-й день и цисплатин 50–75 мг/м ² в/в в 1-й день каждые 3 нед. <i>Паклитаксел</i> 175 мг/м ² в/в в 1-й день и <i>карбоплатин</i> AUC 5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед. <i>Паклитаксел</i> 175 мг/м ² в/в в 1-й день и <i>цисплатин</i> 60–75 мг/м ² в/в в 1-й день каждые 3 нед. <i>Ифосфамид</i> 1,6 мг/м ² в/в в 1–3-й дни 1 ч. инфузия (+ месна из расчета 100% от дозы ифосфамида в/в одновременно с ним в 1–3-й дни) и <i>паклитаксел</i> 135 мг/м ² в/в в 3-й день каждые 3 нед. (возможно применение при карциносаркомах матки) <i>Цисплатин</i> 20 мг/м ² в/в в 1–4-й дни и <i>Ифосфамид</i> 1,5 г/м ² в/в в 1–4-й дни в/в 1 ч. инфузия (+ месна из расчета 120 мг/м ² в/в болюсно в течение 15 мин в 1-й день, далее 1,5 г/м ² /день в/в инфузия в течение 4 дней) каждые 3 нед. (возможно применение при карциносаркомах матки) <i>Мегроксипрогестерона ацетат</i> 200–400 мг/сут. Внутрь <i>Мегестрола ацетат</i> 160 мг/сут. внутрь <i>Тамоксифен</i> 20 мг внутрь 2 раза в сутки <i>Летрозол</i> 2,5 мг/сут. внутрь ежедневно <i>Анастрозол</i> 1 мг/сут. внутрь ежедневно <i>Эксеместан</i> 25 мг/сут. внутрь ежедневно
Лекарственное лечение 2-й линии ²	Ифосфамид 1,2 г/м ² в/в в 1–3-й дни каждые 3 нед. 1 ч. инфузия (+ месна из расчета 100% от дозы ифосфамида в/в одновременно с ним в 1–3-й дни) Топотекан 1,25 мг/м ² в/в в 1–5-й дни каждые 3 нед. Оксаплатин 130 мг/м ² в/в каждые 3 нед. Пегилированный липосомальный доксорубицин, 40–50 мг/м ² в/в каждые 4 нед. <i>Доцетаксел</i> 75 мг/м ² в/в каждые 3 нед. <i>Бевацизумаб</i> 7,5–15 мг/кг в/в каждые 3 нед.

Вопрос 42

Вирилизующие опухоли яичников. Клиника, диагностика, лечение.

Ответ:

Вирилизующие опухоли (лат. virilis - мужской) - это гормонально-активные

новообразования, секретирующие мужские половые гормоны

(андрогены) - опухоли из клеток Сертоли и Лейдига (опухоли стромы полового тяжа), стромально-клеточная андробластома

Клиника:

- аменорея
- АМК
- бесплодие
- гирсутизм
- андрогенная алопеция
- дефеминизация - снижение тембра голоса, уменьшение размеров молочных желез
- гипертрофия клитора

Диагностика:

Лабораторные: гормональное исследование на уровень андрогенов, онкомаркеры (СА-125, СА-19-9, НЕ 4 с подсчетом индекса ROMA)

Инструментальные: УЗИ, МРТ, КТ, лапароскопия

Лечение: истинные опухоли подлежат хирургическому лечению. Методы доступа - лапароскопия или лапаротомия (объемные, двусторонние образования)

Вопрос 43

Маточная форма аменореи: синдром Ашермана. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Ответ:

Синдром Ашермана (внутриматочные синехии)- патологическое состояние, характеризующееся образованием спаек и выростов эндометрия с его склерозом и фиброзом

Основными клиническими проявлениями этой патологии являются: альгодисменорея, гипоменорея, в тяжелых случаях – аменорея; гематометра, или гематосальпинкс; привычное невынашивание беременности, повторные выкидыши, вторичное бесплодие.

Диагностика:

Золотой стандарт - гистероскопия; УЗИ и гистеросальпингография могут быть неинформативными

При инфекционной этиологии необходимо бактериологическое и вирусологическое исследование биоптата/ аспирата полости матки.

Лечение: рассечение спаек с помощью гистероскопии -> циклическое назначение эстрогенов и гестагенов

При инфекционной этиологии - антибактериальная терапия

Вопрос 44

Маточная форма аменореи: синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера. Клиника, диагностика, лечение.

Ответ:

Аплазия матки и влагалища (синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера/МРКХ-синдром) - порок развития, который встречается с частотой 1

на 4000 новорожденных девочек. Для пациенток с данной аномалией развития, как правило, характерен женский фенотип (нормальное развитие молочных желез, пропорциональное тело, наружные половые органы развиты по женскому типу) и кариотип 46 XX

Клиника: первичная аменорея, невозможность вести половую жизнь, циклические боли в нижних отделах живота

Диагностика: сбор семейного анамнеза, оценка гормонального профиля, кариотипирование, УЗИ ОМТ, МРТ головного мозга, МРТ ОМТ

Лечение: кольпоэлонгация, кольпопоз

Вопрос 45

Менопаузальный синдром. Современные представления о патогенезе.

Ответ:

Период менопаузы характеризуется постепенным снижением, а затем и «выключением» функции яичников. Развившееся в результате этого состояние гипергонадотропного гипогонадизма характеризуется изменением функции лимбической системы, нарушением секреции нейrogормонов, развитием инволютивных и атрофических процессов в репродуктивных и нерепродуктивных органах-мишенях.

Несмотря на универсальность эндокринных сдвигов в ходе репродуктивного старения, у разных женщин отдельные стадии этого процесса могут отличаться по своей продолжительности и сопровождаться различными специфическими симптомами (вазомоторными, психо-эмоциональными, вагинальными, сексуальными и др.) и системными нарушениями: потерей костной массы, формированием неблагоприятного профиля сердечно-сосудистого риска вследствие развития висцерального ожирения, дислипидемии, эндотелиальной дисфункции, нарушения толерантности к глюкозе и др.

Большинство симптомов менопаузы непосредственно связаны с дефицитом эстрогенов, как основных гормонов, вырабатываемых в фолликулах яичников.

Наиболее частыми и ранними проявлениями менопаузы являются вазомоторные симптомы: приливы жара и гипергидроз, ознобы. В настоящее время вазомоторные симптомы рассматриваются как часть единого патофизиологического процесса нейроэндокринной и сосудистой дисрегуляции в период климактерия. Возникновение вазомоторных симптомов в условиях эстрогенного дефицита связано с центральными механизмами при участии гипоталамических KNDy-нейронов, продуцирующих нейропептиды кисспептин, нейрокинин, динорфин, норадренергической и серотонинергической систем, влияющих на терморегуляторные процессы в организме.

Недостаток эстрогенов приводит к существенным изменениям костного метаболизма с преобладанием костной резорбции над процессами ее формирования. Уменьшение с возрастом абсорбции кальция в кишечнике, дефицит витамина D и нарушение образования в почках активного 1,25-дигидроксивитамина D₃ способствует развитию вторичного гиперпаратиреоза, что также усиливает костную резорбцию. Все эти изменения приводят к снижению прочности костной ткани, переломам при минимальной нагрузке на скелет (низкоэнергетические переломы).

Все структуры мочеполювого тракта являются эстроген-зависимыми, поэтому в ответ на снижение уровня половых стероидов в слизистой влагалища, вульвы, мочевого тракта, соединительной ткани и мышцах малого таза развиваются ишемия и атрофические изменения. Вследствие этого развиваются симптомы сухости, зуда, дискомфорта и иногда болезненных ощущений во влагалище, происходит резкое ощелачивание влагалищной среды, могут возникать дисбиотические процессы в мочеполювом тракте и различные нарушения мочеиспускания, формирующие ГУМС

Вопрос 46

Понятия «морфологический» и «клинический» предрак эндометрия.

Этиология,

факторы риска, клиника, диагностика, лечение.

Ответ:

Предрак эндометрия

Гистологическая классификация

Атипическая гиперплазия эндометрия

Клиническая классификация предрака эндометрия

(Савельева Г.М., Серов В.Н., 1980)

1. Атипическая гиперплазия эндометрия (в любом возрасте);
2. Железистая гиперплазия и полипы эндометрия в сочетании с гипоталамическим синдромом (по типу Иценко-Кушинга) (в любом возрасте);
3. Рецидивирующая железистая гиперплазия и полипы эндометрия (особенно в постменопаузе)

Выделяют морфологический и клинический предрак эндометрия. К морфологическому относят: атипическую гиперплазию, очаговый аденоматоз и аденоматозные полипы. Гистологически при данной патологии отмечаются интенсивные процессы пролиферации и структурной перестройки. Железы при этом обильно разрастаются, железистый эпителий находится в состоянии повышенной пролиферации: возрастает митотическая активность, появляются патологические митозы и клеточная атипия.

С клинических позиций предрак эндометрия необходимо рассматривать шире, так как высокая вероятность перехода в рак существует и при других гиперплазиях эндометрия, выявленных на фоне нарушений эндокринной системы, в менопаузе и/или имеющих рецидивирующий характер:

1. Аденоматоз и аденоматозные полипы в любом возрасте женщины.
2. Железистая гиперплазия эндометрия в сочетании с гипоталамическим нейрообменно-эндокринным синдромом.
3. Железистая гиперплазия эндометрия, особенно рецидивирующая в период менопаузы.

Факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия: 1) возраст старше 35 лет, перименопауза; 2) отсутствие беременности в анамнезе; 3) нерегулярный менструальный цикл; 4) метаболический синдром (МС); 5) повышенный индекс массы тела (ИМТ); 6) артериальная гипертензия; 7)

сахарный диабет (СД); 8) дисфункция щитовидной железы; 9) синдром поликистозных яичников (СПКЯ) (наличие данной патологии у родственников по женской линии); 10) курение; 11) неблагоприятный семейный анамнез по раку яичника, матки и кишечника.

Клиника:

- интервал между менструациями более 35 дней или менее 21 дня;
- затяжные, обильные менструации;
- кровянистые выделения из половых путей между менструациями;
- отсутствие менструаций более шести месяцев вне беременности и лактации.

Диагностика основывается на клинических проявлениях и результатах вспомогательных методов исследования:

- а) гистологическое исследование соскоба эндометрия накануне ожидаемой менструации
- б) цитологическое исследование эндометрия, полученного с помощью аспирации
- в) ультразвуковое исследование
- г) гистероскопия
- д) радиоизотопное исследование матки - оценка степени поглощения тканями радиоактивного препарата в зависимости от активности пролиферативных процессов

Основные этапы лечения:

- 1. Выскабливание эндометрия - наряду с диагностической целью, имеет и лечебный эффект, т.к. после него в ряде случаев наступает излечение от патологических процессов; проводится с помощью гистероскопии, позволяющей выполнить эту манипуляцию тщательно, а при необходимости получить для гистологического исследования отдельные порции эндометрия с различных участков внутренних стенок матки, произвести прицельную биопсию.

- 2. Коррекция метаболических, иммунных нарушений, устранение патологических симптомов (маточных кровотечений) и терапия сопутствующей патологии (воспалительных заболеваний гениталий, соматических экстрагенитальных заболеваний)
 - а) остановку маточных кровотечений с помощью выскабливания эндометрия, применения амплипульстерапии, магнитотерапии, при необходимости- гормонального гемостаза.
 - б) при ожирении - диетотерапия, ЛФК, бальнеотерапия, прогулки на свежем воздухе, коррекция нарушений углеводного обмена (специальная диета, медикаментозные средства, включая инсулин).
- 3. Гормональная терапия - является основным этапом в лечении гиперпластических процессов эндометрия, предусматривает подавление и торможение пролиферации эндометрия, а также коррекцию эндокринных нарушений (подавление избытка гонадотропинов в гипофизе и повышение стероидогенеза в яичниках)
 - а) при лечении гиперпластических процессов эндометрия у девушек с ЮМК используются эстроген-гестагенные (двух-трехфазные предпочтительнее) препараты с 5-го по 25-й дни цикла в течение 2-3 месяцев в чередовании с циклической гормональной терапией (эстрогены в 1-ю и гестагены во 2-ю фазы цикла в течение 2-3 месяцев); стимуляция овуляции кломифеном для создания двухфазного цикла.
 - б) у женщин в репродуктивном возрасте при железисто-кистозной гиперплазии эндометрия эстроген-гестагенные соединения используются в течение 3-6 месяцев по режиму с 5-го по 25-й дни цикла; гестагены - во вторую фазу цикла с 14-го дня по 1 таблетке (норколут) или 17-ОПК на 16-21-й дни цикла; кломифена цитрат — по традиционной схеме для формирования двухфазного цикла с овуляцией.
 - в) при атипической гиперплазии показано длительное использование больших доз гестагенов в непрерывном режиме

- г) при гиперпластических процессах эндометрия у женщин в предменопаузальном периоде можно назначать гестагены или андрогены (редко).
- При лечении гормонами обязательны контрольные обследования: через каждые 2-3 месяца - УЗИ в динамике, гистероскопия с биопсией эндометрия - 1 раз в 3 месяца; коагулограмма - 1-2 раза в месяц.
- 4. Хирургические методы лечения (криодеструкция, лазерная абляция эндометрия, удаление матки) - удаление матки может быть показано при наличии сопутствующей патологии (миома матки, хронические воспалительные заболевания придатков, эндометриоз, склерополикистоз яичников), особенно у женщин в перименопаузальном периоде. Предрак (атипическая гиперплазия эндометрия) может быть показанием к хирургическому лечению и у женщин детородного возраста, выполнивших запланированную генеративную функцию.

Вопрос 47

Лечение менопаузального синдрома. Принципы менопаузальной гормональной терапии.

Ответ:

Лечение климактерического синдрома

Традиционное фармакологическое лечение:

- Заместительная гормонотерапия
- Фитоэстрогены
- Седативные препараты и антидепрессанты

Вспомогательное и альтернативное лечение:

- ЛФК
- Гидропроцедуры
- Дыхательные техники
- Медитация
- Прогрессивная мышечная релаксация и Прикладная релаксация
- Йога
- Тай Чи

Учитывая современную концепцию персонализации менопаузальной гормональной терапии, врач при выборе терапии должен соблюдать следующие принципы:

1. Безопасность составляющих компонентов используемого препарата.

2. Персонализация МГТ с учетом факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), рака молочной железы (РМЖ) и постменопаузального остеопороза (ПМО), наличия коморбидных состояний у женщины: Подбор минимальной эффективной дозировки Определение лекарственной формы препаратов МГТ

Использование режима терапии с учетом возраста, стадии репродуктивного старения (STRAW +10) и потребности пациентки Применение МГТ требует периодической коррекции дозировок в зависимости от стадии репродуктивного старения, возраста, эффективности и переносимости лечения, что позволяет:

1. Эффективно купировать симптомы климактерического синдрома.
2. Уменьшить / отсрочить развитие отдаленных последствий дефицита эстрогенов.

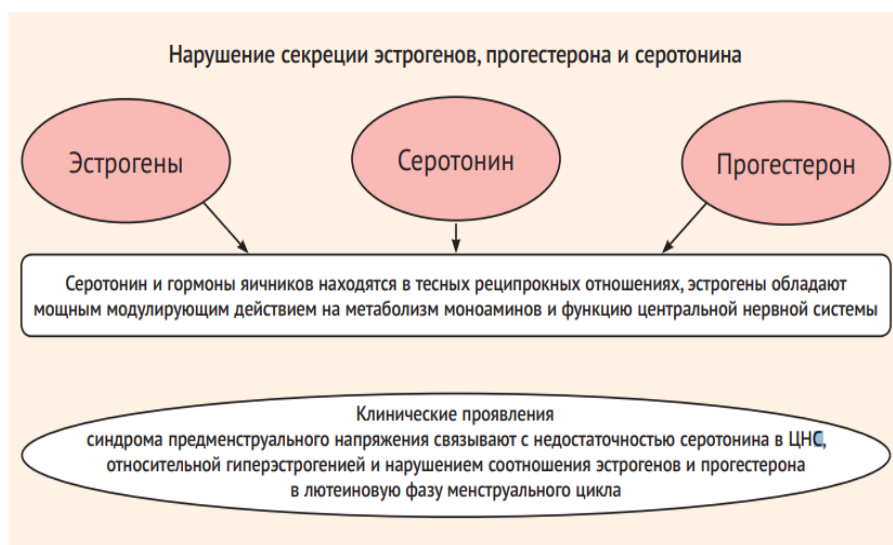
Вопрос 48

Предменструальный синдром. Современные представления о патогенезе.

Ответ:

Существует несколько теорий, представляющих этиопатогенетические механизмы возникновения ПМС: гормональная, аллергическая, теория «водной интоксикации», гипердренокортикальной активности и увеличения альдостерона, психосоматическая теория. Основной теорией развития ПМС является гормональная. В ее основе лежит нарушение соотношения эстрогенов и гестагенов в пользу первых. При ПМС всегда нарушена секреция основных гормонов: эстрогенов, прогестерона, серотонина в лютеиновую фазу менструального цикла. Эстрогены вызывают задержку натрия и жидкости в межклеточном пространстве и приводят к развитию отеков, что обуславливает жалобы на нагрубание и болезненность молочных желез, метеоризм, головную боль и др. Под влиянием эстрогенов увеличивается секреция ангиотензиногена печенью – белка, который является предшественником ангиотензина II.

Высокий уровень ангиотензина II способствует увеличению продукции альдостерона, который в свою очередь приводит к задержке жидкости в организме. Эстрогены стимулируют клубочковую зону надпочечников, в результате чего также повышается секреция альдостерона. Кроме того, эстрогены могут накапливаться в лимбической системе и приводить к развитию психоневрологической симптоматики.



Вопрос 49

Клинические формы предменструального синдрома, диагностика. Принципы лечения.

Ответ:

1. нервно-психическая форма - преобладают раздражительность, депрессия (чаще у молодых), слабость, плаксивость, агрессивность (в переходном возрасте), менее выражены повышенная чувствительность к звукам и запахам, онемение рук, метеоризм, нагрубание молочных желез
2. отечная форма - преобладают резко выраженные нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голени, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, повышена чувствительность к запахам, менее выражены раздражительность, слабость, потливость. Задержка жидкости во 2 фазу менструального цикла 500-700 мл.

3. цефалгическая форма - преобладает головная боль (пульсирующая, дергающая, начинается в височной области, иррадирует в глазное дно), раздражительность, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение, менее выражены депрессия, боли в области сердца, потливость и онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе.

4. кризовая форма - преобладают симпато-адреналовые кризы: повышение АД, чувство сдавления за грудиной, появление страха смерти, похолодание и онемение конечности, сердцебиение при неизменной ЭКГ; кризы часто заканчиваются обильным мочеотделением, могут быть спровоцированы инфекцией, усталостью, стрессом. В межкризовый период беспокоят головные боли, раздражительность, подъемы АД.

Диагностика: анамнез, клинические проявления заболевания, общеклинические исследования крови, мочи, тесты функциональной диагностики, гормональные исследования: пролактин, простагландин E2, прогестерон в обе фазы цикла, ЭКГ, ЭЭГ, РЕГ сосудов мозга, контроль выпитой и выделенной жидкости, маммография в первую фазу цикла, исследование состояния глазного дна и периферических полей зрения, рентгенография черепа и турецкого седла и шейного отдела позвоночника, УЗИ органов малого таза, почек, надпочечников, консультация смежных специалистов.

Лечение: проводится циклами - 3 менструальных цикла с перерывами 2-3 цикла. В случае рецидива лечение возобновляется:

1. Психотерапия, советы о режиме труда и отдыха
2. Диетотерапия: ограничение во вторую фазу цикла кофе, чая, поваренной соли, жидкости, животных жиров, молока
3. ФТЛ: общий массаж, массаж воротниковой зоны, бальнеотерапия, эндоназальный электрофорез витамина B1, центральная электроанальгезия
4. Гормональная терапия:

- а) при относительной или абсолютной гиперэстрогемии показана терапия гестагенами: норкалут, прогестерон, прегнин
- б) при декомпенсированной форме, у молодых показана терапия комбинированными эстроген-гестагенными препаратами: нон-овлон, овидон, бисекурин или норкалут по контрацептивной схеме
- в) женщинам переходного возраста при выраженной гиперэстрогении, миоме матки, мастопатии: гестагены или гестагены в сочетании с андрогенами (метилтестостерон)х

5. Антигистаминные препараты: тавегил, диазолин, терален

6. Для улучшения кровообращения и ингибиции пролактина: ноотропил, аминалон, парлодел (бромокриптин)

7. У женщин с отеочной формой, особенно в возрасте 45-49 лет, применяют верошпирон.

8. Препараты, подавляющие синтез простагландинов: напростин

9. Психотропные средства: нейролептики и транквилизаторы

При достижении положительного эффекта рекомендуется профилактическое поддерживающее лечение, включающее витамины и транквилизаторы.

Вопрос 50

Синдром поликистозных яичников. Современные представления о патогенезе синдрома поликистозных яичников.

Ответ:

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как генетическими, так и эпигенетическими факторами. В зависимости от периода жизни женщины клиническая картина, диагностика, лечебная тактика заболевания различна. СПЯ имеет комплекс репродуктивных, метаболических и психологических особенностей.

С начала 80-х годов был предложен принципиально новый подход в объяснении патогенеза СПКЯ с позиций ведущей роли инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. Предполагается, что при СПКЯ основное значение имеет тип С инсулинорезистентности, который обусловлен пострецепторными измерениями инсулиновых рецепторов, гиперсекреция инсулина рассматривается как компенсаторная реакция на тканевую резистентность к действию инсулина. Известно, что инсулин является не только основным глюкорегуляторным гормоном, он может оказывать целый ряд других биологических эффектов, приводящих к увеличению продукции андрогенов в яичниках и способствующих развитию СПКЯ. Исследования последних лет продемонстрировали, что СПКЯ является составной частью метаболического синдрома, сопряженного с высоким риском развития таких тяжелых последствий, как сахарный диабет типа 2 и сердечно-сосудистые заболевания.

Хорошо известны семейные случаи СПКЯ, прогресс в области молекулярной биологии послужил основой для поиска дефектов генов, ответственных за этот процесс. В настоящее время СПКЯ рассматривается как мультифакториальное, гетерогенное заболевание, в возникновении которого важную роль играют генетические нарушения, приводящие к активации цитохрома Р-450 и стероидогенеза в яичниках, так называемые наследственно обусловленные ферментопатии. Были выявлены нарушения механизмов действия десятка ростовых факторов, которые могут вызывать нарушения взаимодействия в клетке и фолликулярной жидкости.

ПАТОГЕНЕЗ СПКЯ

- Для СПКЯ характерна **инсулинорезистентность (ИР)** – уменьшение утилизации глюкозы в организме.
- В результате возникает компенсаторная **гиперинсулинемия**.
- Поскольку имеется дефект рецепторов инсулина, его **действие реализуется через рецепторы ИПФР-I**.
- Инсулин и ИПФР-I способствуют **усилению ЛГ-зависимого синтеза андрогенов в тека-клетках и строме, усиливая выбросы ЛГ**.

Вопрос 51

Принципы диагностики и лечения синдрома поликистозных яичников.

Консервативные и хирургические методы стимуляции овуляции.

Ответ:

Диагноз СПКЯ можно поставить на основании совокупности клинико-лабораторных симптомов.

Клинические симптомы СПКЯ:

- бесплодие
- ановуляция
- олигоменорея с менархе (продолжительность цикла более 35 дней или менее 8 менструальных циклов в год; продолжительность цикла менее 21 дней)
- гирсутизм
- ожирение

Ультразвуковые признаки СПКЯ:

- при использовании трансвагинальных датчиков с 8 МГц - наличие >20 фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике и/или увеличение объема любого яичника >10 см³ (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов),
- при использовании трансвагинальных датчиков с меньшими разрешающими характеристиками или при трансабдоминальном исследовании

- увеличение объема любого яичника >10 см³ (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов)

Гормональные признаки СПКЯ:

- уровень прогестерона, характерный для ановуляции
- индекс ЛГ/ФСГ $>2,5$
- повышенный уровень тестостерона

Цели лечения: устранение проявлений андрогензависимой дерматопатии, нормализация массы тела и коррекция метаболических нарушений, регуляция менструального цикла для профилактики гиперплазии эндометрия, восстановление овуляторного менструального цикла и фертильности, предупреждение поздних осложнений СПЯ.

Консервативное лечение:

- модификация образа жизни для достижения и поддержания нормальной массы тела

Рекомендуется применять метформин в дополнение к модификации образа жизни у женщин с СПЯ и ИМТ ≥ 25 кг/м² для контроля веса и улучшения метаболических исходов

- терапия комбинированными гормональными контрацептивами (КГК)

Рекомендуется использовать сочетание КГК и антиандрогенов при лечении гирсутизма в случае, если через 6 мес или более КГК и косметическая терапия не смогли значительно улучшить симптомы

- использование кломифена в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия

При отборе пациенток для применения кломифена рекомендуется принимать во внимание ИМТ, возраст пациентки, наличие прочих факторов бесплодия.

Кломифен назначается по 50–100 мг в день, в течение 5 дней, начиная со 2–5-го дня спонтанного или индуцированного менструального цикла. Стартовая доза составляет, как правило, 50 мг в день, максимальная суточная доза — 150

мг. Эффективность стимуляции овуляции достигает 70–80%, частота зачатия — 22% на цикл. Лечение кломифеном проводится, как правило, в течение не более 6 овуляторных циклов.

Рекомендуется проводить стимуляцию овуляции гонадотропинами или лапароскопию в качестве второй линии терапии бесплодия.

Хирургическое лечение:

- рекомендовано проведение лапароскопии у женщин с СПКЯ и резистентностью к препаратам для стимуляции овуляции, высоком уровне ЛГ, прочих показаниях к лапароскопической операции (эндометриоз, трубно-перитонеальный фактор бесплодия)

Вопрос 52

Адреногенитальный синдром (врожденная дисфункция коры надпочечников): патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение.

Ответ:

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) – это группа аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся дефектом одного из ферментов или транспортных белков, принимающих участие в синтезе кортизола в коре надпочечников.

Патогенез:

Недостаточность 21-гидроксилазы-нарушается превращение 17-гидроксипрогестерона в 11-дезоксикортизол и прогестерона в 11-дезоксикортикостерон. Накопление 17-гидроксипрогестерона и прогестерона

приводит к усилению секреции андрогенов.



Клиническая картина складывается из двух основных составляющих:

-надпочечниковой недостаточности, возникающей вследствие дефицита синтеза кортизола и альдостерона

- гиперандрогении, возникающей из-за избыточной продукции незаблокированных половых стероидов

В зависимости от степени сохранности активности фермента 21-гидроксилазы выделяют две классические формы ВДКН: сольтеряющую и вирильную.

При сольтеряющей форме имеется дефицит как минералокортикоидов, так и глюкокортикоидов. Причем дефицит последних, при отсутствии компенсации, приводит к развитию смертельно-опасного состояния – сольтеряющего криза, обусловленного снижением реабсорбции натрия в канальцах почек, снижением объема циркулирующей крови, артериального давления, развитием выраженного обезвоживания.

При вирильной форме отмечается только дефицит кортизола, что при отсутствии лечения проявляется мышечной слабостью, утомляемостью,

потемнением кожных покровов на фоне симптомов гиперандрогении. При неклассической форме заболевания ведущими жалобами пациенток являются избыточное оволосение, нарушения менструального цикла, бесплодие или невынашивание беременности.

Диагностика:

- Неонатальный скрининг
- Повышенный уровень 17-ОНР
- Генетическое обследование
- Данные физикального обследования (нарушение формирования наружных половых органов)

Алгоритм диагностики нВДКН в РФ вследствие дефицита 21-гидроксилазы

Базальный уровень 17ОНР		
< 6 нмоль/л (< 2 нг/мл)	6-30 нмоль/л (2-10 нг/мл)	> 30 нмоль/л (> 10 нг/мл)
Дефицит 21-гидроксилазы исключается	Рекомендуется генетическое исследование гена CYP21A2	Дефицит 21-гидроксилазы

Консервативное лечение:

- пожизненное применение глюкокортикоидов и минералокортикоидов

Гидрокортизон**, АТХ код Н02АВ09	15-25 мг/сут (максимально до 40 мг/сут) разделить на 2-3 приема
Преднизолон**, АТХ код Н02АВ06	5-7,5 мг/сут (максимально до 10 мг/сут) на 2 приема
Дексаметазон**, АТХ код: Н02АВ02	0,25-0,5 мг/сут (максимально до 1 мг/сут) на ночь
Метилпреднизолон**, АТХ код: Н02АВ04	4-6 мг/сут на ночь или в 2 приема
Флудрокортизон**, АТХ код: Н02АА02	50-200 мкг/сут

(при сольтеряющей форме)

Хирургическое лечение:

- феминизирующая пластика наружных половых органов проводится в первые годы жизни ребенка (первый этап).

При большой степени вирилизации гениталий может потребоваться второй этап, включающий интропластику, который осуществляется после менархе.

Вопрос 53

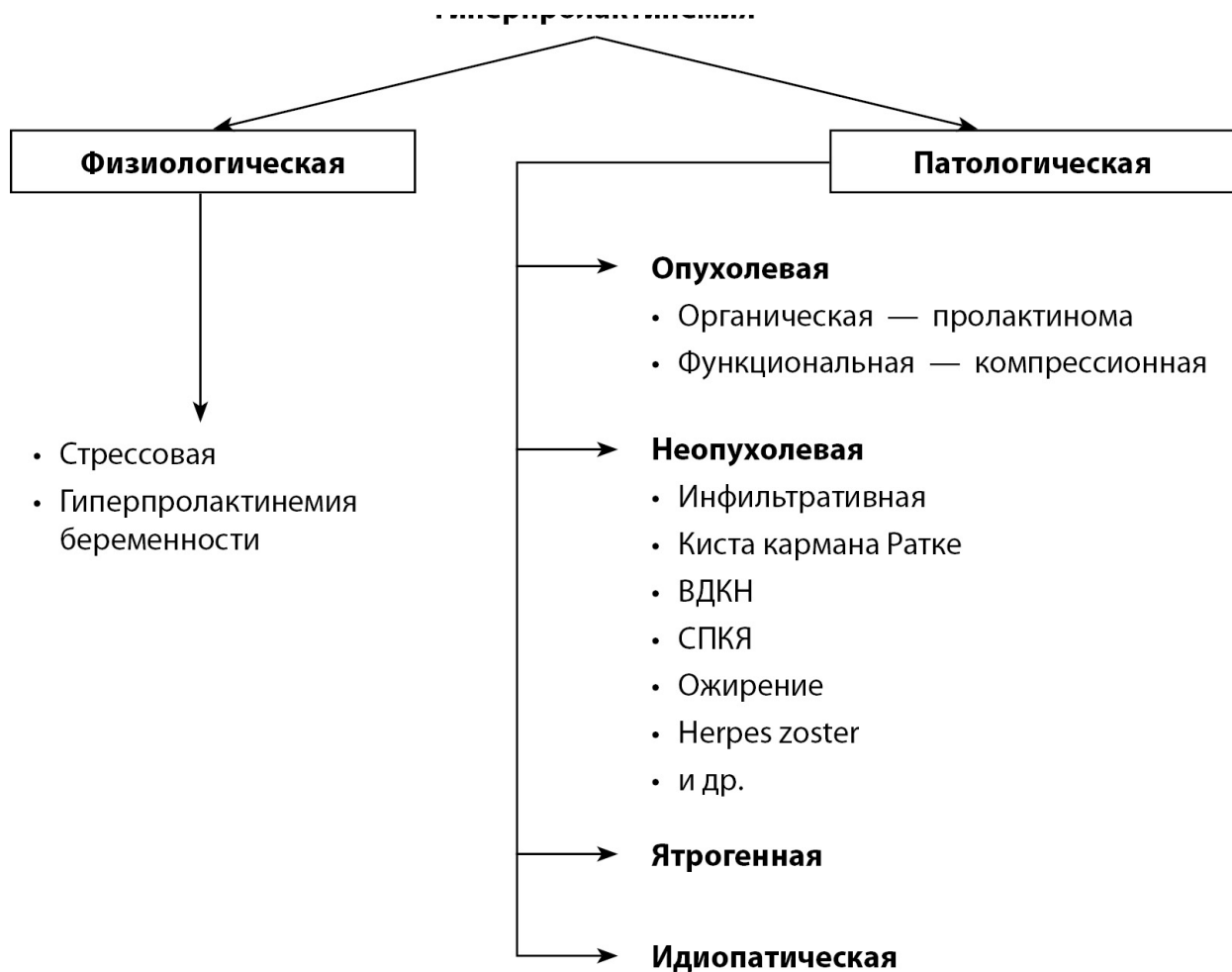
Гиперпролактинемия: причины, клинические проявления, принципы диагностики и лечения.

Ответ:

Клинические проявления: нарушение менструальной функции по типу вторичной аменореи, олигоменореи, недостаточности лютеиновой фазы, галакторея, бесплодие.

Диагностика:

- Сбор жалоб
- Лабораторная диагностика уровня пролактина (не позднее 7 дня менструального цикла)
- Определение функционального состояния щитовидной железы, исключение СПКЯ



- МРТ головного мозга с контрастированием (пролактинома)

Лечение:

При функциональной гиперпролактинемии и отсутствие показаний к хирургическому удалению пролактиномы гипофиза назначают препараты, снижающие уровень пролактина в плазме крови (бромокриптин, норпролак, достинекс).

Вопрос 54

Синдром «пустого» турецкого седла. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.

Ответ:

Под термином синдром «пустого» турецкого седла (ПТС) следует понимать пролабирование супраселлярной цистерны в полость турецкого седла, сопровождающееся клинической картиной головной боли, нейроэндокринных и зрительных расстройств.

Клиника:

- Головная боль
- Повышение артериального давления
- Дефекты полей зрения
- Бесплодие, нарушение менструального цикла (олиго-, аменорея)

Диагностика:

- Клинические проявления
- Лабораторные показатели гормонов гипофиза
- МРТ гипофиза с контрастированием

Лечение:

Заместительная гормональная терапия

Вопрос 55

Постовариозэктомический синдром. Клиническая картина. Принципы лечения.

Ответ:

Начало проявлений отмечается спустя 1-3 недели после овариэктомии и достигает полноты своего развития через 2-3 месяца.

В первые 2 года после операции у большинства женщин преобладают нейровегетативные нарушения, в последующие годы возрастает частота обменно-эндокринных нарушений, нейровегетативные нарушения уменьшаются, психо-эмоциональное расстройство сохраняется длительное время.

Клинические симптомы:

- 1) "приливы" - частота их колеблется от 1 до 30 в сутки
- 2) головная боль постоянная или приступообразная, локализуется в затылочной или в височной области
- 3) артериальная гипертензия
- 4) тахикардия, боли в области сердца, ИБС

- 5) ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия
- 6) остеопороз, изменение кожного и волосяного покровов
- 7) гепатохолецистит и др.
- 8) изменения психики, плаксивость, раздражительность, чувство тревоги, ухудшение памяти
- 9) пародонтоз
- 10) атрофический кольпит
- 11) глаукома с тяжелым прогрессирующим течением.

Лечение:

Лечение должно быть комплексным и включать немедикаментозные, медикаментозные и гормональные средства. Такое деление в определенной степени условно. Молодые женщины после тотальной овариэктомии наряду с негормональной терапией должны получать препараты половых гормонов до возраста естественной менопаузы (с учетом общих противопоказаний).

Терапия половыми гормонами должна включать эстрогены и гестагены в циклическом режиме или комбинированные эстроген-гестагенные препараты. Предпочтительны трехфазные или двухфазные контрацептивные препараты, вызывающие циклические изменения в эндометрии.

Целесообразно применение препаратов, использующихся для заместительной гормональной терапии. Применение эстрогенсодержащих препаратов является профилактикой развития атеросклероза, остеопороза и атрофических процессов в урогенитальном тракте.

Вопрос 56

Структура бесплодного брака. Классификация женского бесплодия.

Ответ:

Бесплодный брак - отсутствие беременности у женщины детородного возраста в течение 1 года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств. Бесплодный брак по причине возникновения можно

разделить на мужское бесплодие и женское бесплодие

Женское бесплодие классифицируется на первичное бесплодие- отсутствие беременности в анамнезе , вторичное- когда бесплодию предшествовала хотя бы одна беременность.

Психогенные факторы бесплодия (конфликтные ситуации в семье, на работе, неудовлетворенность половой жизнью, а также настойчивое желание иметь ребенка или, наоборот, боязнь беременности могут вызывать нарушения овуляции, имитирующие эндокринное бесплодие, индуцируемые стрессовыми ситуациями вегетативные нарушения могут привести к дискоординации гладкомышечных элементов маточных труб, далее к функциональной трубной непроходимости.

Эндокринное бесплодие

Ановуляторное бесплодие может возникать при поражении любого уровня репродуктивной системы (гиперандрогения, гиперпролактинемия, гипоестрогения, обменные нарушения (ожирение, выраженный дефицит массы тела), а также болезнь и синдром Иценко-Кушинга, гипо- и гипертиреоз)

Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла (НЛФ) - гипофункцией желтого тела яичника, приводящей к недостаточной секреторной трансформации эндометрия. Бесплодие при НЛФ вызвано нарушением имплантации эмбриона или ранним самопроизвольным выкидышем, когда беременность прерывается до задержки менструации. НЛФ возникает вследствие дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы после травм, нейроинфекций, стрессов; в результате гиперандрогении; гипо- или гипертиреоза; гиперпролактинемии; воспалительных процессов.

Синдром лютеинизации неовулирующего фолликула (ЛНФ-синдром) - это преждевременная лютеинизация преовуляторного фолликула без овуляции.

Трубное и перитонеальное бесплодие. Трубное бесплодие связано с нарушением функциональной активности маточных труб или их органическим поражением. Изменение функции маточных труб отмечается на фоне стресса, нарушения синтеза простагландинов, половых стероидов, увеличения

содержания метаболитов простаглицлина, тромбосана А₂, а также при гиперандрогении.

Органическое поражение маточных труб приводит к их непроходимости.

Причиной данной патологии являются перенесенные воспалительные заболевания половых органов (гонорея, хламидиоз, туберкулез и др.), оперативные вмешательства на внутренних половых органах, эндометриоз маточных труб и другие формы наружного эндометриоза.

Перитонеальное бесплодие обусловлено спаечным процессом в области придатков матки. (вследствие воспалительных заболеваний половых органов, после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза)

Бесплодие при гинекологических заболеваниях связано с нарушением имплантации эмбриона в полости матки при внутриматочных перегородках и синехиях, эндометриозе, миоме матки с субмукозным расположением узла, полипах эндометрия.

Причиной **иммунного бесплодия** является образование у женщины анти-спермальных антител (в шейке матки, эндометрии, маточных трубах), приводящее к фагоцитозу сперматозоидов.

Вопрос 57

Методы обследования женщин с бесплодием (общеклиническое, определение индекса массы тела, гинекологическое, УЗИ, гормональное, гистероскопия и лапароскопия, КТ и МРТ по показаниям)

Ответ:

- Общий осмотр включает оценку типа телосложения, типа распределения подкожной жировой клетчатки, состояния кожных покровов и видимых слизистых, степени и типа оволосения
- Рекомендовано измерить массу тела, рост с целью определения индекса

массы тела (ИМТ)- избыточная или недостаточная масса тела ассоциирована с бесплодием

- Гинекологический осмотр включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки, и придатков матки, с обращением особого внимания на зону позадишеечной области и параметрия.

- Микроскопическое исследование влагалищных мазков на возбудители инфекций, передаваемых половым путем, общего количества бактерий во влагалищном отделяемом (ПЦР) и молекулярнобиологическое исследование отделяемого женских половых органов на условнопатогенные генитальные микоплазмы

- Анализ крови на ФСГ, ЛГ и исследование уровня общего эстрадиола, пролактина, ТТГ, свободного тестостерона в крови на 2-5 день менструального цикла, исследование пациентки и ее партнера на ИППП, ОАК (гемоглобин), определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и глюкозы, коагулограмма, ОАМ, тест на овуляцию (пролактин)

- УЗИ матки и придатков в раннюю фолликулярную фазу цикла (определение размеров матки и яичников, диагностика новообразований матки и ее придатков, аномалий их развития, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), толщины эндометрия, а также определения КАФ- сумма антральных фолликулов в яичниках в ранней фолликулярной фазе цикла)

- ГСГ- определение проходимости маточных труб возможно проведение контрастной эхогистеросальпингоскопии

- Гистероскопия- при обнаружении патологии эндометрия

- Диагностическая лапароскопии- при подозрении на наличие гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения

- Флюорографию легких с целью исключения туберкулеза и других

заболеваний легких

электрокардиограммы с целью исключения нарушений работы миокарда

- УЗИ молочных желез в 1-й фазе менструального цикла (с целью выявления рака молочных желез)

- При необходимости консультация врача генетика

- Консультация смежных специалистов при обнаружении заболеваний при обследовании

Вопрос 58

Основные методы лечения эндокринного бесплодия.

Ответ:

При выявлении органической патологии головного мозга показана консультация нейрохирурга.

При функциональной гиперпролактинемии или микропролактиномах гипофиза показано лечение дофаминомиметиками (Достинекс[®], бромокриптин)

При ожирении чрезвычайно важна коррекция массы тела. Иногда только снижение массы тела, особенно при гипофизарном ожирении, приводит к нормализации выделения гонадотропинов.

Лечение основного заболевания дополняют препаратами, стимулирующими овуляцию. Монофазные эстроген-гестагенные гормональные контрацептивы (КОК) назначают в течение 2-3 последовательных циклов. После отмены КОК происходит восстановление овуляции в яичниках - "ребаунт-эффект".

Антиэстроген (кломифен) назначают с 5-го по 9-й день менструального цикла. Кломифен блокирует эстроген-рецепторы в гипоталамусе. После его отмены повышается выделение ФСГ и ЛГ, что способствует созреванию фолликула и наступлению овуляции.

Экзогенные гонадотропины (ФСГ, ЛГ, ХГ)- для стимуляции овуляции. На фоне применения препаратов, содержащих ФСГ и ЛГ, в 1-ю фазу цикла происходят

рост и созревание доминантного фолликула в яичнике, а внутримышечное введение ХГ в середине цикла способствует овуляции. В ряде случаев стимуляция овуляции начинается с исходного подавления эндогенных гонадотропинов. С этой целью применяют а-ГнРГ.

Стимуляторы овуляции используют не только при эндокринном бесплодии, но и как самостоятельную терапию у бесплодных женщин с овулятор-ными нарушениями по невыявленной причине.

Женщинам с эндокринным бесплодием, не забеременевшим в течение одного года после гормональной терапии, рекомендуют лапароскопию для исключения непроходимости маточных труб, гистероскопию для исключения внутриматочной патологии.

Вопрос 59

Основные методы лечения трубно-перитонеального бесплодия, иммунологического бесплодия.

Ответ:

При лечении трубно-перитонеального бесплодия восстановление проходимости маточных труб лапароскопическим доступом путем сальпингоовариолизиса при спаечном процессе, неосальпингостомии при облитерации фимбриального отдела маточных труб – выполняются только в случаях, когда мышечная стенка и слизистая маточных труб не имеют необратимых изменений. При наличии гидросальпинксов маточные трубы необходимо удалять на этапе подготовки к выполнению вспомогательных репродуктивных технологий. Противопоказания для хирургического лечения трубного бесплодия: длительность бесплодия свыше 10 лет, многократные гидротубации

(травмирование эпителия), возраст старше 35 лет. хронические воспалительные процессы в брюшной полости, перенесенное, воспаление придатков матки менее, чем за 1 год,

Вопрос 60

Использование вспомогательных репродуктивных технологий в лечении женского и мужского бесплодия.

Ответ:

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – это методы преодоления бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма женщины.

ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение: инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита, рассечение оболочки эмбриона (хетчинг) донорство спермы, донорство ооцитов, донорство эмбрионов, перенос гамет и эмбрионов в маточную трубу, суррогатное материнство, криоконсервация гамет, эмбрионов, ткани яичника, преимплантационную диагностику, получение сперматозоидов для ИКСИ, искусственную инсеминацию

Показаниями к проведению ЭКО:

- абсолютное трубное бесплодие (связанное с удалением обоих маточных труб);
- стойкое трубное и трубно-перитонеальное бесплодие;
- эндокринное бесплодие;
- бесплодие, обусловленное эндометриозом органов малого таза, при безуспешности других видов лечения в течение 2 лет и более;
- бесплодие, обусловленное мужским фактором; олиго-, астено-,

тератозооспермия I-II

степени или их комбинация;

-иммунологические формы бесплодия (наличие антиспермальных АТ по МАР-тесту

$\geq 50\%$);

-идиопатическое бесплодие продолжительностью более 2 лет, установленное после

использования всех современных методов обследования;

- сочетание указанных форм бесплодия.

Противопоказаниями к проведению ЭКО являются:

-врождённые пороки развития или приобретённые деформации полости матки, при

которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;

- доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;

-злокачественные новообразования любой локализации (в том числе в анамнезе);

-опухоли яичников;

-острые воспалительные заболевания любой локализации;

-соматические и психические заболевания, которые противопоказаны для вынашивания

беременности и родов.

При планировании лечения бесплодной супружеской пары/женщины необходимо

ориентироваться на наиболее эффективные из доступных методов, соблюдая при этом

рациональный баланс между традиционными способами консервативного и оперативного

лечения и современными ВРТ.

Вопрос 61

Современные методы контрацепции. Требования к методам контрацепции.
Оценка контрацептивной эффективности.

Ответ:

Контрацепция — это предохранение от нежелательной беременности.

Почему важна контрацепция?

1. Предупреждает незапланированную беременность;
2. Барьерные средства защищают от большинства инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Классификация методов контрацепции:

1. Физиологические методы (календарный, температурный, цервикальный, симптотермальный, метод лактационной аменореи, прерванный половой акт) — не является эффективным, но как явление существует.
2. Барьерные методы (презервативы);
3. Химические методы (спермициды в различных лекарственных формах);
4. Внутриматочные контрацептивы (внутриматочная спираль);
5. Гормональные контрацептивные средства (комбинированные оральные контрацептивы, вагинальное кольцо, контрацептивный пластырь, мини-пили, контрацептивы-импланты, контрацептивы в виде инъекций, экстренная контрацепция);
6. Стерилизация (мужская, женская).

Индекс Перля — индекс, показывающий эффективность выбранного метода контрацепции. Чем ниже этот показатель, тем надёжней метод контрацепции.

Небольшой пример: 3 женщины из ста, предохранявшиеся на протяжении 12 месяцев одним и тем же методом контрацепции, оказываются беременными, несмотря на предохранение. В этом случае индекс Перля равен 3:

$$\text{Pearl-Index} = \frac{3 \cdot 12}{100 \cdot 12} \cdot 100 = 3$$

МЕТОД	ИНДЕКС ПЕРЛЯ	
	ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ	ПРАКТИЧЕСКИЙ
Комбинированные ОК	<1	0.15 - 0.5
Мини-пили	<1	0.6 - 4.0
Внутриматочная спираль	<1	0.3 - 1.5
Парентеральные прогестагены	<1	0.01 - 0.03
Стерилизация	<1	0.01 - 0.03
Презерватив	2	12
Спермицидные средства	3	21
Естественные методы	1-10	20
Прерванный половой акт	4	18

Вопрос 62

Гормональные методы контрацепции. Виды гормональных контрацептивов.

Ответ:

Гормональная контрацепция — метод контрацепции, заключающийся в гормональном подавлении овуляции, основанной на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов. Также среди механизмов действия: сгущение цервикальной слизи, что препятствует проникновению сперматозоидов и нарушение процесса имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Виды гормональных контрацептивов:

1. Комбинированные эстрогенно-гестагенные препараты. (моно-, двух-, трехфазные. Примеры: Джес, Жанин, Линдинет).
2. Мини-пили (Пример: Чарозетта).
3. Инъекционные препараты (Депо-Провера)
4. Подкожные имплантаты (Импланон).
5. Гормональное кольцо для вагинального применения (НоваРинг).
6. Контрацептивный пластырь (Евра).
7. Посткоитальные препараты (Постинор).

Вопрос 63

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – механизм контрацептивного действия. Виды КОК, побочные реакции и осложнения.

Ответ:

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – это таблетки, назначаемые с целью достижения контрацептивного эффекта и имеющие в своем составе синтетические аналоги эстрадиола и прогестерона. Такие средства различаются по содержанию активных веществ в препарате (разные формы эстрадиола и разный гестагеновый компонент). Различают монофазные, двухфазные и трехфазные КОК:

- монофазные – таблетки с постоянным уровнем гормональных веществ (одинаковые во всех таблетках 21 шт. Примеры: Регулон, Ригевидон, Диане-35, Фемоден, Логест, Новинет, Силест).
- двухфазные – таблетки с двумя различными комбинациями активных веществ (Антеовин);
- трехфазные – таблетки с тремя различными комбинациями гормонов, изменяющимися в течение менструального цикла (Три-регол, Тризистон, Триквилар, Триновум, Клайра).

Механизм действия КОК:

- угнетение овуляции;
- сгущение цервикальной слизи, что препятствует проникновению сперматозоидов, угнетение их подвижности;
- изменение эндометрия, что уменьшает вероятность имплантации.

Как правило к каждому КОК длинный список нежелательных эффектов с разной частотой возникновения. Если привести общим списком, то на примере препарата «Жанин»:

инфекционные заболевания – нечасто.

миома матки, липома МЖ – редко.

Анемия – редко.

аллергические реакции – редко.
головные боли – часто, головокружения – нечасто.
сухость слизистых оболочек – редко.
артериальная гипертензия – нечасто.
тромбоэмболические поражения сосудов – редко.
бронхиальная астма – редко.
диспепсия – редко.
сыпь – редко.
боли в молочных железах, дискомфорт – часто.
снижение либидо – частота неизвестна.
психоэмоциональная лабильность – частота неизвестна.
колебания веса – нечасто.

Вопрос 64

Лечебные и профилактические свойства комбинированных оральных контрацептивов. Противопоказания к применению КОК.

Ответ:

Помимо эстрогенового компонента, КОК содержат в себе различные вариации гестагенов, которые могут проявлять свои лечебные и профилактические свойства.

Гестагены – это стероидные гормоны, которые наряду с андрогенами и эстрогенами действуют на половую систему. Эндогенный гестаген – это прогестерон, ответственный за преобразования эндометрия, подготавливающий организм женщины к беременности, а затем поддерживающий его. В 1950-х годах это соединение стало возможным синтезировать химическим путем. Препараты, основным ингредиентом которых являются синтетические производные прогестерона, называются гестагенами.

В организме гестагены взаимодействуют с целым рядом органов-мишеней и метаболических систем, чувствительных к их воздействию, к числу которых относятся:

- эндометрий;
- печень;
- молочные железы;
- кости;
- головной мозг;
- иммунная система;
- сердечно-сосудистая система;
- обмен липидов;
- обмен углеводов
- обмен белков, в том числе компонентов системы гемостаза и фибринолиза
- обмен воды и электролитов.

Для лечения и профилактики гестагены могут использоваться:

- аномальные кровотечения из половых путей у молодых женщин после обследования и по назначению врача;
- применение гестагенов в период менопаузы в сочетании с эстрогенами;
- коррекция форм акне при совместном наблюдении врача дерматолога;
- лечение и профилактика эндометриоза (Визанна – Диеногест 2 мг, Жанин – ЭЭ + диеногест).

Противопоказания (на примере инструкции к КОК «Жанин»):

- Тромбозы (артериальные и венозные) и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе;
- Мигрень с очаговыми неврологическими симптомами в настоящее время или в анамнезе;
- Планируемое хирургическое вмешательство (как минимум за 4 недели до него);
- Сахарный диабет с сосудистыми осложнениями;

- Неконтролируемая или тяжелая артериальная гипертензия;
 - Тяжелая дислипотеинемия;
 - Панкреатит с выраженной гипертриглицеридемией в настоящее время или в анамнезе;
 - Печеночная недостаточность и тяжелые заболевания печени, опухоли;
 - Выявленные гормонозависимые злокачественные заболевания (в т.ч. половых органов или молочных желез) или подозрение на них; кровотечение из влагалища неясного генеза;
 - Беременность или подозрение на нее; период грудного вскармливания;
- С осторожностью:
- Наличие факторов риска развития тромбоза и тромбоэмболии;
 - Наследственная предрасположенность к тромбозу;
 - Другие заболевания, при которых могут отмечаться нарушения периферического кровообращения;
 - Наследственный ангионевротический отек;
 - Гипертриглицеридемия;
 - Заболевания печени, не относящиеся к противопоказаниям;
 - Послеродовый период.

Вопрос 65

Мини-пили – механизм контрацептивного действия. Показания, побочные эффекты.

Ответ:

Оральные контрацептивы мини-пили содержат только микродозы прогестагенов (300–500 мкг), что составляет 15–30% дозы прогестагена в комбинированных эстроген-гестагенных препаратах.

Механизм действия мини-пили включает следующие факторы.

- Шеечный фактор: под влиянием мини-пили увеличивается количество шеечной слизи, повышается ее вязкость, что снижает пенетрирующую способность сперматозоидов в перiovуляторном периоде.
- Маточный фактор: применение мини-пили приводит к изменениям в эндометрии, препятствующим имплантации (преждевременная секреторная трансформация, а при длительном применении - атрофия эндометрия).
- Трубный фактор: мини-пили обуславливают замедление миграции яйцеклетки по маточной трубе вследствие снижения сократительной активности маточных труб.
- Центральный фактор: у 25–30% пациенток мини-пили подавляют овуляцию. Контрацептивная эффективность мини-пили - 0,3–9,6 беременности на 100 женщин/лет. Мини-пили являются надежным методом контрацепции только у кормящих женщин. В других ситуациях следует использовать их только в том случае, если невозможно применить более надежные методы, например КОК.

Основные препараты класса мини-пили

- Микрoлют - самый низкодозированный препарат этой группы контрацептивов (30 мкг левоноргестрела. В упаковке 35 драже (5 нед. приема));
- Экслютон - один из первых препаратов этой группы. В каждом драже относительно высокая доза гормона - 500 мкг линестренола (28 драже (4 нед приема));
- Чарозетта - низкодозированный препарат. В одном драже 75 мкг дезогестрела (28 драже (4 нед приема)).

Режим приема мини-пили:

В непрерывном режиме в одно и то же время суток начиная с 1-го дня менструального цикла. Контрацепция может быть надежной только при тщательном соблюдении режима приема мини-пили (отклонение во времени приема не более 2 ч). После родов, если женщина кормит грудью, прием препарата начинают через 6–8 нед после рождения ребенка; если не кормит - сразу после родов.

Показания

- Период лактации (спустя 6 нед после родов) - мини-пили не влияют на продолжительность лактации, количество и качество молока.
- Наличие противопоказаний к назначению эстрогенов (ряд экстрагенитальных заболеваний) или эстрогензависимые осложнения в анамнезе.
- Репродуктивный возраст, включая поздний.
- Ожирение.

Противопоказания

- Высокий риск для здоровья женщины в случае наступления нежелательной беременности.
- Беременность.
- Злокачественные опухоли молочных желез.
- Одновременный прием рифампицина, гризеофульвина или антиконвульсантов.
- Кровотечения из половых путей неясной этиологии.
- Наличие в анамнезе идиопатической желтухи во время беременности.
- Нарушения функции печени, цирроз печени в тяжелой форме, синдромы Дубина–Джонсона, Ротора.
- Вирусный гепатит в активной стадии.
- Злокачественные и доброкачественные опухоли печени.
- Тяжелая головная боль, включая мигрень, с проявлением фокальных неврологических нарушений.
- Тромбоэмболические заболевания.
- Поражение сосудов головного мозга и сердца.

Побочные эффекты

- Нарушения менструального цикла.
- Тошнота, рвота.
- Депрессия.
- Увеличение массы тела.
- Снижение либидо.

– Головная боль, головокружение.

– Нагрубание молочных желез.

Ограничения метода

– Меньшая контрацептивная эффективность по сравнению с КОК.

– Необходимость строгого соблюдения режима приема препарата (прием в одно и то же время).

– Увеличение риска развития функциональных кист яичников.

– Увеличение риска внематочной беременности (ее частота составляет 2 на 100 женщин/лет; вместе с тем в соответствии с критериями приемлемости ВОЗ внематочная беременность в анамнезе отнесена ко 2-му классу приемлемости, т.е. польза от применения метода превышает теоретический и доказанный риск).

– Нарушения менструального цикла:

– Появление ациклических маточных кровотечений;

– Укорочение менструального цикла до 25 дней и менее;

– Появление маточных кровотечений «прорыва».

Вопрос 66

Миома матки. Определение понятия, этиология и патогенез. Методы диагностики.

Ответ:

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

Этиология и патогенез:

1. Стимуляция роста лейомиомы эстрогенами и прогестероном
2. Генетическая предрасположенность, «семейные» формы заболевания
3. Неоангиогенез
4. Роль факторов роста

Методы диагностики: сбор жалоб и анамнеза, бимануальное исследование,

ультразвуковое исследование. Роль КТ и МРТ в диагностике миомы матки.
Гистероскопия.

Вопрос 67

Внутриматочный контрацептив (ВМК) – механизм контрацептивного действия. Виды ВМК, противопоказания, осложнения.

Ответ:

Виды ВМК: немедикаментозные и медикаментозные

Теории контрацептивного действия ВМС:

- теория сперматотоксического действия
- теория abortивного действия
- теория ускоренной перистальтики труб
- теория асептического воспаления
- теория энзимных нарушений в эндометрии
- сгущение цервикальной слизи, подавление функциональной активности (атрофия) эндометрия (содержащие левоноргестрел ЛНГ-ВМС)

Противопоказания к применению ВМС:

- беременность
- послеродовый период (от 48 ч до 4 недель)
- острые воспалительные процессы половых органов, обострение
- ИППП или высокий риск
- генитальный туберкулез
- рак шейки матки, эндометрия, яичников
- миома матки, деформирующая полость
- аномалии матки с деформацией полости
- ВИЧ-инфекция
- кровянистые выделения неясной этиологии

Для ЛНГ- ВМС (дополнительные):

- острый тромбофлебит
- антифосфолипидный синдром
- тромбоз глубоких вен, тромбоэмболии
- острый гепатит, цирроз печени, опухоли печени
- рак молочной железы
- ИБС, инсульт

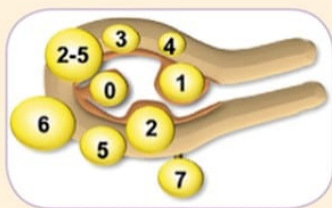
Осложнения ВМС:

- разрыв шейки матки;
- перфорация матки
- боли (между менструациями, дисменорея)
- экспульсия
- ВЗОМТ
- менометроррагии
- маточная беременность
- эктопическая беременность
- хронический эндометрит
- бесплодие

Вопрос 68

Классификация миомы матки. Особенности клинического течения заболевания в зависимости от типа опухоли.

Ответ:



Суб- мукозная	0	Узел на ножке полностью в полости матки
	1	<50% узла расположено интрамурально
	2	≥50% узла расположено интрамурально
Другие	3	100% интрамурально, но контактирует с эндометрием
	4	Интрамуральный узел
	5	Субсерозный ≥50% интрамуральный
	6	Субсерозный <50% интрамуральный
	7	Субсерозный на ножке
	8	Другие (например, шейчный узел, паразитарные образования и др.).

Гибридная лейомиома (включает эндометрий и серозную оболочку)	В этом случае две цифры указываются через дефис. При этом первая цифра соответствует отношению узла к эндометрию, вторая — отношению узла к серозной оболочке.	
	2–5	Узел расположен субмукозно и субсерозно. Субмукозно выступает менее половины диаметра узла и субсерозно выступает менее половины диаметра узла.

Основные клинические признаки миомы матки:

- аномальные маточные кровотечения (характерны для субмукозной миомы);
- боль внизу живота;
- боль в пояснице;
- бесплодие;
- невынашивание беременности;
- нарушение функций соседних органов;
- увеличение размеров живота;

Вопрос 69

Основные группы симптомов миомы матки. Группы лекарственных средств и цель их назначения.

Ответ:

Основные клинические признаки миомы матки:

- аномальные маточные кровотечения (характерны для субмукозной миомы);
- боль внизу живота;
- боль в пояснице;
- бесплодие;
- невынашивание беременности;
- нарушение функций соседних органов;
- увеличение размеров живота;

Лекарственные средства:

- транексамовая кислота (при АМК)
- НПВС (при дисменорее)
- прогестагены (при АМК)
- комбинированные оральные контрацептивы (при АМК, дисменорее)
- агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГн-РГ) (при анемии в качестве предоперационного лечения, а также для уменьшения размеров миоматозных узлов и уменьшения интраоперационной кровопотери)
- мифепристон (при АМК)

Вопрос 70

Миома матки. Методы визуальной диагностики: их возможности и ограничения. Значение размеров матки и скорости роста узлов для прогноза заболевания.

Ответ:

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

Для диагностики применяют визуальные методы: УЗИ, МРТ, КТ . Позволяют определить локализацию, размеры узлов миомы. При использовании без применения контрастирования сложно определить тип субмукозного

миоматозного узла.

Миома матки больших размеров – 12 и более недель условной беременности

Быстрый рост миомы – 4 и более недель условной беременности в год (подозрение на саркому).

Вопрос 71

Показания для планового и экстренного хирургического лечения больных с миомой матки. Доступы и объемы органоуносящего лечения.

Ответ:

Показания к хирургическому лечению

Общепринятые показания к хирургическому лечению включают обильные менструальные кровотечения, хроническую тазовую боль, нарушение нормального функционирования мочевого пузыря, мочеточников, кишечника¹, размеры опухоли более 12 недель¹, быстрый рост опухоли (более чем на 4 недели беременности в течение года)¹, рост опухоли в постменопаузе¹, подслизистое расположение узла миомы, межсвязочное, шеечное и перешеечное расположение узлов миомы, нарушение репродуктивной функции¹.

Показания для планового и экстренного хирургического лечения больных с миомой матки

Плановое хирургическое лечение миомы матки обычно рекомендуется при наличии симптомов, таких как тяжелые или продолжительные менструации, боли в тазу, частые мочеиспускания, запор или боли в спине. Экстренное хирургическое лечение может потребоваться при остром нарушении кровообращения в узле миомы.

Доступы и объемы органоуносящего лечения

Органоуносящее лечение предполагает удаление матки с шейкой (тотальная гистерэктомия/экстирпация матки) или субтотальную гистерэктомию (удаление тела матки). Выбор метода зависит от размера и расположения

миомы, возраста пациента, наличия сопутствующей патологии шейки матки и общего состояния здоровья.

Доступ к матке может быть через влагалище (вагинальный доступ) или через живот (абдоминальный доступ), включая лапароскопический или открытый хирургический доступ. Выбор доступа зависит от размера и расположения миомы, а также от опыта хирурга.

Тотальная и субтотальная гистерэктомия

Тотальная гистерэктомия - это операция, при которой удаляются матка и шейка матки. Субтотальная гистерэктомия (или надвлагалищная гистерэктомия) - это операция, при которой удаляется только тело матки, а шейка матки остается на месте.

Тотальная гистерэктомия обычно выполняется при наличии у больной сочетания миомы матки с эрозией и деформацией шейки матки, быстрорастущей миоме матки, раке тела матки и раке шейки матки.

Субтотальная гистерэктомия проводится при патологических процессах, которые не затронули шейку матки.

Выбор между тотальной и субтотальной гистерэктомией зависит от многих факторов, включая причину операции, размер и форму матки, общее состояние здоровья пациента и предпочтения пациента.

Вопрос 72

Методы органосберегающего хирургического лечения больных с миомой матки.

Преимущества, недостатки, условия и противопоказания.

Ответ:

Органосберегающее лечение миомы матки включает в себя различные методы эксцизии (удаления) миоматозных узлов (миомэктомия различными хирургическими доступами). В качестве альтернативного лечения можно использовать эмболизацию маточных артерий, радиочастотную и ультразвуковую абляцию.

Показания к хирургическому лечению

Общепринятые показания к хирургическому лечению включают обильные менструальные кровотечения, хроническую тазовую боль, нарушение нормального функционирования мочевого пузыря, мочеточников, кишечника¹, размеры опухоли более 12 недель¹, быстрый рост опухоли (более чем на 4 недели беременности в течение года)¹, рост опухоли в постменопаузе¹, подслизистое расположение узла миомы, межсвязочное, шеечное и перешеечное расположение узлов миомы, нарушение репродуктивной функции¹.

Условия

Условия для органосберегающего лечения включают необходимость сохранения возможности забеременеть у пациентки и отсутствие противопоказаний. Также важно учитывать размеры миомы и ее расположение.

Противопоказания

Противопоказания к органосберегающему лечению могут включать риск озлокачествления, наличие других патологий, при которых беременность нежелательна, а также опухоль, превышающая размеры беременной матки в 12 недель.

Лапароскопическая абдоминальная миомэктомия: Это хирургическое удаление одной или нескольких миом через разрез в брюшной стенке. Этот метод применяется в основном для глубоко расположенных интрамуральных и подбрюшинных(субсерозных) миом.

Трансцервикальная миомэктомия: Этот метод предполагает удаление миомы матки через влагалище и шеечный канал гистероскопическим доступом (гистерорезектоскопия). Он является высокоэффективным методом лечения субмукозной миомы матки.

Фокусированная ультразвуковая абляция: Это консервативный метод лечения миомы, который осуществляется с помощью обработки миоматозного узла ультразвуком, что приводит к его нагреванию и разрушению. Способ

визуализации МРТ

Эмболизация маточных артерий: Это способ лечения миомы при котором эффект достигается за счёт окклюзии маточных артерий путем введения специального препарата (эмболизирующего вещества) по катетеру проведенному к артериям матки через бедренную или плечевую артерии под контролем флюороскопии с контрастированием.

Вопрос 73

Эндометриозы, терминология, патогенез, факторы риска. Методы диагностики.

Ответ:

Эндометриоз - это хроническое, воспалительное, гинекологическое заболевание, при котором присутствует ткань, похожая на эндометрий за пределами полости матки¹.

Формы эндометриоза:

1. **Генитальный эндометриоз:** Это форма эндометриоза, при которой поражаются органы женской репродуктивной системы, включая матку, яичники и фаллопиевы трубы. Он может быть классифицирован как наружный (поражения вульва и влагалище, придатков матки) и внутренний (поражение тела матки). Внутренний генитальный эндометриоз также известен как аденомиоз.
2. **Экстрагенитальный эндометриоз:** Это форма эндометриоза, при которой поражены органы вне женской репродуктивной системы, такие как мочевого пузырь или кишечник, передняя брюшная стенка в области послеоперационных рубцов и т.д.
3. **Поверхностный перитонеальный эндометриоз:** Это форма эндометриоза, при которой эндометриальные имплантаты обнаруживаются на поверхности брюшины¹.
4. **Глубокие инфильтративные формы эндометриозов:** Это более тяжелая форма эндометриоза, при которой эндометриальные имплантаты

проникают глубоко в ткани органов, поражая параметральную клетчатку, мочеточники, стенку мочевого пузыря или прямой кишки.

5. **Эндометриоз яичников (эндометриома яичника):** Это форма эндометриоза, при которой образуются эндометриоидные опухоли яичников (образования заполненные геморрагическим содержимым, известные ранее как “шоколадные кисты”). Эти образования являются эпителиальными опухолями яичника¹.

Симптомы эндометриоза могут варьироваться, но часто включают боли в нижней части живота или тазу, болезненные или нерегулярные менструации, аномальные маточные кровотечения, боли при мочеиспускании или дефекации и бесплодие¹.

Теории патогенеза эндометриоза:

1. **Теория ретроградной менструации:** Предполагает, что во время менструации некоторые клетки эндометрия попадают в брюшную полость через фаллопиевы трубы и имплантируются на различных органах.
2. **Теория целомической метаплазии:** Предполагает, что клетки перитонеума могут превратиться в клетки эндометрия под действием определенных стимулов².
3. **Эмбриональная теория:** Предполагает, что клетки эндометрия могут быть распределены по телу еще на стадии развития эмбриона².
4. **Теория лимфатического и / или гематогенного распространения:** Предполагает, что клетки эндометрия могут распространяться по телу через кровь или лимфу².

факторы риска эндометриоза включают:

1. **Генетические факторы:** Исследования показали, что генетические факторы риска эндометриоза также связаны с другими хроническими болевыми состояниями, такими как мигрень, боли в спине и многосайтовые боли¹. Было обнаружено, что у людей с эндометриозом имеются определенные химические модификации их ДНК, которых нет у людей без этого заболевания².

2. **Ранний возраст начала менструации:** Ранний возраст начала менструации связан с повышенным риском развития эндометриоза³.
3. **Короткий менструальный цикл:** Женщины с коротким менструальным циклом также имеют повышенный риск развития эндометриоза³.
4. **Высокий уровень эстрогенов:** Гиперэстрогения может способствовать развитию эндометриоза³.
5. **Низкий индекс массы тела:** Женщины с низким индексом массы тела имеют больший риск развития эндометриоза³.
6. **Курение:** Курение связано с уменьшением риска развития эндометриоза³.
7. **Наследственность:** Эндометриоз может быть наследственным, и женщины, у которых этот диагноз был поставлен у матери или сестры, имеют больший риск его развития¹.
8. Хирургические вмешательства на матке: кюретаж, миомэктомия, кесарево сечение.

Диагностика эндометриоза обычно начинается с анализа жалоб и анамнеза, выявляются признаки АМК по типу меноррагий, болевой синдром в форме хронических тазовых болей или диспареунии, нарушения фертильной функции. Физикальное обследование и оценка статуса гениталий, кольпоскопия. Дополнительные методы диагностики могут включать ультразвуковое исследование, МРТ и лапароскопию¹. Верифицирующим исследованием считается морфологическое исследование ткани из очага эндометриоза.

Вопрос 74

Классификация эндометриозов. Особенности клинического течения заболевания в зависимости от формы заболевания. Риск озлокачествления.

Ответ:

Эндометриоз - это хроническое, воспалительное, гинекологическое заболевание, при котором присутствует ткань, похожая на эндометрий за пределами полости матки¹.

Формы эндометриоза:

1. **Генитальный эндометриоз:** Это форма эндометриоза, при которой поражаются органы женской репродуктивной системы, включая матку, яичники и фаллопиевы трубы. Он может быть классифицирован как наружный (поражения вульва и влагалище, придатков матки) и внутренний (поражение тела матки). Внутренний генитальный эндометриоз также известен как аденомиоз.
2. **Экстрагенитальный эндометриоз:** Это форма эндометриоза, при которой поражены органы вне женской репродуктивной системы, такие как мочевого пузыря или кишечника, передняя брюшная стенка в области послеоперационных рубцов и т.д.
3. **Поверхностный перитонеальный эндометриоз:** Это форма эндометриоза, при которой эндометриальные имплантаты обнаруживаются на поверхности брюшины¹.
4. **Глубокие инфильтративные формы эндометриозов:** Это более тяжелая форма эндометриоза, при которой эндометриальные имплантаты проникают глубоко в ткани органов, поражая параметральную клетчатку, мочеточники, стенку мочевого пузыря или прямой кишки.
5. **Эндометриоз яичников (эндометриома яичника):** Это форма эндометриоза, при которой образуются эндометриоидные опухоли яичников (образования заполненные геморрагическим содержимым, известные ранее как “шоколадные кисты”). Эти образования являются эпителиальными опухолями яичника¹.

Симптомы эндометриоза могут варьироваться, но часто включают болевой синдром (хронические тазовые боли, диспареуния, нередко имеется связь с менструальным циклом), геморрагический синдром (нарушения цикла по типу меноррагий, аномальные маточные кровотечения (АМК), анемия), увеличение

размеров матки, объемные образования яичников, инфильтрация сводов влагалища, боли при мочеиспускании или дефекации, бесплодие¹.

Вопрос 75

Внутренний эндометриоз, терминология, патогенез, классификация, характерные симптомы.

Ответ:

Аденомиоз - это форма внутреннего генитального эндометриоза, при котором ткань морфологически сходная с эндометрием инфильтрирует (врастает) мышечный слой стенки матки¹.

Патогенез: Аденомиоз является гормонозависимым заболеванием. Развитию болезни способствуют нарушения иммунитета и повреждение базальной мембраны эндометрия, разделяющей эндометрий и миометрий и препятствующей росту эндометрия вглубь стенки матки².

Классификация: В зависимости от морфологической картины, выделяют следующие типы аденомиоза³⁴:

1. Очаговый или узловой аденомиоз: клетки эндометрия образуют отдельные эндометриоидные очаги, узлы (аденомиомы), которые окружены соединительной тканью.
2. Диффузный аденомиоз: клетки эндометрия имплантируются в подлежащие ткани (миометрий), не образуя четких очагов.
3. Смешанный диффузно-узловой аденомиоз: обладает чертами диффузного и узлового аденомиоза.

Стадии аденомиоза по глубине инфильтрации в миометрий определяются следующим образом¹:

1. **Первая стадия:** Затронут только подслизистый слой.
2. **Вторая стадия:** Очаги распространяются до половины глубины мышечного слоя.

3. **Третья стадия:** Эндометриоидные ткани проникают глубже, чем наполовину.

4. **Четвертая стадия:** Возможно поражение миометрия по всей глубине и распространение очагов на близлежащие структуры.

Симптомы: хроническая тазовая боль, дисменорея (сильные спазмы и боли во время менструации), боли во время полового акта, обильное менструальное кровотечение (хронические АМК по типу меноррагий), кровянистые выделения между менструациями, анемия, увеличение размеров матки, При ТВ УЗИ ассиметричное утолщение стенок матки, характерная ячеистая структура миометрия, прерывистая или размытая переходная зона между эндо и миометрием, очаговая васкуляризация миометрия¹⁵⁶.

Вопрос 76

Наружный генитальный эндометриоз, классификация, характерные симптомы и метод лечения.

Ответ:

Наружный генитальный эндометриоз - распространение ткани, по своему строению аналогичной эндометрию за пределами слизистой полости матки, которое сопровождается поражением тазовой брюшины, яичников, маточных труб, связок. Данная ткань, подвергается тем же циклическим изменениям, что и нормальный эндометрий, поэтому симптомы заболевания связаны с менструальным циклом.

Классификация эндометриоидных кист яичников:

- стадия I – мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей;
- стадия II – эндометриоидная киста одного яичника размером не более 5–6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза.

Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника;

- стадия III – эндометриоидные кисты обоих яичников (диаметр кисты одного яичника более 5–6 см и небольшая эндометриома другого).

Эндометриоидные гетеротопии небольшого размера на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника;

- стадия IV – двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы – мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс.

Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации:

- стадия I – эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;
- стадия II – прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист и в серозный покров ректосигмоидного отдела и прямой кишки;
- стадия III – распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки, серозный и мышечный покров прямой кишки;
- стадия IV – вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки с распространением процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки, а также распространение процесса в сторону параметрия, вовлекая дистальные отделы мочевыделительной системы (мочеточники и мочевой пузырь).

Эндометриоз следует заподозрить при наличии следующих симптомов, включая молодых женщин до 17 лет:

- Хроническая тазовая боль;

- Дисменорея, негативно влияющая на качество жизни и повседневную активность;
- Боль, появляющаяся во время и/или после полового акта – диспареуния;
- Гастроинтестинальные симптомы, связанные с менструацией – боль в кишечнике, запоры или поносы, тенезмы;
- Симптомы со стороны мочевой системы, связанные с менструацией, например, боль при мочеиспускании, появление крови в моче;
- Бесплодие в сочетании с 1 или более симптомами.

Можно заподозрить эндометриоз при наличии следующих факторов:

- Обильные менструальные кровотечения, посткоитальные кровотечения;
- Дисменорея и/или диспареуния, симптомы которой не исчезают или слабо купируются при приеме комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС);
- Дисменорея и/или диспареуния, которая может явиться причиной отсутствия в школе или на работе;
- Неоднократные обращения в неотложном порядке по поводу дисменореи;
- Наличие эндометриоза у матери или сестры пациентки;
- Субфертильность при регулярной овуляции, проходимости фаллопиевых труб и нормальной спермограмме у партнера;
- Диарея, запор, тошнота, боли при дефекации, спазмы в кишечнике, вздутие живота и раннее насыщение;
- Наличие предменструальных и постменструальных скудных кровянистых выделений в виде мазни в течение ≥ 2 дней;
- Наличие аллергии на цветение трав, аллергического ринита и повышенной чувствительности к пищевым продуктам;
- Депрессия, тревога, синдром хронической усталости;
- Наличие мигрени - частота мигрени среди больных эндометриозом в перименструальный период;

- Частые, императивные мочеиспускания с болью или без нее - пациентки с эндометриозом значительно чаще страдают интерстициальным циститом.

Лечение

- **медикаментозное: основная цель - атрофия железистого эпителия и децидуализация стромального компонента** (симптоматическая терапия – НПВС для купирования болевого синдрома; гормональное лечение – прогестагены в непрерывном режиме в течение 6 месяцев с контролем за состоянием пациентки через 1, 3, 6 месяцев, возможно применение прогестагенов в циклическом режиме у пациенток с эндометриозом, планирующих беременность; комбинированные оральные контрацептивы; агонисты ГнРГ (не более 3 месяцев!) с обязательным назначением «add back» терапии, а также антигонадотропины – даназол (с контролем за состоянием пациентки из-за выраженных побочных эффектов - гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоэстрогенный эффект);

- **хирургическое**

Объем эндохирургического вмешательства определяется характером и степенью распространения патологического процесса и, как правило, включает:

- деструкцию патологических имплантатов;
- иссечение гетеротопий с последующей их коагуляцией;
- резекцию или удаление яичника;
- рассечение межтканевых сращений, в том числе сальпингоовариолизис,
- сальпингостомию или неосальпингостомию.

Вопрос 77

Возможности и ограничения ультразвуковой диагностики и эндоскопии при обследовании больных с подозрением на внутренний генитальный эндометриоз. Роль гистологического исследования.

Ответ:

В различные периоды становления эхографии разработаны акустические критерии аденомиоза, используемые по сей день: увеличение переднезаднего размера матки, округлость ее формы и появление в миометрии накануне менструации аномальных кистозных полостей средним диаметром 3–5 мм. Первые два признака отражают особенности морфоструктурных изменений матки при аденомиозе – увеличение величины тела матки происходит преимущественно за счет ее переднезаднего размера, вследствие чего матка приобретает шаровидную форму.

Прогностическая ценность перечисленных выше признаков неоднозначна. Так, лишь у небольшого процента больных аденомиозом (5,8%) удастся идентифицировать аномальные кистозные полости в миометрии, что крайне сложно, учитывая морфологические особенности эндометриоидных свищей. Эпителиальная выстилка очагов внутреннего эндометриоза отличается преобладанием цитогенной стромы над железистым компонентом и поэтому практически не задерживает ультразвуковой сигнал, в связи с чем возможности даже ультрасовременных сканеров, укомплектованных трансвагинальными датчиками с частотой волновых колебаний свыше 7,0 МГц, обеспечивающих максимальное разрешение на экране монитора, не позволяют с высокой степенью точности дифференцировать «истинные» эндометриоидные полости от «ложных» эхо-сигналов.

Ультразвуковая диагностика узловой формы аденомиоза не представляет значительных сложностей, поскольку при данной форме заболевания необходимо лишь идентифицировать в толще мышцы матки патологические образования и осуществить их дифференциацию с миоматозными узлами. Последнему способствует отсутствие окружающей соединительнотканной капсулы в очагах аденомиоза, которые на эхограммах определяются в виде образований неправильной формы, без четких контуров и с большей эхоплотностью, чем у неизмененного миометрия.

Диагностика аденомиоза с помощью гистероскопии до настоящего времени остается краеугольным камнем этой проблемы в целом. Существует точка

зрения, согласно которой гистероскопия является наиболее точным методом инструментальной диагностики внутреннего эндометриоза тела матки, при этом ведущее значение отводится обнаружению устьев эндометриоидных ходов, из которых изливается кровь. Появление этого признака обусловлено наличием множественных эндометриоидных ходов в толще мышечной стенке матки, выводные отверстия которых открываются в просвет полости матки. При множественной локализации последних эндоскопическая картина стенок полости матки напоминает строение пчелиных сот.

Возможности гистероскопии при внутреннем эндометриозе рационально оценивать с позиций констатации макроскопических изменений стенок полости матки при аденомиозе, а также дифференциальной диагностики аденомиоза и подслизистой миомы матки. У больных аденомиозом наблюдается увеличение размеров полости матки и нарушение рельефа ее стенок: поверхность базального слоя эндометрия приобретает грубый складчатый характер с неровными контурами. Этот признак нами описан как симптом «булыжной мостовой» или «феномен волнообразования». Однако наибольшую практическую ценность имеет эндоскопическая диагностика узловой формы аденомиоза. В подобных наблюдениях отмечается деформация одной из стенок матки за счет локального выпячивания в просвет полости образования с желтым или бледно-желтым оттенком, неправильной формы, без четких границ, иногда с наличием поверхностных эндометриоидных «глазков» (структур неправильной формы синюшно-багрового цвета).

При подозрении на внутренний эндометриоз необходима обязательная гистологическая верификация, так как очаговое скопление гемосидерина может наблюдаться при других патологических процессах. Положительный морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, отрицательный – не исключает его наличие.

Вопрос 78

Возможности и ограничения ультразвуковой диагностики и эндоскопии при

обследовании больных с подозрением на наружный генитальный эндометриоз.
Роль гистологического исследования.

Ответ:

Лапароскопия является «золотым стандартом» диагностики перитонеального эндометриоза, так как позволяет идентифицировать даже поверхностные очаги на брюшине. Возможности ультразвукового сканирования ограничены диагностикой эндометриоидных кист яичников. Вместе с тем трансвагинальная эхография способствует дифференциации этих кист с другими новообразованиями яичников.

Прогностическими ультразвуковыми признаками эндометриоидных кист яичников являются:

- неоднородная внутренняя структура (мелкоточечная эхо-позитивная взвесь на фоне повышенного уровня звукопроводимости);
- округлая форма образования;
- утолщенная эхоплотная капсула кисты;
- обнаружение вблизи кист небольших размеров ткани «неизмененного».

Лапароскопия рекомендована для верификации диагноза эндометриоза, определения степени распространения, клинических форм, выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний. Лапароскопическая картина перитонеального эндометриоза зависит от степени его распространения, продолжительности заболевания и особенностей макроструктуры имплантатов. Выделяют «типичные» (или классические) и «нетипичные» (слабовыраженные) эндоскопические признаки перитонеального эндометриоза. Сопоставление результатов лапароскопии и морфологического исследования биоптатов (ткани яичников, брюшины малого таза, крестцово-маточных связок, межтканевые сращения) показало, что прогностическая ценность «типичных» признаков превышает 90% (91–98%).

«Типичными» лапароскопическими признаками эндометриоза являются:

- образования яичников с плотной капсулой темно-синего цвета и фрагментами сине-багрового цвета (эндометриоидные кисты яичников);
- черные, синюшно-багровые, темно-красные пятна на поверхности брюшины;
- рубцовая ткань, окружающая эндометриоидные имплантаты;
- желто-коричневые пятна на поверхности брюшины;
- типичный спаечный процесс в малом тазу (в том числе подъяичниковые сращения).

Несмотря на высокую информативность лапароскопии в диагностике очагов перитонеального эндометриоза, ее результаты требуют обязательной гистологической верификации, так как очаговое скопление гемосидерина может наблюдаться при других патологических процессах. Положительный морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, отрицательный – не исключает его наличие.

Вопрос 79

Внутренний эндометриоз, группы лекарственных средств и цель их назначения, показания и методы хирургического лечения.

Ответ:

При внутреннем эндометриозе эндометриоидные гетеротопии локализуются в различных отделах мышечного слоя тела матки *corpus uteri*. Среди всех поражений эндометриозом гениталий удельная частота внутреннего эндометриоза тела матки составляет 30–40%.

Патогенетическим методом лечения больных аденомиозом является хирургическое вмешательство. Накопленные к настоящему времени данные о пато- и гистогенезе эндометриоза свидетельствуют о том, что гормональная терапия может лишь временно повысить качество жизни пациентки, но не в состоянии обеспечить регрессию заболевания и не должна рассматриваться в

качестве радикального метода лечения, каким является хирургический. Этим и объясняется непродолжительный клинический эффект гормональной терапии, сущность которой заключается в снижении уровня эстрогенов и поддержании гипоестрогенного состояния на протяжении лечения. Следует уточнить, что удаление всех очагов аденомиоза возможно только с помощью тотальной гистерэктомии. Если у женщин старше 40 лет такой объем хирургического вмешательства оправдан, то в репродуктивном периоде (до 35 лет) необходимо использовать органосберегающие технологии.

Лечение

- **медикаментозное: основная цель - атрофия железистого эпителия и децидуализация стромального компонента** (симптоматическая терапия – НПВС для купирования болевого синдрома; гормональное лечение – прогестагены в непрерывном режиме в течение 6 месяцев с контролем за состоянием пациентки через 1, 3, 6 месяцев, возможно применение прогестагенов в циклическом режиме у пациенток с эндометриозом, планирующих беременность; гормональные внутриматочные системы не более 5 лет («Мирена» для рожавших, «Кайлина» для нерожавших; комбинированные оральные контрацептивы; агонисты ГнРГ (не более 3 месяцев!) с обязательным назначением «add back» терапии, а также антигонадотропины – даназол (с контролем за состоянием пациентки из-за выраженных побочных эффектов - гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоестрогенный эффект);
- **хирургическое:** лапароскопическая экстирпация матки с/без придатков (при условии выполнения репродуктивной функции и вступления пациентки в менопаузу); органосберегающее – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки с гистологической верификацией диагноза (для верификации диагноза); гистерорезектоскопическая абляция эндометрия (глубокая тотальная резекция эндометрия с помощью электрода-петли).

Глубокая резекция слизистой и подлежащих слоев миометрия способствовала максимальной деструкции пораженных тканей, а также получению материала для морфологического исследования.

В 1994 г. С. Wood и соавт. предложили комбинированное эндохирургическое лечение больных аденомиозом, включающее лапароскопическую электродеструкцию пораженного миометрия с последующей гистерорезектоскопической аблацией эндометрия. Авторы для деструкции миометрия использовали иглу Корсона, с помощью которой в режиме монополярной коагуляции производили разрушение мышечного слоя матки на глубину до 3 см и на расстоянии до 1 см между погружениями иглы. Операцию производили в два этапа: на первом этапе выполняли лапароскопический электромиолизис (электродеструкция миометрия) и/или иссечение узлов аденомиоза (электроэксцизия миометрия), на втором – гистерорезектоскопию, а именно глубокую тотальную резекцию эндометрия с помощью электрода-петли.

В 1996 г. была предложена методика органосохраняющего лечения больных аденомиозом, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции – миометрэктомия (Стрижаков А.Н. и Давыдов А.И.). Суть операции миометрэктомии заключается в следующем – из тела матки вырезают конус, основание которого составляет дно матки (на расстоянии не менее 10 мм от трубных углов), а вершины спереди и сзади находятся в проекции внутреннего зева; при этом острие скальпеля направляют строго перпендикулярно по отношению к поверхности матки. Разрез на матке ушивают восьмиобразными серозно-мышечными швами таким образом, чтобы перекрест нитей проходил не снаружи, а внутри тканей. Такие швы обеспечивают не только эффективный гемостаз, но и правильное, без смещения мышечных пучков, соединение тканей. Видимые очаги эндометриоза в стенках матки после удаления «конуса» подвергают деструкции с помощью лазерного луча или биполярной электрохирургии.

Основными критерии эффективности органосберегающего хирургического лечения:

- устранение клинических симптомов заболевания (поли- и дисменореи),
- нормализация уровня гемоглобина в периферической крови, у
- уменьшение величины (объема) матки на основании данных как гинекологического исследования, так и трансвагинального ультразвукового сканирования.

Преимуществом эндохирurgicalического лечения больных аденомиозом является его органосберегающий характер, что немаловажно для улучшения исходного качества жизни; к другим достоинствам этого метода следует отнести известные преимущества малоинвазивной хирургии – малую травматичность, уменьшение длительности операции и объема интраоперационной кровопотери, раннее восстановление активной деятельности.

Вопрос 80

Наружный генитальный эндометриоз, группы лекарственных средств и цель их применения, методы хирургического лечения.

Ответ:

Наружный генитальный эндометриоз - распространение ткани, по своему строению аналогичной эндометрию за пределами слизистой полости матки, которое сопровождается поражением тазовой брюшины, яичников, маточных труб, связок. Данная ткань, подвергается тем же циклическим изменениям, что и нормальный эндометрий, поэтому симптомы заболевания связаны с менструальным циклом.

Лечение больных перитонеальным эндометриозом комплексное, однако первостепенным и наиболее важным его этапом является хирургическое вмешательство. Во-первых, подэпителиальная строма – главный и постоянный

структурный компонент эндометриоза – отличается низкой рецепторной активностью и не подвержена влиянию экзогенных гормонов (в отличие от железистого эпителия). Во-вторых, плотные фиброзные сращения, окружающие эндометриоидные фокусы в яичниках, особенно в эндометриоидных кистах, могут быть разрушены только с помощью операции. В-третьих, под влиянием гормонов очаги эндометриоза не ликвидируются, а лишь видоизменяются вследствие уменьшения содержания в них гемосидерина, при этом эндометриоидные кисты яичников не подвергаются какой-либо трансформации.

- **медикаментозное: основная цель - атрофия железистого эпителия и децидуализация стромального компонента** (симптоматическая терапия – НПВС для купирования болевого синдрома; гормональное лечение – прогестагены в непрерывном режиме в течение 6 месяцев с контролем за состоянием пациентки через 1, 3, 6 месяцев, возможно применение прогестагенов в циклическом режиме у пациенток с эндометриозом, планирующих беременность; комбинированные оральные контрацептивы; агонисты ГнРГ (не более 3 месяцев!) с обязательным назначением «add back» терапии, а также антигонадотропины – даназол (с контролем за состоянием пациентки из-за выраженных побочных эффектов - гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоэстрогенный эффект);

- **хирургическое**

Объем эндохирургического вмешательства определяется характером и степенью распространения патологического процесса и, как правило, включает:

- деструкцию патологических имплантатов;
- иссечение гетеротопий с последующей их коагуляцией;
- резекцию или удаление яичника;
- рассечение межтканевых сращений, в том числе сальпингоовариолизис,
- сальпингостомию или неосальпингостомию.

Нецелесообразно проведение повторных операций с целью восстановления естественной фертильности. Это неоправданно затягивает продолжительность лечения в целом и снижает эффективность ВРТ. При планировании ВРТ хирургическое лечение, предусматривающее удаление эндометриoidных кист и проведение сальпингэктомии при необратимых изменениях маточных труб, осуществляют в качестве подготовки. Важным компонентом хирургического лечения эндометриоза является предотвращение образования спаек путем минимизации травмирования тканей.

Вопрос 81

Строение шейки матки, типы эпителия, покрывающего шейечный канал и влагалищную часть шейки матки, возрастные особенности локализации границы перехода, формирование зоны трансформации и доброкачественных изменений слизистой шейки матки.

Ответ:



Плоскоклеточно-цилиндрический стык является зоной конфликта между МПЭ, который всегда стремится к пролиферации, и ЦЭ, распространяющимся наружу под влиянием гормонов. Эта зона нестабильна и подвижна, линия стыка никогда не находится на одном и том же месте и всегда пребывает в

состоянии клеточной активности. Вариантом физиологической нормы в молодом возрасте является выход цилиндрического эпителия за наружный зев на поверхность (эктопия). С возрастом зона стыка смещается к наружному зеву и даже уходит в цервикальный канал.

Вопросы этиологии и патогенеза заболеваний влагалищной части шейки матки до настоящего времени недостаточно изучены. Однако доказано, что предрак, а в последующем и рак шейки матки формируются на фоне доброкачественных (неопухолевых) нарушений многослойного плоского эпителия. Первым этапом патологического изменения плоского эпителия считается эктопия (фоновый процесс).

Предполагается, что эктопия развивается двумя путями:

- 1) замещением дефекта (эрозии) плоского эпителия воспалительного или травматического происхождения однослойным цилиндрическим эпителием (второстепенный путь развития);
- 2) превращением плоского эпителия в цилиндрический из резервных клеток (основной путь развития).

Резервные клетки обладают бипотентным действием, т.е. могут способствовать формированию как многослойного плоского, так и цилиндрического эпителия. Процесс превращения резервных клеток в плоский эпителий именуется метаплазией (непрямая плоскоклеточная метаплазия). Плоскоклеточная метаплазия связана с пролиферацией резервных клеток – последняя является необходимым фактором для развития как нормального эпителия, так и злокачественной трансформации. В процессе перекрытия цилиндрического эпителия плоским нередко нарушается дифференцировка пролиферирующих клеточных элементов, что приводит к формированию предрака (дисплазии). Среди этиологических причин возникновения предрака и рака шейки матки в настоящее время выделяют следующие:

- травматическое повреждение шейки матки, возникшее после родов или абортов;
- предрасполагающим фактором в подобных случаях являются нарушения трофики и иннервации тканей;
- хронические воспалительные процессы, сопровождающиеся дегенеративными изменениями; гормональные нарушения: повышение гонадотропной функции, сдвиги в метаболизме эстрогенов с преобладанием эстрадиола, увеличение оксигенированных форм 17-кетостероидов;
- раннее начало половой жизни;
- инфекционные заболевания половых органов, вызванные вирусом герпеса типа 2 и вирусом папилломы человека;
- трихомонадная инфекция: трихомонады являются переносчиком вируса герпеса;
- хламидиоз;

наследственный фактор: риск возникновения рака шейки матки у женщин с отягощенным семейным анамнезом в 1,6 раза выше, чем в общей популяции.

Главным этиологическим фактором развития рака шейки матки является вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР) – 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 типы. Длительная персистенция ВПЧ (более 2-х лет) является основным фактором прогрессирования неоплазий.

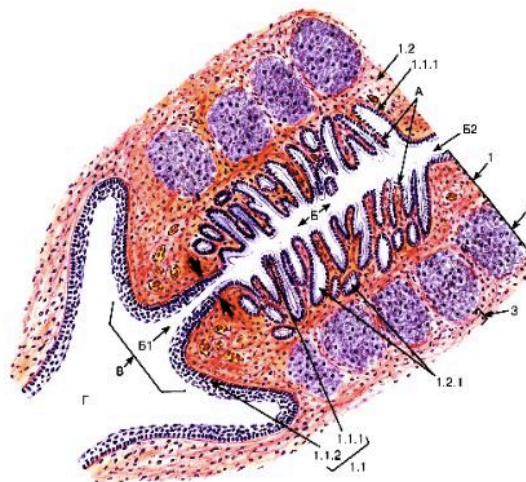
Вопрос №82

Строение многослойного плоского эпителия, понятие «дисплазия», классификация дисплазий, роль вируса папилломы человека. Конизация шейки матки. Способы и показания к ее проведению.

Ответ:

Шейка матки

А - пальмовидные складки;
 Б - шейный канал;
 Б1 - наружный зев;
 Б2 - внутренний зев;
 В - влагалищная часть шейки матки;
 Г - влагалище
 1 - слизистая оболочка:
 1.1 - эпителий,
 1.1.1 - однослойный столбчатый железистый эпителий шейного канала,
 1.1.2 - многослойный плоский неороговевающий эпителий влагалищной части шейки матки,
 1.2 - собственная пластинка слизистой оболочки,
 1.2.1 - шейные железы;
 2 - мышечная оболочка;
 3 - адвентициальная оболочка
 Область «стыка» многослойного плоского неороговевающего и однослойного столбчатого железистого эпителиев показана жирными стрелками



Дисплазия – нарушение созревания и дифференцировки клеток части пласта многослойного плоского эпителия, покрывающего шейку матки, приводящее к нарушению нормальной стратификации эпителия (т.е. правильного чередования этажности слоев). При дисплазии происходят гиперплазия базальных и парабазальных клеток, нарушение последующей их дифференцировки, изменение ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону ядра, полиморфизм ядер, появление множественных делящихся клеток, т.е. появляются малодифференцированные клеточные элементы с признаками атипии.

Формирование дисплазий может осуществляться по двум направлениям:

- в процессе плоскоклеточной метаплазии резервных клеток;
- на фоне нарушения физиологических преобразований в многослойном плоском эпителии, протекающих под влиянием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

В зависимости от распространенности патологического процесса на различные слои плоского эпителия (от степени нарушения стратификации) выделяют легкую, умеренную и тяжелую (выраженную) формы дисплазии.

В настоящее время для обозначения подобных поражений шейки применяют термин «цервикальная интраэпителиальная неоплазия» (CIN).

Макроскопически дисплазия (CIN) может иметь вид эктопии, эктропиона, лейкоплакии, а при кольпоскопическом исследовании могут быть обнаружены картины лейкоплакии, атипических сосудов, мозаики, пунктации, атипической зоны трансформации.

LSIL – low-grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени. LSIL включает койлоцитоз, CIN I и кондиломы шейки матки.

HSIL – high grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени. HSIL включают CIN II (умеренную дисплазию), CIN III (тяжелую дисплазию и преинвазивный рак (CIS)). HSIL относится к облигатному предраку шейки матки.

Главным этиологическим фактором развития рака шейки матки является вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР) – 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 типы. Длительная персистенция ВПЧ (более 2-х лет) является основным фактором прогрессирования неоплазий.

Электроконизация (конусовидная электроэксцизия) – конусовидное иссечение патологически измененных тканей шейки матки – осуществляется с помощью специального электрода-конизатора, соединенного с электрохирургическим аппаратом. При его вращении иссекается до 2/3 цервикального канала. К достоинствам электроэксцизии относят радикальное удаление патологически измененных тканей шейки матки, возможность детального гистологического исследования удаленного препарата, низкий процент осложнений.

Конизация шейки матки может быть оправдана при наличии совокупности показаний: возраст моложе 40 лет, отсутствие признаков инвазии и

диспластических компонентов в дистальных участках биоптата, возможность динамического, клинического, цитологического и кольпоскопического контроля. Воздержаться от экстирпации матки при CIN III можно только при уверенности, что патологический процесс не затрагивает цервикальный канал. При патологоанатомическом подтверждении диагноза и отсутствии опухолевых клеток в краях резекции и соскобе из оставшейся части цервикального канала проведенный объем хирургического вмешательства считается адекватным.

Широкую конизацию для лечения преинвазивного рака применяют по совокупности показаний:

- возраст моложе 40 лет;
- ранняя стромальная инвазия (до 1 мм);
- отсутствие опухолевых клеток в дистальных участках биоптата;
- высокодифференцированная форма рака, ограниченная эктоцервиксом;
- возможность динамического, клинического, цитологического и кольпоскопического контроля.

Вопрос 83

Рак шейки матки. Факторы риска развития рака шейки матки. Компоненты скринингового обследования женщин в отношении предрака и рака шейки матки. Классификация, стадии распространения патологического процесса, лечение.

Ответ:

В этиологии предрака и рака шейки матки большое внимание уделяют папилломавирусной инфекции человека (ВПЧ). Кроме наличия ВПЧ, имеются и другие дополнительные факторы риска развития рака шейки матки. К ним относят: раннее начало половой жизни, ранние первые роды, частая смена половых партнеров, венерические заболевания, канцерогенность смегмы и спермы полового партнера. Вероятность онкогенеза увеличивается во время

беременности. Длительное использование оральных контрацептивов также является фактором риска развития рака шейки матки. Использование презервативов уменьшает риск заболеваемости раком шейки матки. Повышен риск развития рака шейки матки у курящих женщин. Следует полагать, что никотин обладает канцерогенными свойствами.

Травма половых органов также может приводить к патологии шейки матки. Так, разрывы шейки матки приводят к вывороту шейки матки, образуется так называемый эрозированный эктропион. Шейка имеет характерный вид с выворотом передней и задней губ (если разрывы боковые). Нарушается запирательная функция шейки матки. Создаются условия для вертикального инфицирования матки. Развиваются хронические эндометриты. Эта патология небезразлична для небеременной и особенно беременной женщины.

Скрининг рака шейки матки:

- Цитологическое исследование отделяемого из цервикального канала (ПАП-тест/жидкостная цитология);
- ВПЧ-тестирование;
- Кольпоскопия (с пробой уксусной кислотой и пробой Шиллера).
- Гистологическое исследование биоптата шейки матки, взятого по результатам кольпоскопии.

Классификация рака шейки матки по стадиям:

- 0 стадия – преинвазивный (внутриэпителиальный) рак, рак *in situ*;
- Ia стадия – опухоль ограничена шейкой матки, инвазия в строму не более 3 мм, диаметр опухоли – не более 10 мм – микрокарцинома;
- Ib стадия – опухоль ограничена шейкой матки с инвазией более 3 мм;
- Pa стадия – рак инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю его треть (влагалищный вариант) или распространяется на тело матки (маточный вариант);

- IIб стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах,
не переходя на стенку таза (параметральный вариант);
- IIIа стадия – рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища или имеются метастазы в придатках матки; регионарные метастазы отсутствуют;
- IIIб стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза или имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах таза, или определяются гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленная стенозом мочеточника;
- IVа стадия – рак прорастает в мочевой пузырь или прямую кишку;
- IVб стадия – определяются отдаленные метастазы за пределами таза.

Лечение преинвазивного рака шейки матки. Методом выбора в лечении больных преинвазивным раком шейки матки является конусовидная электроэксцизия. Показаниями к радикальному хирургическому вмешательству – экстирпации матки – являются:

- возраст старше 50 лет;
- локализация опухоли в шеечном канале;
- распространенный анапластический вариант с врастанием в железы;
- отсутствие в препарате, удаленном во время предшествующей конизации,
участков, свободных от опухолевых клеток;
- невозможность проведения широкой эксцизии;
- сочетание преинвазивного рака с другими заболеваниями половых органов,
требующими хирургического вмешательства;
- рецидив опухоли.

При наличии противопоказаний к хирургическому лечению проводят внутриматочное облучение (брахитерапию).

Лечение микроинвазивного рака. Методом выбора в лечении микрокарциномы является экстрафасциальная экстирпация матки, при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству – внутриматочная гамма-терапия. Широкую конизацию для лечения преинвазивного рака применяют по совокупности показаний:

- возраст моложе 40 лет;
- ранняя стромальная инвазия (до 1 мм);
- отсутствие опухолевых клеток в дистальных участках биоптата;
- высокодифференцированная форма рака, ограниченная экзоцервиксом;
- возможность динамического, клинического, цитологического и кольпоскопического контроля.

Лечение инвазивного рака

- Iб стадия – комбинированное лечение в двух вариантах: дистанционное или внутриматочное облучение с последующей расширенной экстирпацией матки с придатками или расширенная экстирпация матки с последующей дистанционной гамма-терапией. При наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству – сочетанная лучевая терапия (дистанционное и внутриматочное облучение).
- II стадия – в большинстве случаев применяется сочетанный лучевой метод;
- хирургическое лечение показано тем больным, у которых лучевая терапия не может быть проведена в полном объеме, а степень местного распространения опухоли позволяет произвести радикальное оперативное вмешательство.
- III стадия – лучевая терапия в сочетании с общеукрепляющим и дезинтоксикационным лечением.
- IV стадия – симптоматическое лечение.

Вопрос 84

Прогностическое значение (чувствительность и специфичность)

цитологических и гистологических исследований для оценки состояния шейки матки. Место анализа на наличие ВПЧ инфекции в системе раннего выявления предрака и рака шейки матки.

Ответ:

Цитологическое исследование мазков по Папаниколау (**Пап-мазков**) остается основным методом скрининга предраковых процессов многослойного плоского эпителия. Цитологическому исследованию подлежат мазки-отпечатки с поверхности влажной части шейки матки, из зоны трансформации (стык многослойного плоского и цилиндрического эпителиев), а также нижней трети цервикального канала, полученные шпателем Эйра. В норме в цитологических препаратах мазков из различных отделов шейки матки определяются неизмененные клетки многослойного плоского эпителия, а также клетки цилиндрического эпителия, выстилающего шейный канал (отсутствие последних свидетельствует о неправильном взятии мазка).

Цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса с использованием различных методов окраски исторически является первым и основным инструментом скрининга, несмотря на недостаточно высокую чувствительность данного метода для выявления CIN II + (чувствительность – 68,9%, специфичность – 97,2%). Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки всем женщинам в возрасте от 21 до 65 лет с интервалом в 3 года с целью выявления CIN.

Большую диагностическую ценность при выявлении патологии шейки матки дает **жидкостная цитология**. Технологическая особенность ЖЦ в том, что полученный биологический материал помещают в специальный стабилизирующий раствор. Клеточный материал при этом сохраняет свои

морфологические характеристики. Биологический материал в стабилизирующем растворе может находиться в течение 6 недель. Метод ЖЦ позволяет снизить число ложных результатов благодаря комбинированному использованию стабилизирующего раствора и стандартного инструмента для взятия материала щеточки RoversCervex-Bruch. Кроме того, ЖЦ позволяет получить равномерные многослойные препараты. ЖЦ имеет преимущество перед рутинным методом исследования при диагностике плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой и высокой степеней.

Показания к исследованию:

- скрининг при профилактическом осмотре;
- расширенное обследование женщин с ВПЧ-инфекцией;
- дифференциальная диагностика патологии шейки матки;
- выявление онкологической патологии шейки матки;
- мониторинг после лечения онкологической патологии шейки матки.

Метод цитологической диагностики не имеет 100% точности. Специфичность метода составляет, по данным многочисленных авторов, в среднем 69%.

Уровень ложнонегативных мазков составляет от 5 до 40%.



Метод Digene-тест. Высокочувствительной методикой определения ВПЧ является Digene-тест. Данная методика позволяет выявить папилломавирус, определить его тип и принадлежность к высоко- или низкоонкогенной группе и зафиксировать его клинически значимую концентрацию в тканях и вирусную нагрузку. Опираясь на его результаты, можно определить тактику лечения. Digene-тест основан на методике «гибридного захвата» и применяется для выявления ВПЧ, ассоциированных с неоплазиями шейки матки (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68). Тест имеет высокую чувствительность, прогностическую ценность.

Рекомендуется выполнить молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека с целью выявления риска РШМ в качестве скринингового метода у всех женщин старше 30 лет каждые 5 лет (у ВПЧ негативных женщин) и ежегодно у ВПЧ позитивных женщин.

Гистологическое исследование биоптата шейки матки имеет решающее

значение в диагностике злокачественного процесса. Точность патоморфологического исследования зависит от способа получения материала для изучения. Поэтому биопсия должна проводиться целенаправленно под контролем кольпоскопии.

Вопрос 85

Расширенная кольпоскопия как метод объективного обследования состояния шейки матки. Кольпоскопические признаки потенциально доброкачественных, подозрительных на предрак и рак изменений слизистой шейки матки.

Ответ:

Расширенная кольпоскопия является обязательным методом комплексного гинекологического обследования женщин, поскольку многие патологические процессы шейки матки, в том числе начальные формы рака, протекают бессимптомно.

При кольпоскопии оценивают:

- цвет;
- состояние сосудистого рисунка;
- поверхность и уровень многослойного плоского эпителия;
- стык эпителиев;
- характер и форму желез;
- реакцию эпителия на пробу с раствором уксусной кислоты;
- реакцию эпителия на пробу Шиллера.

Проба с уксусной кислотой. Уксусную кислоту (3 или 5% раствор) с помощью ватного шарика равномерно наносят на влагалищную часть шейки матки. Под влиянием уксусной кислоты в покровном эпителии происходят следующие процессы:

- кратковременный отек;

- набухание клеток шиповидного слоя;
- сокращение подэпителиальных сосудов;
- уменьшение кровоснабжения тканей.

Проба с уксусной кислотой позволяет идентифицировать границы между нормальным и патологическим эпителием. Последний проявляется в виде белого пятна (ацетобелый эпителий) и отграничивается от нормальной слизистой четкой демаркационной линией. Неизменный эпителий приобретает бледно-розовый оттенок благодаря просвечиванию подэпителиальных капилляров.

Проба Шиллера (Schiller's iodine test). Метод основан на определении содержания гликогена в клетках эпителия. Зрелый плоский эпителий, богатый гликогеном, смешиваясь с кристаллами йода, окрашивается в темно-коричневый (бурый) цвет (йод-положительная проба), в то время как цилиндрический или патологический плоский эпителий, в котором концентрация гликогена незначительна, не видоизменяется при обработке йодсодержащим раствором (йод-отрицательная проба). Для пробы Шиллера используют аппликации 3% раствора Люголя (йод – 1 г, йодид калия – 2 г, дистиллированная вода – 300 г).

Эктопия (цилиндрический эпителий) определяется в виде гроздевидного скопления ярко-красных шаровидных или продолговатых сосочков; ярко-красный цвет эктопии обусловлен просвечиванием многочисленных капилляров через тонкий цилиндрический эпителий. При нанесении на поверхность эктопии 3% уксусной кислоты сосочки бледнеют (капилляры спазмируются), приобретают стекловидный вид и напоминают гроздь винограда.

Лейкоплакия. Кольпоскопия позволяет детально изучить структуру и размеры белесоватых бляшек (участков ороговения), обнаруживаемых невооруженным глазом: присунокхность роговых наложений шероховатая, складчатая или чешуйчатая, контуры их четкие. Под воздействием 3% раствора уксусной кислоты структура лейкоплакии не изменяется, при проведении пробы

Шиллера образуются йоднегативные зоны.

Эрозия (истинная эрозия, язва) представлена участками эктоцервикса, лишенными какого-либо эпителиального покрова (дефект многослойного плоского эпителия). Дно истинной эрозии – обнаженная соединительная ткань с многочисленными субэпителиальными сосудами и точечными кровоизлияниями. При кольпоскопическом исследовании эрозия представляет собой участок ярко-красного цвета, лишенный эпителиальной выстилки, по периферии которого визуализируется светлый край отслоившегося многослойного плоского эпителия. Истинная эрозия относится к непродолжительным состояниям, поскольку дефект эпителиального покрова достаточно быстро эпителизируется. Длительно существующая эрозия подозрительна на злокачественный процесс.

Для дисплазий характерны следующие кольпоскопические критерии:

- лейкоплакия (более характерна толстая лейкоплакия)
- пунктация (нежная и грубая) - появлением на фоне четко отграниченных белесоватых или бледно-желтых «островков» многочисленных темно-красных точек;
- мозаика (нежная и грубая) - вид белесых или желтоватых участков неправильной многоугольной формы, разделенных тонкими красными границами;
- ацетобелый эпителий
- йоднегативные участки (не реагирующие на тест с уксусной кислотой)
- варианты сочетаний различных видов аномальных кольпоскопических признаков.

Вопрос 86

Биопсия шейки матки, показания и способы. Значение морфологического исследования для диагностики предрака и рака шейки матки.

Ответ:

Показанием к проведению гистологического исследования является наличие патологических изменений шейки матки, выявленных на основании РКС и/или цитологического исследования и требующих более точной диагностики.

Биопсию следует проводить под контролем кольпоскопии из наиболее измененного участка шейки матки. Образец ткани должен включать поверхностный эпителий и подлежащую строму. Взятие материала допускается с помощью радиоволновых аппаратов (Сургитрон и др.) или ножевой биопсии. По показаниям проводится выскабливание цервикального канала шейки матки.

Известно, что развитию рака шейки матки предшествуют CIN. CIN2 и CIN3 относятся к группе истинных предраковых изменений шейки матки с высокой вероятностью прогрессирования в карциному с инвазией при отсутствии лечения.

У молодых и/или планирующих беременность пациенток с морфологически подтвержденным диагнозом LSIL (признаки ВПЧ инфекции, койлоцитоз, CIN I) предпочтительна выжидательная тактика с динамическим наблюдением за состоянием шейки матки в течение 18-24 месяцев в виде цитологического контроля 1 раз в 6 месяцев и ВПЧ-тестирования 1 раз в 12 месяцев.

Хирургическое лечение рекомендуется в случае отсутствия регрессии через 18-24 месяцев. С этой целью рекомендуется деструктивное или эксцизионное лечение при сохранении поражений, соответствующих CIN I более 18-24 месяцев с целью профилактики прогрессирования.

Деструкция возможна только при I типе ЗТ (зона трансформации), когда визуализируется вся ЗТ с переходной зоной, у женщин до 35 лет, с отсутствием аномалий в мазках из цервикального канала, с минимальными рисками поражения эндоцервикальных крипт, при соответствии результатов цитологического, кольпоскопического и патологоанатомического исследований. В остальных случаях и при сохранении CIN I даже в возрасте моложе 24 лет показана эксцизия.

Женщинам старше 40 лет с CIN I в биоптате экзоцервикса рекомендуется

проводить петлевую эксцизию ЗТ в связи с риском синхронных тяжелых поражений, скрытых в канале, вследствие длительной персистенции ВПЧ ВКР .

При HSIL (CIN II, CIN III) рекомендуется проводить хирургическое лечение – электроэксцизию шейки матки или конизацию в зависимости от типа ЗТ с последующим выскабливанием цервикального канала с целью исключения злокачественного процесса. При обнаружении у пациентки CIN III необходима консультация врача-онколога.

У женщин до 25 лет с диагнозом CIN II в биоптате при p16-негативном результате ИГХ допустимо динамическое наблюдение с использованием цитологического контроля, ВПЧ-тестирования и кольпоскопии 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет.

При эксцизии необходимо иссечь всю ЗТ с переходной зоной и частью вышележащих эндоцервикальных крипт. При ЗТ 1 типа, располагающейся полностью на эктоцервиксе, независимо от размера, глубина иссечения должна быть не менее 7 мм. При ЗТ 2 типа глубина иссечения увеличивается до 10 мм. При затруднении полноценной визуализации стыка МПЭ и ЦЭ и при наличии эндоцервикального компонента глубина иссечения не должна быть менее 15 мм – конизация.

Электроконизация (конусовидная электроэксцизия) – конусовидное иссечение патологически измененных тканей шейки матки – осуществляется с помощью специального электрода-конизатора, соединенного с электрохирургическим аппаратом. При его вращении иссекается до 2/3 цервикального канала. К достоинствам электроэксцизии относят радикальное удаление патологически измененных тканей шейки матки, возможность детального гистологического исследования удаленного препарата, низкий процент осложнений

У больных тяжелой дисплазией (CIN III) методом выбора хирургического вмешательства является гистерэктомия, поскольку тяжелая дисплазия нередко сочетается с внутриэпителиальным раком или микрокарциномой.

При патологоанатомическом подтверждении диагноза и отсутствии

опухолевых клеток в краях резекции и соскобе из оставшейся части цервикального канала проведенный объем хирургического вмешательства считается адекватным.

Вопрос 87

Гиперпластические процессы эндометрия: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение

Ответ:

Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся пролиферацией желез и увеличением железисто-стромального соотношения.

Гиперпластические процессы эндометрия как возможная основа для формирования злокачественных опухолей в течение многих десятилетий представляют важную медико-социальную проблему.

Факторы риска развития ГПЭ:

1. Раннее менархе или поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция, обусловленная фазой менопаузального перехода и/или синдромом поликистозных яичников.
2. Ятрогенные факторы (монотерапия эстрогенами или тамоксифеном).
3. Сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет (СД) 2го типа, артериальная гипертензия и синдром Линча, а также эстроген-секретирующие опухоли яичников, например, гранулезно-клеточные опухоли).

Гиперпластические процессы эндометрия развиваются, как правило, на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении и значительно реже – при ненарушенных гормональных соотношениях. Основу патогенеза составляет ановуляция, реже – недостаточность лютеиновой фазы, формирование которых обуславливают нарушения центральных механизмов регуляции репродуктивной системы. При длительном повышении уровня эстрогенов в

эндометрии нередко возникают различные гормоноассоциированные патологические состояния. Продолжительное действие эстрогенов приводит к выраженной пролиферации эндометрия, которая в отсутствие уравновешивающего, протективного действия прогестерона прогрессирует до состояния железистой гиперплазии и может служить фоном для формирования атипической гиперплазии и рака эндометрия. Основными причинами гиперэстрогении являются: персистенция или атрезия фолликулов; стромальная гиперплазия и опухоли тека-клеток яичниковой ткани; гиперплазия коры надпочечников; нарушение гонадотропной функции гипофиза; некорректное применение эстрогенов; изменение в метаболизме гормонов (ожирение, цирроз печени, гипотиреоз).

Классификация Б.И. Железнова

1. Атипическая гиперплазия функционального и (или) базального слоев:
 - а) нерезкая форма предраковых изменений;
 - б) выраженная форма предраковых изменений.
2. Очаговый аденоматоз в железистой и базальной гиперплазии, полипах, диспластическом, гипопластическом, атрофическом и малоизмененном функциональном и (или) базальном слоях эндометрия.
3. Аденоматозные полипы:
 - а) нерезкая форма предраковых изменений;
 - б) выраженная форма предраковых изменений.

В более простом классификаторе атипические процессы в эндометрии подразделяются на три степени – в зависимости от выраженности патологической трансформации слизистой: при легкой и средней степенях наблюдаются структурные аномалии слизистой, при тяжелой степени – помимо структурных аномалий, обнаруживаются изменения в строении клеточных элементов. В отечественной литературе выделяют аденоматозные и, собственно, атипические изменения в эндометрии. Выделение терминов «аденоматозные» и «атипические» процессы объясняется различием степеней

риска злокачественной трансформации в очагах усиленной пролиферации и структурной перестройки эпителия.

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения, предложенной в 1994 г. и пересмотренной в 2003 г., существует четыре вида ГЭ: простая и сложная с атипией или без таковой.

Классификация гиперплазии эндометрия (ВОЗ, 1994)

Тип гиперплазии	Гистологическая характеристика
Простая	Повышенное количество тесно сгруппированных желез без клеточной атии
Сложная	Железы с неправильной выстилкой, нарушениями архитектоники без клеточной атии
Простая атипическая	Повышенное количество тесно сгруппированных желез с клеточной атипией
Сложная атипическая	Железы с неправильной выстилкой, нарушениями архитектоники и клеточной атипией

Если интерпретировать классификатор 1994 г. в соответствии с ранее модифицированным классификатором Б.И. Железнова, то это можно представить следующим образом:

- простая гиперплазия – железистая (железисто-кистозная) гиперплазия; характеризуется избыточным ростом преимущественно эпителиального компонента желез;
- сложная гиперплазия – атипическая (аденоматозная) гиперплазия легкой степени (так называемая структурная атипическая гиперплазия), отличается от простой гиперплазии эндометрия структурной перестройкой желез и пролиферацией желез эпителия;
- простая атипическая гиперплазия – атипическая гиперплазия с нерезко выраженной формой предраковых изменений или атипическая гиперплазия II степени, отличается выраженной пролиферацией железистого эпителия при отсутствии в нем признаков клеточного и ядерного полиморфизма;
- сложная атипическая гиперплазия – атипическая гиперплазия с резко выраженной формой предраковых изменений или атипическая гиперплазия III

степени, имеет признаки клеточного и ядерного полиморфизма наряду с дезорганизацией эпителия эндометриальных желез.

В настоящее время в клинической практике используется бинарная классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2014 года (оставленная без изменений в редакции 2020 года). Согласно этой классификации выделяют две формы:

- гиперплазия эндометрия без атипии,
- гиперплазия эндометрия с атипией.

Полипы эндометрия возникают из патологически измененного базального слоя слизистой тела матки. Утолщенные очаги этого слоя вытягиваются, удлиняются и принимают форму полипов, вначале расположенных на широком основании, а впоследствии благодаря сократительной деятельности матки – на тонком («ножке»).

Выделяют следующие гистотипы полипов эндометрия:

- 1) полипы, покрытые функциональным слоем;
- 2) железистые (железисто-кистозные) полипы;
- 3) фиброзные полипы;
- 4) железисто-фиброзные полипы;
- 5) аденоматозные полипы;
- 6) полипы с очаговым аденоматозом.

Принципиально важным отличием **атипической гиперплазии** от гиперплазии эндометрия является нарушение тканевой дифференцировки. В целом гистологическая картина АГ эндометрия характеризуется структурной перестройкой и более интенсивной пролиферацией желез. При простой АГЭ происходит обильное разрастание извитых желез, имеющих причудливую форму (на косых срезах напоминают картину «железа в железе»). Железистый эпителий с признаками повышенной митотической активности. Сложная АГЭ отличается интенсивной пролиферацией желез с отчетливой атипией эпителия.

Железистый эпителий многорядный, с признаками полиморфизма. Цитоплазма эпителиальных клеток увеличена в размерах, эозинофильна; ядра клеток также увеличены, бледные. Отчетливо идентифицируются глыбки хроматина и крупные ядрышки.

В клинике больных гиперпластическими процессами эндометрия **преобладают нарушения менструальной функции – ациклические маточные кровотечения, контактные кровотечения, реже – меноррагии по типу полименореи.** Учитывая, что патогенетическую основу гиперпластических процессов слизистой тела матки составляет ановуляция, ведущим симптомом больных репродуктивного возраста является бесплодие, как правило, первичное, реже – вторичное.

Диагностика ГПЭ:

- жалобы и анамнез;
- трансвагинальное УЗИ ОМТ;

Одним из дифференциально-диагностических критериев полипов эндометрия является отсутствие деформации М-эха, так как полипы (в отличие от подслизистых узлов миомы) не изменяют форму полости матки. **В репродуктивном возрасте** увеличение М-эхо более **7-8 мм на 5-7-й дни цикла** при неоднородной структуре с эхогенными включениями позволяет заподозрить ГЭ. **В постменопаузе** при толщине эндометрия **3-4 мм** вероятность РЭ составляет менее 1%.

- ультразвуковая доплерометрия и цветное доплеровское картирование;
- МРТ органов малого таза (при раке эндометрия необходимо оценить степень прорастания в миометрий – больше половины/меньше половины);
- гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием матки и обязательным гистологическим исследованием соскобов из цервикального канала и полости матки.

Терапия ГЭ включает консервативное (гормональное) и оперативное лечение. Выбор тактики ведения ГЭ зависит от морфологического заключения, возраста пациентки, ее репродуктивных планов, наличия факторов риска ГЭ и сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. Цель терапии состоит в купировании АМК, профилактике рецидивов ГЭ и развития РЭ.

ЛНГ-ВМС – первая линия терапии вследствие более выраженного антипролиферативного эффекта. Это может быть объяснено тем, что при использовании внутриматочной системы локальное повышение концентрации левоноргестрела в эндометрии более значимо.

Прогестагены (медроксипрогестерон 10-20 мг/сут или норэтистерон 10- 15 мг/сут) назначают в непрерывном режиме. Прогестагены в циклическом режиме менее эффективны для регрессии ГЭ без атипии в сравнении с непрерывным режимом приема и использованием ЛНГ-ВМС.

Применение аГн-РГ целесообразно при сочетании ГЭ с миомой матки или эндометриозом. При выраженных симптомах эстроген-дефицита и необходимости проведения терапии более 6 месяцев целесообразно назначение возвратной терапии препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии.

Длительность лечения ЛНГ-ВМС должна составлять шесть месяцев. Если нет побочных эффектов и пациентка не заинтересована в беременности, целесообразно продлить терапию ЛНГ-ВМС на срок до 5 лет, для снижения риска рецидивов ГЭ, проводя ежегодный УЗИ-мониторинг за состоянием эндометрия и биопсию эндометрия.

Оценка состояния эндометрия (патолого-анатомическое исследование биопсийного материала) проводится с интервалом шесть месяцев (при наличии внутриматочной терапевтической системы – без ее удаления). Наблюдение продолжается до получения двух отрицательных проб эндометрия. Для женщин группы риска в отношении рецидива заболевания (например, при индексе массы тела более 35 кг/м²) помимо двух биопсий с интервалом шесть

месяцев рекомендовано ежегодно проводить исследование биоптатов эндометрия. Длительность наблюдения для каждой пациентки устанавливается индивидуально, с учетом клинической картины и факторов риска.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения и прогрессировании ГЭ необходимо рассмотреть вопрос о хирургическом лечении (гистерэктомия, по возможности, лапароскопическим доступом или резекция эндометрия под гистероскопическим контролем).

Радикальное хирургическое лечение, согласно рекомендациям, предлагается пациенткам, не нуждающимся в сохранении фертильности, в следующих случаях:

- выявление атипической гиперплазии эндометрия в период наблюдения;
- отсутствие регресса на фоне гормональной терапии, проводимой 12 месяцев;
- рецидив гиперплазии эндометрия по окончании курса гормональной терапии;

сохраняющиеся маточные кровотечения на фоне проводимой терапии; отказ пациентки от медикаментозной терапии.

При АГЭ необходимо проведение гистерэктомии ввиду высокой вероятности сопутствующего РЭ (по некоторым данным диагностируется в 40-60% случаев).

Полипы эндометрия удаляются только хирургическим путем – гистерорезектоскопия, полипэктомия, отдельное диагностическое выскабливание матки с обязательной гистологической верификацией (необходимо срезать ножку полипа и скоагулировать его ложе – только в таком случае риск рецидива значительно снижается).

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1

Больная 64 лет обратилась к урологу поликлиники с жалобами на учащенное мочеиспускание и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря.

Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение года. При осмотре урологом установлено цистоцеле. Направлена на консультацию к гинекологу.

В анамнезе трое срочных родов, последние крупным плодом осложнились разрывом промежности 2 ст., два медицинских аборта без осложнений.

Постменопауза с 50 лет. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением цифр артериального давления до 210/100 мм рт. ст.,

ишемической болезнью сердца, стенокардией, хроническим пиелонефритом.

Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: повышенного питания, АД – 170/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты правильно. Имеется опущение стенок влагалища, в основном – передней стенки. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Отмечается опущение влагалищной части шейки матки ниже интерспинальной линии.

Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Параметрии не инфильтрированы. Выделения слизистые. Мышцы промежности не выражены.

При УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 43х46х30 мм. М-эхо- 2 мм. Правый яичник 18х23 мм., левый – 25х16 мм.

- 1. Диагноз**
- 2. Необходимые методы исследования**
- 3. Врачебная тактика**

Ответ:

Неполное выпадение матки и стенок влагалища. Цистоцеле. Несостоятельность

мышц тазового дна.

Общий анализ крови, мочи, коагулограммы, бак.посев мочи

Мазок на флору, цитологическое обследование шейки матки

УЗИ мочевого пузыря (остаточная моча)

Учитывая возраст, отягощенный соматический анамнез, на первом этапе показано применение пессария. При отсутствии эффекта и нарастании жалоб, показано хирургическая коррекция опущения матки и стенок влагалища влагалищным доступом собственными тканями, либо с использованием сетчатого импланта.

Задача 2

Больная 56 лет обратилась к гинекологу с жалобами на ощущение инородного тела в области промежности, подтекание мочи. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение последних 3-х лет.

В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений.

Постменопауза с 51 года. В настоящее время больная на пенсии.

Профессиональная деятельность пациентки была связана с подъемом тяжестей.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД – 125/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. При потуживании шейка матки выходит за пределы вульварного кольца. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Справа и кзади от матки определяется плотноэластическое образование до 6 см в диаметре, подвижное, безболезненное. Левые придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Параметрии не инфильтрированы. Мышцы промежности не выражены. Выделения слизистые.

1. Диагноз

2. Необходимые методы исследования

3. Врачебная тактика

Ответ:

Образование правых придатков матки. Неполное выпадение матки и стенок влагалища. Несостоятельность мышц тазового дна.

РДВ цервикального канала и стенок полости матки

УЗИ, МРТ органов малого таза

Если в эндометрии нет атипии, то лапароскопия, двусторонняя аднексэктомия с дальнейшей коррекцией опущения стенок влагалища (трехуровневая гибридная реконструкция тазового дна)

Либо: Лапароскопия, двусторонняя аднексэктомия, пектопексия

Задача 3

Больная 68 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами периодические скудные кровянистые выделения из половых путей и учащенное мочеиспускание. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение года.

Из анамнеза: двое срочных самопроизвольных родов, последние роды осложнились разрывом промежности 2 ст., два медицинских аборта без осложнений. Постменопауза с 49 лет. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением цифр артериального давления до 210/100 мм рт. ст., ишемической болезнью сердца, стенокардией.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Отмечается опущение передней и задней стенок влагалища. Тело матки увеличено до 5-6 недельного срока беременности, плотное, подвижное, безболезненное.

Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Параметрии не

инфильтрированы. Отмечается несостоятельность мышц тазового дна, Выделения скудные сукровичные.

При УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 63х56х35 мм. В структуре миометрия имеются миоматозные узелки до 5-7-мм. Срединное М-эхо - 25 мм. Эндометрий неоднородный. В структуре эндометрия определяются участки повышенной васкуляризации. Правый яичник 43х30 мм, левый – 45х36 мм.

- 1. Диагноз**
- 2. Необходимые методы исследования**
- 3. Врачебная тактика**

Ответ:

Патология эндометрия (гиперпластический процесс?) в постменопаузе.

Цистоцеле. Ректоцеле. Несостоятельность мышц тазового дна.

РДВ цервикального канала и стенок полости матки для гистологической верификации диагноза.

МРТ органов малого таза с целью более точной визуализации состояния яичников, соседних органов, исключения образований в малом тазу. При наличии подозрения на образования в яичниках - сдать онкомаркеры крови (СА-125, HE-4)

Зависит от результатов патолого-анатомического исследования материала, полученного при РДВ. Учитывая возраст пациентки, риск малигнизации, ОСА, показано хирургическое лечение в объеме гистерэктомии.

Задача 4

Больной 52 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные длительные менструации, а также недержание мочи при ходьбе и физической нагрузке.

При гистероскопии выявлен подслизистый миоматозный узел II типа.

Объективно: больная повышенного питания, страдает сахарным диабетом II типа, на фоне приема таблетированных препаратов глюкоза крови в пределах

6,2 - 6,9 ммоль/л.

При гинекологическом обследовании установлено, что половая щель зияет, имеется опущение стенок влагалища, шейка цилиндрическая, не изменена, при натуживании выходит за пределы вульварного кольца. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не изменены. Мышцы промежности не выражены.

1. **Диагноз**
2. **Необходимые методы исследования**
3. **Врачебная тактика**

Ответ:

Миома матки с центрипетальным ростом узла (FIGO II тип). Меноррагия. Неполное выпадение матки и стенок влагалища. Несостоятельность мышц тазового дна. Стрессовое недержание мочи.

- Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты), мочи, коагулограммы
- УЗИ-органов малого таза
- РДВ, биопсия эндометрия и эндоцервикса с последующим гистологическим исследованием полученного материала с целью исключения злокачественного процесса в эндометрии
- Урофлоуметрия, УЗИ мочевого пузыря, почек

Учитывая возраст, жалобы, отягощенный соматический анамнез пациентки, показана экстирпация матки без придатков, пластика стенок влагалища. При сохранении жалоб на подтекание мочи- установка субуретрального слинга (TVT-0), однако необходим постоянный контроль уровня глюкозы крови и гликированного гемоглобина.

Задача 5

Больная К. 48 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в гинекологическое отделение с жалобами на боли в нижних отделах живота и повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$ в течение недели. Накануне госпитализации боли внизу живота усилились, больше справа, появились тошнота, чувство "распирания" и вздутия живота. Из анамнеза: 3 беременности, 2 родов, 1 искусственный аборт, в течение последних 15 лет с целью контрацепции использует ВМК.

При осмотре: температура тела $38,9^{\circ}\text{C}$, пульс 100 уд/мин, АД 130/80 мм рт. ст., живот слегка вздут, резко болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, в цервикальном канале видны нити ВМК (который при осмотре удален), тело матки несколько больше нормы, мягковатое, болезненное, в области правых придатков матки пальпируется резко болезненный, несмещаемый конгломерат размерами 15x10 см. В области левых придатков матки пальпируется аналогичное образование до 10x8 см.

Лейкоциты периферической крови $18 \times 10^9/\text{л}$.

1. **Диагноз**
2. **Необходимые методы исследования**
3. **Врачебная тактика**

Ответ:

Двусторонний сальпингоофорит с формированием tuboовариального абсцесса/пиосальпинкса на фоне длительного использования ВМК.

Хронический эндометрит.

Анализ крови на ХГЧ

Бактериологическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала

С поверхности удаленного ВМК необходимо взять материал для бактериоскопического и цитологического исследований

УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза

Госпитализация в стационар. Хирургическое вмешательство после дообследования- лапароскопия, сальпингоовариолизис, удаление некротизированных участков и гнойников, перитонеальный лаваж, дренирование брюшной полости. Все вмешательства выполняются на фоне антибиотикотерапии.

Задача 6

Больная 29 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, темные кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела до 37,7°C. Указанные жалобы появились на третий день после искусственного прерывания беременности в сроке 8-9 недель.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 88 уд.в мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в нижних отделах, перитонеальные симптомы не определяются. При гинекологическом обследовании: шейка цилиндрическая не эрозирована, тело матки несколько больше нормы, подвижное, болезненное при пальпации. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная. Своды выражены. Выделения темные кровянистые, скудные.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

- 1.Диагноз: неполный аборт
- 2.УЗИ ОМТ – оценка эндометрия (М-эхо более 15мм, наличие эхо-позитивных и эхо-негативных включений).
- 3.Вакуум-аспирация содержимого полости матки под контролем

Задача 7

Больная 36 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в нижних отделах живота, слизисто-гнойные выделения из половых путей. В анамнезе 1 роды, 4 медицинских аборта, последний из которых 2 года назад осложнился эндометритом. Другие гинекологические заболевания отрицает. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, пульс 98 уд.в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий не вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Гинекологическое обследование: шейка матки коническая, не эрозирована. Из цервикального канала – обильные гнойевидные выделения. Тело матки в положении anteflexio не увеличено, чувствительное при пальпации, подвижное. Придатки матки с обеих сторон увеличены, болезненные при пальпации. Своды свободные. Выделения гнойные обильные. Лейкоциты в периферической крови $11,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 19 мм/ч.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Двухсторонний острый сальпингоофорит
2. УЗИ ОМТ, уровень С-РБ, развернутый клинический анализ крови, исследование на ИППП, культуральное исследование посева из цервикального канала
3. Консервативное лечение рекомендуемые схемы:

Амбулаторное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
#Схема 1 [48]	Цефтриаксон ** Доксициклин** Метронидазол**	250 мг в /м однократно ПЛЮС 100 мг перорально два раза в день в течение 14 дней С или БЕЗ 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
#Схема 2 [2]	Цефтриаксон** Доксициклин** Метронидазол**	500 мг в / м разовая доза 100 мг пероральный прием каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней
#Схема 3 [2]	Офлоксацин** Метронидазол **	перорально 400 мг каждые 12 часов ПЛЮС перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней (офлоксацин может быть заменен
		левофлоксацином 500 мг один раз в сутки)
#Схема 4 [10]	Левифлоксацин** Метронидазол**	перорально 500 мг каждые 24 часа ПЛЮС перорально 500 мг каждые 12 часов в течение 14 дней

Альтернативные схемы амбулаторного лечения:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1 [10, 43]	Левифлоксацин** #Метронидазол **	500 мг перорально один раз в день или С или БЕЗ 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2 [2, 10]	Офлоксацин ** #Метронидазол**	200-400 мг два раза в день в течение 14 дней 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней
#Схема 3 [2]	Цефтриаксон** Азитромицин**	500 мг в / м разовая доза ПЛЮС пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 неделю
#Схема 4 [43]	Цефтриаксон ** Азитромицин**	250 мг в / м разовая доза ПЛЮС пероральный 1 г разовая доза с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 неделю
Схема 5 [10]	Моксифлоксацин**	перорально 400 мг каждые 24 часа в течение 14 дней

Задача 8

Больная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в нижних отделах живота с иррадиацией в поясничную область, общее недомогание. В анамнезе 1 искусственный аборт без осложнений, стационарное лечение по поводу острого сальпингоофорита. Пульс 96 ударов в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Температура тела 38° С. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы не определяются.

Гинекологическое обследование: Шейка матки конической формы, не изменена. Из цервикального канала - обильные гнойные выделения. Тело матки не увеличено, чувствительное при пальпации. Справа от матки пальпируются увеличенные болезненные придатки ретортообразной формы.

Левые придатки тяжистые.

Лейкоциты периферической крови – $14 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/ч.

При трансвагинальном ультразвуковом исследовании определяется резко расширенная правая маточная труба с наличием плотной капсулы (от 3 до 8 мм) и неоднородной внутренней структурой – мелкоочечной эхопозитивной взвесью на фоне пониженного уровня звукопроводимости.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Пиосальпинкс справа
2. Определение уровня С-РБ, развернутый клинический анализ крови, исследование на ИППП, культуральное исследование отделяемого материала в процессе хирургического вмешательства (содержимое пиосальпинкса).
3. Хирургическое лечение – лапароскопия, тубэктомия.

Антибиотикотерапия:

Стационарное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1	Клиндамицин** Гентамицин ** Доксициклин** Клиндамицин**	900 мг внутривенно каждые 8 часов ПЛЮС 2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час) С переходом на: 100 мг перорально каждые 12 часов ИЛИ 450 мг перорально каждые 6 часов
Схема 2	Клиндамицин** Гентамицин** Клиндамицин** Доксициклин** #Метронидазол**	900 мг внутривенно каждые 8 часов плюс 2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час) С переходом на: либо перорального 450 мг каждые 6 часов ИЛИ перорального 100 мг каждые 12 часов ПЛЮС перорально 500 мг два каждые 12 часов

Альтернативные схемы стационарного лечения:

	МНН	Режим дозирования
#Схема 1	Ампициллин+[Сульбактам]** Доксициклин**	3 г внутривенно каждые 6-8 часов <i>ПЛЮС</i> 100 мг перорально каждые 12 часов
Схема 2 [43]	Офлоксацин** #Метронидазол**	400 мг внутривенно каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней
Схема 3	Азитромицин** #Метронидазол**	Азитромицин в виде монотерапии в течение 1 недели (500 мг внутривенно для одной или двух доз с последующим приемом 250 мг каждые 24 часа перорально в течение 5-6 дней) или Азитромицин 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней, в сочетании с 12-дневным курсом метронидазола
#Схема 4 [43]	Ципрофлоксацин** Доксициклин** Метронидазол**	200 мг внутривенно каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> 100 мг внутривенно (или перорально) каждые 12 часов <i>ПЛЮС</i> 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней

Задача 9

Больная С., 18 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные ноющие боли в нижних отделах живота в течение 3 последних дней, повышение температуры тела до 37,8С, общую слабость. Из анамнеза: беременностей не было. Половая жизнь с 16 лет, вне брака, от беременности не предохраняется. Появление жалоб отмечает на 5 день менструального цикла. Объективно: общее состояние средней тяжести, пульс 98 уд.в мин, ритмичный. Язык сухой, обложен, белым налётом. Живот несколько вздут, мягкий, при пальпации резко болезненный в обеих пахово-подвздошных областях и над лоном, где определяются положительные перитонеальные симптомы. При гинекологическом обследовании: шейка матки коническая, из цервикального канала - гнойные бели. Область тела матки и придатков резко болезненна, пальпация их затруднена. Тракции за шейку матки болезненны. Своды болезненные.

Лейкоциты периферической крови $20,8 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ- 25мм/ч.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

- 1.Острый пельвиоперитонит
- 2.Исследование на ИППП, УЗИ ОМТ, развернутый клинический анализ крови,

С-РБ, культуральное исследование отделяемого шейки матки.

3. Лечение – консервативное.

Стационарное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1	Клиндамицин** Гентамицин ** Доксициклин** Клиндамицин**	900 мг внутривенно каждые 8 часов ПЛЮС 2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час) С переходом на: 100 мг перорально каждые 12 часов или 450 мг перорально каждые 6 часов
Схема 2	Клиндамицин** Гентамицин** Клиндамицин** Доксициклин** #Метронидазол**	900 мг внутривенно каждые 8 часов Плюс 2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час) С переходом на: либо перорального 450 мг каждые 6 часов или перорального 100 мг каждые 12 часов ПЛЮС перорально 500 мг два каждые 12 часов

Альтернативные схемы стационарного лечения:

	МНН	Режим дозирования
#Схема 1	Ампициллин+[Сульбактам]** Доксициклин**	3 г внутривенно каждые 6-8 часов ПЛЮС 100 мг перорально каждые 12 часов
Схема 2 [43]	Офлоксацин** #Метронидазол**	400 мг внутривенно каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней
Схема 3	Азитромицин** #Метронидазол**	Азитромицин в виде монотерапии в течение 1 недели (500 мг внутривенно для одной или двух доз с последующим приемом 250 мг каждые 24 часа перорально в течение 5-6 дней) или Азитромицин 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней, в сочетании с 12-дневным курсом метронидазола
#Схема 4 [43]	Ципрофлоксацин** Доксициклин** Метронидазол**	200 мг внутривенно каждые 12 часов ПЛЮС 100 мг внутривенно (или перорально) каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней

При неэффективности медикаментозной терапии –хирургическое лечение с санацией очагов воспаления. Выбор доступа для хирургического лечения зависит от распространенности воспалительного процесса, наличия сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, предполагаемого объема вмешательства, а также условий и возможностей для их проведения.

Задача 10

Больная М., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на сильные боли в нижних отделах живота, больше справа, с иррадиацией в поясничную область, болезненность при мочеиспускании, общее недомогание. В анамнезе: 3 родов, 2 медицинских аборта без осложнений. Из гинекологических заболеваний: эктопия шейки матки, трижды – стационарное лечение по поводу острого сальпингоофорита, последнее – 7 месяцев тому

назад. Последние 3 года пациентка в браке не состоит. Половая жизнь нерегулярная.

Объективно: Пульс – 96 уд вмин, АД-120/80мм рт ст. Язык сухой, обложен.

Живот мягкий, не вздут, при пальпации болезненный в обеих пахово-подвздошных областях, перитонеальных симптомов не отмечается.

При гинекологическом обследовании: Шейка матки, цилиндрическая, не изменена. Тело матки не увеличено, малоподвижное, чувствительное. Справа от матки пальпируется объемное образование неправильной формы, плотной консистенции, ограничено подвижное, болезненное, до 6х8 см. Левые придатки пастозные, болезненные. Своды чувствительные. Выделения гноевидные, обильные.

Лейкоциты в периферической крови $16,0 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ- 30мм/ч.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1.Острый сальпингоофарит. Тубоовариальный абсцесс справа.

2. Определение уровня С-РБ, развернутый клинический анализ крови, исследование на ИППП, культуральное исследование отделяемого материала в процессе хирургического вмешательства (содержимое абсцесса).

3.Хирургическое лечение: лапароскопия, тубэктомия справа, санация очагов воспаления.

Антибактериальная терапия:

Стационарное лечение рекомендуемые схемы:

	МНН	Режим дозирования
Схема 1	Клиндамицин** Гентамицин ** Доксициклин** Клиндамицин**	900 мг внутривенно каждые 8 часов ПЛЮС 2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час) С переходом на: 100 мг перорально каждые 12 часов Или 450 мг перорально каждые 6 часов
Схема 2	Клиндамицин** Гентамицин** Клиндамицин** Доксициклин** #Метронидазол**	900 мг внутривенно каждые 8 часов плюс 2 мг/кг в сутки с последующей поддерживающей 1,5 мг/кг каждые 8 часов (можно 3-5 мг/кг каждые 24 час) С переходом на: либо перорального 450 мг каждые 6 часов ИЛИ перорального 100 мг каждые 12 часов ПЛЮС перорально 500 мг два каждые 12 часов

Альтернативные схемы стационарного лечения:

	МНН	Режим дозирования
#Схема 1	Ампициллин+[Сульбактам]** Доксициклин**	3 г внутривенно каждые 6-8 часов ПЛЮС 100 мг перорально каждые 12 часов
Схема 2 [43]	Офлоксацин** #Метронидазол**	400 мг внутривенно каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней
Схема 3	Азитромицин** #Метронидазол**	Азитромицин в виде монотерапии в течение 1 недели (500 мг внутривенно для одной или двух доз с последующим приемом 250 мг каждые 24 часа перорально в течение 5-6 дней) или Азитромицин 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней, в сочетании с 12-дневным курсом метронидазола
#Схема 4 [43]	Ципрофлоксацин** Доксициклин** Метронидазол**	200 мг внутривенно каждые 12 часов ПЛЮС 100 мг внутривенно (или перорально) каждые 12 часов ПЛЮС 500 мг внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней

Задача 11

Больная Н., 22 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, отсутствие беременности в течение 2 лет половой жизни без предохранения. Из анамнеза: в детстве часто болела простудными заболеваниями, несколько раз лечилась по поводу пневмонии. Менструальная функция с 13.5 лет, по 4-5 дней, через 30-40 дней, скудные. Гинекологические заболевания отрицает. Муж обследован, здоров.

При гинекологическом обследовании: шейка матки коническая, не изменена. Тело матки несколько меньше нормы, плотное, ограничено подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, тяжистые, чувствительные при пальпации. Своды влагалища выражены. Выделения слизистые.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

- Основной: Хронический сальпингоофорит. Сопутствующий: Спаечный процесс в малом тазу. Первичное бесплодие.
- ОАК, СОЭ, С-РБ; анализ ПЦР на ИППП; мазки на CUV; посев на микрофлору с определением чувствительности к АБ; УЗИ ОМТ, ГСГ и ЛС при необходимости.

3. Антибиотикотерапия (сначала широкий спектр, затем в зависимости от чувствительности), противовоспалительная терапия.

Задача 12

Больная С., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные ноющие боли в нижних отделах живота с иррадиацией в правое подреберье, болезненность и учащение мочеиспусканий, повышение температуры тела до 37,5 С, общее недомогание. Указанные жалобы возникли после окончания очередной менструации, последние 2 дня самочувствие ухудшилось. Из анамнеза: беременность одна, закончившаяся искусственным абортom без осложнений в возрасте 22 лет. Половая жизнь нерегулярная, вне брака. Отмечает смену полового партнера 2 месяца тому назад.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрической формы, из цервикального канала обильные мутно-гноевидные бели; тело матки нормальных размеров, подвижное, умеренно болезненное при пальпации; придатки с обеих сторон утолщены, пастозные, резко болезненные; тракции шейки матки и задний свод болезненные.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Острый сальпингоофорит.
2. ОАК, СОЭ, С-РБ; анализ ПЦР на ИППП; мазки на CUV; посев на микрофлору с определением чувствительности к АБ; УЗИ ОМТ, ЛС при необходимости.
3. Антибиотикотерапия, противовоспалительная терапия. При обнаружении по данным УЗИ ОМТ пиосальпинкса или пиовара – ЛС с

решением вопроса об объеме хирургической тактики (аднексэктомия с одной и\или двух сторон)

Задача 13

Больная 29 лет. Жалобы на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев. В анамнезе: менструации с 12 лет, цикл регулярный – через 28-29 дней, по 4-5 дней, менструации умеренные, безболезненные. Роды – 1, в родах - слабость родовой деятельности, кровотечение в раннем послеродовом периоде, ручное обследование стенок полости матки. Три искусственных аборта, последний из которых 8 месяцев назад, осложнился эндометритом на фоне остатков плодного яйца. Проводилось стационарное лечение, повторное выскабливание и удаление остатков плодного яйца. После аборта менструации не возобновились.

При гинекологическом обследовании: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей, стенки его не опущены. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободны. Выделения слизистые.

При УЗИ органов малого таза на 26 день цикла: матка размерами 52x47 мм, М-эхо – 4 мм с множественными гиперэхогенными включениями. Миометрий однородной эхоструктуры. Яичники: правый 34x24 мм содержит желтое тело диаметром 18 мм, левый 25x20 мм с фолликулами. Свободной жидкости в малом тазу нет.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Маточная аменорея, синдром Ашермана.

2. Контроль УЗИ на 5-7 день цикла. Гистероскопия. Гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, ТТГ, эстрадиол, свободный тестостерон)
3. После проведения гистероскопии при подтверждении диагноза решение вопроса о методе разделения синехий, необходимости проведения гистерорезектоскопии.

Задача 14

Больная 36 лет. Жалобы на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев.

В анамнезе: детские инфекции (корь, эпидемический паротит), частые простудные и вирусные заболевания (в том числе грипп в тяжелой форме), аутоиммунный тиреоидит.

Менструации с 12,5 лет, менструальный цикл нерегулярный, через 26-35 дней, менструации по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 3 лет менструации постепенно приобрели характер олигоменореи. Беременность 1 закончилась искусственным абортом.

Объективно: телосложение женского типа, ИМТ-25, вторичные половые признаки развиты правильно. С целью вызвать менструацию самостоятельно принимала дюфастон по 10 мг х 2 раза в день в течение 10 дней, менструальноподобная реакция не наступила.

При гинекологическом обследовании: наружные половые органы правильно. Влагалище нерожавшей, стенки не опущены. Шейка матки цилиндрической формы. Слабоположительный симптом «зрачка». Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободны. Выделения слизистые.

При УЗИ органов малого таза – матка нормальных размеров и эхоструктуры. М-эхо – 3 мм. Правый и левый яичник нормальных размеров с множественными фолликулами до 5-6 мм.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Основной диагноз: Вторичная аменорея. Фоновое заболевание: Хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз.
2. Гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, тестостерон, ТТГ, Т4, Т3). УЗИ щитовидной железы.
3. Консультация эндокринолога, решение вопроса о назначении гормон-заместительной терапии лево-тироксинном.

Задача 15

Больная 18 лет. Жалобы на отсутствие менструаций.

В анамнезе: менструаций не было; половой жизнью не живет. Объективно: пациентка невысокого роста – 147 см, короткие верхние и нижние конечности, шея короткая, грудная клетка бочкообразная. Молочные железы не развиты; подмышечное и лобковое оволосение отсутствует.

Ректальное обследование: тело матки небольших размеров. Придатки матки с обеих сторон не увеличены.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Первичная аменорея. Синдром Шерешевского-Тернера.
2. Консультация генетика с цитогенетическим исследованием кариотипа. УЗИ органов малого таза. Гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, эстрадиол, тестостерон)
3. Консультация генетика.

Задача 16

Больная 25 лет. Жалобы на отсутствие беременностей в течение года

регулярной половой жизни без контрацепции.

В анамнезе: менархе в 12 лет, цикл - 28-29 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 3 лет отметила укорочение циклов до 24 - 26 дней. Беременность – 1, закончилась выкидышем в сроке 4-5 недель. По данным базальной температуры (в течение 3-х циклов) – циклы двухфазные, длительность гипертермической фазы – 6-7 дней.

Гинекологическое обследование: шейка матки коническая, не эрозирована.

Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Вторичное бесплодие
2. - Оценка эндокринного и овуляторного статуса (определение уровня пролактина, гонадотропинов и стероидных гормонов в крови, ультразвуковое трансвагинальное исследование матки и придатков);
 - Оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии), в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия;
 - Оценка состояния эндометрия (ультразвуковое трансвагинальное исследование матки (эндометрия), гистероскопия, биопсия тканей матки (эндометрия):
 - Исследование эякулята мужа (партнера);
 - Обследование мужчины и женщины на наличие урогенитальных инфекций;
 - Выявление цервикального фактора бесплодия
 - Оценка фолликулярного резерва — АМГ, УЗИ;

3. При установлении причины женского бесплодия лечение осуществляется согласно клиническим рекомендациям по соответствующим заболеваниям и состояниям. При установлении причины бесплодия, обусловленного мужским фактором, рекомендовано направить партнера пациентки к врачу-урологу

Задача 17

Женщина 20 лет, обратилась к гинекологу женской консультации для подбора метода контрацепции.

В анамнезе: соматические заболевания – детские инфекции, ОРВИ.

Менструации с 13 лет, цикл нерегулярный через 29-35 дней, по 4-5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация – 40 дней назад. Половая жизнь с 18 лет, вне брака, партнер один. От беременности предохраняется прерванным половым актом.

При осмотре: рост 168 см, вес – 55 кг. Кожа лица жирная с акне.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное.

Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

1. **Необходимые методы исследования.**
2. **Какие методы контрацепции могут быть рекомендованы?**

Ответ:

1. Мочевой тест на беременность для исключения беременности
2. Данной пациентке можно рекомендовать КОК в сочетании с презервативом, т.е., так называемый, «двойной голландский метод».

Перед назначением КОК обязателен подробный сбор семейного анамнеза (были ли тромбоэмболические осложнения), измерение АД

Задача 18

Больная Т., 16 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на

кровянистые выделения из половых путей течение двух недель, периодически со сгустками, появившиеся после задержки менструации на 60 дней; в последние три дня присоединились слабость, головокружение. В анамнезе: в детстве перенесла частые ангины. Последние 2 года периодически возникают носовые кровотечения, которые связывает с переутомлением. Менархе с 15 лет. Менструальный цикл нерегулярный, длительность его варьирует от 25 до 45-50 дней. Менструации обильные. Подобное кровотечение возникло впервые. Половую жизнь отрицает.

Отмечается бледность кожных покровов. Нв – 100г/л.

При гинекологическом обследовании: девственная плева сохранена. При ректо-абдоминальном обследовании: тело матки нормальной величины, подвижное, плотное, безболезненное. Придатки матки не определяются, области их безболезненные. Выделения кровянистые, умеренные.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Аномальное маточное кровотечение (пубертатное кровотечение, ювенильное). Анемия легкой степени тяжести
- 2.



3. Если в ходе обследования не выявили никаких заболеваний, которые могли бы быть причиной ЮМК, то обычно проводится консервативное лечение. Его

основное направление — остановка кровотечения. После этого необходимо направить лечение на регулирование менструального цикла, в том числе на устранение стрессовых ситуаций.

Консервативное лечение — транексамовая кислота

Для уменьшения кровопотери врач может назначить НПВС. Их использование у девочек-подростков без патологии эндометрия и нарушений свёртывающей системы крови снижает кровопотерю на 20–60 %.

Препаратами второй линии для остановки кровотечений у девочек в период от менархе до 17 лет включительно являются монофазные комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Как правило, их назначают, только если не помогла Транексамовая кислота и НПВС.

Хирургическое лечение

Если консервативная терапия не помогает или возникло жизнеугрожающее кровотечение, девочку госпитализируют и проводят хирургический гемостаз — диагностическое выскабливание полости матки, по возможности под контролем гистероскопа.

Задача 19

Больная Ф., 52 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей, умеренную слабость, утомляемость. Данное кровотечение возникло после 4-недельной задержки менструации, носило умеренно интенсивный характер. Пациентка самостоятельно принимала «Дицинон» до 5 таблеток в сутки в течение 5 дней. Однако накануне обращения к врачу кровянистые выделения приобрели обильный характер.

Из анамнеза: Родов 2, абортов 2, без осложнений. В течение 1,5 лет отмечает нерегулярные менструации, с задержками на 30-60 дней. Из соматических заболеваний: сахарный диабет II типа, периодически отмечает подъёмы АД до 140/90 мм рт ст. Регулярно у врача не наблюдается. Нв 102 г/л.

При гинекологическом обследовании: Шейка матки цилиндрической формы, с

единичными закрытыми железами. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная. Своды влагалища выражены. Выделения кровянистые, обильные, со сгустками.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле (аномальное маточное кровотечение). Осложнение: постгеморрагическая анемия
2. УЗИ органов малого таза, мочевого тест на беременность, ОАК, в-ХГЧ
3. С целью немедленной остановки кровотечения, а также уточнения диагноза больной показана гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. Получение результатов гистологического исследования, противоанемическое лечение.

Задача 20

Больная О., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, возникшие на 16 день менструального цикла и продолжающиеся 9 дней, по интенсивности - от скудных до умеренных. Боли не беспокоят. Самостоятельно принимала «Глюконат кальция», «Викасол» в течение 4 дней – без эффекта.

Из анамнеза: 3 родов, 1 искусственный аборт, осложнившийся эндометритом. За 6 месяцев до настоящего кровотечения находилась на стационарном лечении по поводу нарушения менструального цикла в виде обильного кровотечения на фоне задержки менструации; выполнено лечебно-диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: простая железистая гиперплазия эндометрия. От последующего рекомендованного гормонального лечения больная отказалась. Соматический анамнез не

отягощён. Нв 126 г/л.

При гинекологическом обследовании: шейка матки деформирована за счет старых разрывов в родах, тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без патологических изменений. Выделения кровянистые скудные.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Аномальное маточное кровотечение. (рецидивирующая гиперплазия эндометрия?)
2. УЗИ ОМТ, мочевого тест на беременность, б-ХГЧ, ОАК.
3. После дообследования решение вопроса о гормональном гемостазе либо при показании - гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. Получение результатов гистологического исследования, показано назначение гормональной терапии.

Задача 21

Больная 27 лет. Жалобы на нерегулярные менструации. В анамнезе: менструации с 12 лет, цикл нерегулярный с менархе - 35-45-60 дней; менструации по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет, от беременности не предохраняется. По поводу ациклических маточных кровотечений 2 раза было произведено диагностическое выскабливание матки. По данным гистологического исследования – в соскобах была обнаружена простая гиперплазия эндометрия без атипии. Больной проводилась гормональная терапия гестагенами во II фазе цикла (последний курс закончила 3 месяца назад). Базальная температура – монофазная. Объективно: больная повышенного питания, ИМТ - 30, имеется рост стержневых волос в околососковых полях и на верхней губе, акне и

«нигроидный акантоз».

Гинекологическое обследование: шейка матки коническая, не эрозирована.

Симптом зрачка «+++». Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные до 6х7 см плотные, безболезненные яичники. Своды свободны. Выделения слизистые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Синдром поликистозных яичников - на основании данных объективного осмотра: андрогензависимой дермопатии рост стрессовых волос в околососковых полях и на верхней губе акне также нигроидный акантоз что является косвенным признаком наличия нарушения углеводного обмена - СД 2 типа что также характерно для СПКЯ, также нарушение жирового обмена, также данных анамнеза и гистологии отсутствие беременности при наличии половой жизни и отсутствии предохранения, и монофазная базальная температура что свидетельствует об ановуляторном цикле, наличие ациклических кровотечений и гистологического заключения гиперплазия эндометрия без атипии, данных физикального осмотра : пальпация увеличенных яичников

Инструментальные методы : УЗИ матки и придатков трансвагинальное

Лабораторные методы : определение уровня свободного и общего тестостерона в крови только после 3 месяцев отмены КОК, ПГТТ, модификация образа жизни физические упражнения

тактика консервативного лечения зависит от того планирует ли пациентка беременность или нет

при планировании беременности 1 линия терапии КГК с дозой ЕЕ 20-30 мг - КОК или антиандрогены или гестагены+антиандрогены
если пациентка не планирует беременность

1 линия терапии КГК с дозой ЕЕ 20-30 мг КОК в сочетании возможно в сочетании с Метформином при подтверждении диагноза СД

Задача 22

Больная 29 лет. Жалобы на нерегулярные менструации, отсутствие беременности в течение 3-х лет половой жизни в браке без контрацепции. В анамнезе: менструации с 12,5 лет, через 28-30 дней, менструации по 4-5 дней, безболезненные, умеренные. В последнее время (после отмены КОК) цикл стал нерегулярным – через 32-45 дней, менструации скудные.

Контрацептивный анамнез - принимала КОК в течение 4 лет); в течение последних 3 лет от беременности не предохраняется. Гинекологические заболевания отрицает. Анализ спермы мужа без отклонений от нормы. ИМТ-23. Молочные железы хорошо развиты, при сдавливании сосков - выделение молозива.

При гинекологическом обследовании: шейка матки коническая, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

По данным базальной температуры - ановуляторные циклы.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

Первичное бесплодие на основании жалоб отсутствие наступления беременности при наичии половой жизни без контрацепции в течение 3 лет а также данные базальной температуры наличие ановуляторных циклов

Лабораторные : влагалищный мазок, мазок из цервикального канала , на 5-7 день цикла определение уровня пролактина, тестостерона и дегидроэпиандростерона (ДЭАС) на 20-22 день - прогестерон, посткоитальный

тест, исследование на ИПП

Инструментальные : УЗИ органов малого таза, Гистеросальпингография
проведение медикаментозной индукции овуляции с помощью:

- кломифена цитрата по 50 мг (1 таб.) с 5 по 9 день менструального цикла
- гонадотропинов
- агонистов и антагонистов гонадотропин-рилизинг гормонов

Задача 23

Больная 48 лет. Жалобы на приливы жара к голове и верхней половине туловища до 30 раз в сутки, нарушения сна, приступы сердцебиения, периодически повышение артериального давления до 150/90 мм.рт.ст., снижение трудоспособности.

В анамнезе: в течение последних 1,5 лет менструальный цикл стал нерегулярным – 26-45 дней, менструации по 4-5 дней, скудные или умеренные, безболезненные. ИМТ=29.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное.

Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

Климактерический синдром диагноз поставлена на основании жалоб - приливы жара до 30 р в сутки нарушения сна , приступы сердцебиения, повышение АД, также данных анамнеза нерегулярные скудные менструации

Лабораторные методы : определеие уровня ФСГ в сыворотке крови ,
определение уровня ТТГ, ПАП-тест, определение ДНК ВПЧ,

Иструментальные методы : УЗИ матки и придатков, Маммография,

назначение персонифицированной МГТ после обследований

Задача 24

Больная 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на редкие и скудные менструации в течение последние последних 2-х лет, отсутствие беременности в течение 2,5-х лет половой жизни без предохранения. В анамнезе роды в возрасте 25 лет. Течение беременности осложнилось преэклампсией. В родах - слабость родовой деятельности, кровотечение в раннем послеродовом периоде, ручное обследование полости матки. После родов прибавила в весе 30 кг. Отмечается повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., головные боли, повышенный аппетит, полидипсия, плохой сон.

Объективно: больная повышенного питания, ИМТ = 38, ОТ/ОБ -1,3, рост волос по средней линии живота, стрии розового цвета на коже молочных желез, живота, ягодиц. В биохимическом анализе крови – глюкоза – 6,8 ммоль/л; триглицериды – 2,3 ммоль/л, ЛПВП – 1,3 ммоль/л.

При гинекологическом обследовании: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей, стенки его не опущены. Пальпация матки и придатков затруднена из-за чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки. Выделения слизистые.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

Нейроэндокринный гипоталамический синдром на основании данных анамнеза наличие осложненной беременности (ПЭ) и родов (послеродовое кровотечение), данных объективного осмотра прибавка веса 30 кг, повышение АД, головные боли, полидипсия, гиперпигментации -стрии, повышенный уровень глюкозы крови), данных лабораторных анализов повышенный уровень триглицеридов, жалоб - олигоменорея и отсутствие беременности при наличии половой жизни в

течение года без контрацепции

лабораторные методы : определение уровня АКТГ, кортизола, пролактина, инсулина

Инструментальные УЗИ органов брюшной полости, КТ или МРТ головного мозга

Модификация образа жизни, диетотерапия - направлено на снижение веса

Гормональная терапия

Задача 25

Больная 32 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие

беременности в течение 3-х лет половой жизни в браке без контрацепции.

В анамнезе: менструальный цикл регулярный, через 28-29 дней, менструации по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. В возрасте 24 лет больной

проводилось лечение по поводу острого сальпингоофорита,

пельвиоперитонита. Этиологически установлены возбудители ЗППП (гонорея, хламидиоз, микоплазмоз). После проведенной антибактериальной терапии и лабораторного контроля (методом ПЦР) возбудители ЗППП не определялись.

Базальная температура двухфазная.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты

правильно. Шейка матки коническая, вокруг наружного зева – эктопия. Тело

матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. В области придатков

матки с обеих сторон пальпируются туго-эластической консистенции

образования 8х4 см справа и 7х3 см слева. Образования безболезненные.

Своды глубокие. Выделения слизистые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Кисты обоих яичников предположительно эндометриодные. на основании

отсутствия беременности тк именно эндометриодные кисты снижают овариальный резерв а также данные физикального осмотра наличие образований туго-эластической консистенции

инструментальные : Узи матки и придатков трансвагинальное

Тактика заключается в проведении скорее всего оперативного лечения - путем лапароскопии цистэктомии.

Задача 26

Больная 35 лет обратилась к гинекологу в женскую консультацию с жалобами на болезненные менструации, боли в глубине таза, диспареунию, склонность к запорам. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 3-х лет, а болевой синдром имеет циклический характер: боли возникают накануне менструации и значительно уменьшаются после ее окончания.

Из анамнеза: менструальный цикл регулярный, одни срочные роды без осложнений. Пациентка отмечает вторичное бесплодие в течение 3 лет.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые. Пульс 72 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. ,гемоглобин – 123 г/л.

При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, не изменена. В заднем своде влагалища видны мелкие очаги синюшного цвета.

При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, неподвижное. Придатки матки не пальпируются. Кзади от матки определяется бугристое образование до 6 см в диаметре, без четких контуров, резко болезненное при пальпации.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Распространенная форма инфильтративного эндометриоза с поражением ректовагинальной перегородки. ОГА. Вторичное бесплодие. Рекомендовано

назначение УЗИ ОМТ ультразвуковым трансвагинальным датчиком (при наличии) у пациенток с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания. Следует рассмотреть проведение МРТ малого таза, чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза и границы поражения. При ректовагинальном эндометриозе может потребоваться дифференциальная диагностика с метастазами хориокарциномы в задний свод влагалища, которые также могут быть синюшного цвета. В диагностике помогают данные анамнеза, наличие сомнительных и вероятных признаков беременности, определение содержания ХГЧ.

Тактика: назначение УЗИ ОМТ трансвагинальное, Цитологический скрининг шейки матки, анализа на СА-125 (повышенный уровень может быть ассоциирован с эндометриозом). Медикаментозная терапия - включает негормональные средства и препараты гормональной терапии.

Медикаментозное воздействие направлено на регресс клинических симптомов, сохранение репродуктивной функции, улучшение качества жизни.

Выбор препаратов зависит от возраста больной, анамнеза, переносимости лекарственных средств, сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний. Эффективность медикаментозной терапии нужно оценивать в течение 3 мес при отсутствии противопоказаний и побочных эффектов (в случае необходимости производят замену препарата или выполняют оперативное лечение).

Задача 27

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременностей в течение 3 лет регулярной половой жизни без предохранения и на обильные менструации. В анамнезе 2 аборта, осложнившиеся эндометритом, аппендэктомия. Пациентка отмечает частые ангины.

При осмотре состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный,

физиологические отправления не нарушены. Гемоглобин – 105 г/л. При гинекологическом обследовании: шейка матки коническая, не эрозирована. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, плотное, подвижное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненная.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Эндометриоз матки (Аденомиоз). ОГА. Первичное бесплодие. Анемия легкой степени. Рекомендовано назначение УЗИ ОМТ ультразвуковым трансвагинальным датчиком (при наличии) у пациенток с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания. МРТ малого таза, чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза и границы поражения. Рекомендуется проведение лапароскопии у больных эндометриозом.

Тактика: назначение УЗИ ОМТ трансвагинальное, Цитологический скрининг шейки матки, анализа на СА-125 (повышенный уровень может быть ассоциирован с эндометриозом). Медикаментозная терапия - включает негормональные средства и препараты гормональной терапии.

Медикаментозное воздействие направлено на регресс клинических симптомов, сохранение репродуктивной функции, улучшение качества жизни.

Нестероидные противовоспалительные препараты могут быть назначены кратковременно до 3 месяцев при отсутствии противопоказаний самостоятельно или в сочетании с терапией первой линии.

Выбор препаратов зависит от возраста больной, анамнеза, переносимости лекарственных средств, сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний.

Эффективность медикаментозной терапии нужно оценивать в течение 3 мес

при отсутствии противопоказаний и побочных эффектов (в случае необходимости производят замену препарата или выполняют оперативное лечение).

Задача 28

Женщина 26 лет, обратилась к гинекологу женской консультации для подбора надежного метода контрацепции.

В анамнезе: соматический анамнез – простудные заболевания, детские инфекции. Менструации с 13 лет, установились в течение 6 месяцев, регулярные через 28-29 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь в браке с 20 лет. Беременность – 1, срочные роды без осложнений 5 месяцев назад. Ребенок на грудном вскармливании. Месяц назад – первая менструация после родов.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

1. Необходимые методы исследования.

2. Какие методы контрацепции могут быть рекомендованы?

Ответ:

Метод сбора анамнеза, Метод физикального исследования (тонометрия) могут быть рекомендованы

Гормональная контрацепция - Из гормональной контрацепции во время кормления грудью рекомендуется использовать только прогестерон-содержащие препараты (minipill, Depo-Provera или Norplant). Эти гормональные средства выделяются в грудное молоко в минимальных количествах и не оказывают какого-либо отрицательного влияния на развитие новорожденного.

- ПОК
- Имплантаты

КОК уменьшают количество грудного молока и сокращают период лактации.

Барьерная контрацепция.

Задача 29

Больная Т., 16 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей течение двух недель, периодически со сгустками, появившиеся после задержки менструации на 60 дней; в последние три дня присоединились слабость, головокружение. В анамнезе: в детстве перенесла частые ангины. Последние 2 года периодически возникают носовые кровотечения, которые связывает с переутомлением. Менархе с 15 лет. Менструальный цикл нерегулярный, длительность его варьирует от 25 до 45-50 дней. Менструации обильные. Подобное кровотечение возникло впервые. Половую жизнь отрицает.

Отмечается бледность кожных покровов. Нв – 100г/л.

При гинекологическом обследовании: девственная плева сохранена.

При ректо-абдоминальном обследовании: тело матки нормальной величины, подвижное, плотное, безболезненное. Придатки и матки не определяются, области их безболезненные. Выделения кровянистые, умеренные.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Дисфункциональное маточное кровотечение (ювенильное кровотечение).

Анемия легкой степени. Лабораторные методы исследования: Клинический анализ крови, коагулограмму проводят для определения степени анемии и исключения патологии системы гемостаза. Определение половых и гипофизарных гормонов (пролактина, ЛГ, ФСГ, эстрогена, прогестерона, кортизола, тестостерона, Т3, ТТГ, Т4) в сыворотке крови. Инструментальные

методы: УЗИ позволяет исключить субмукозную миому, полипы, эндометриоз матки. Более информативна гистероскопия, которую проводят одновременно с раздельным лечебно- диагностическим выскабливанием и последующим гистологическим исследованием соскоба.

Тактика: первоочередно - гемостатическая терапия. Дальнейшая тактика лечения направлена на профилактику повторных маточных кровотечений и нормализацию менструального цикла.

-Симптоматические гемостатические (менадион, этамзилат) и сокращающие матку (окситоцин) препараты. В случае неэффективности негормонального гемостаза назначаются препараты прогестерона. Параллельно с гемостазом осуществляется противоанемическая терапия.

Задача 30

Больная 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременностей в течение 3 лет регулярной половой жизни без предохранения и на тянущие боли в нижних отделах живота, которые приобрели циклический характер: возникают перед менструацией и заканчиваются с ее окончанием. В анамнезе беременности отсутствуют, хронический сальпингоофорит, аппендэктомия. Пациентка отмечает частые ангины.

При осмотре состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления не нарушены.

При гинекологическом обследовании: шейка матки коническая, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, ограничено подвижное. В области придатков матки с обеих сторон пальпируются ограничено подвижные, умеренно болезненные образования, слева – 5х6 см, справа – 6х8 см.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Наружный генитальный эндометриоз. Эндометриоидные кисты обоих яичников больших размеров. ОГА. Первичное бесплодие.

Рекомендовано назначение УЗИ ОМТ ультразвуковым трансвагинальным датчиком (при наличии) у пациенток с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания. Следует рассмотреть проведение МРТ малого таза, чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза и границы поражения. При ректовагинальном эндометриозе может потребоваться дифференциальная диагностика с метастазами хориокарциномы в задний свод влагалища, которые также могут быть синюшного цвета. В диагностике помогают данные анамнеза, наличие сомнительных и вероятных признаков беременности, определение содержания ХГЧ.

Тактика: назначение УЗИ ОМТ трансвагинальное, Цитологический скрининг шейки матки, анализа на СА-125 (повышенный уровень может быть ассоциирован с эндометриозом). Медикаментозная терапия - включает негормональные средства и препараты гормональной терапии.

Медикаментозное воздействие направлено на регресс клинических симптомов, сохранение репродуктивной функции, улучшение качества жизни.

Нестероидные противовоспалительные препараты могут быть назначены кратковременно до 3 месяцев при отсутствии противопоказаний самостоятельно или в сочетании с терапией первой линии.

Выбор препаратов зависит от возраста больной, анамнеза, переносимости лекарственных средств, сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний.

Эффективность медикаментозной терапии нужно оценивать в течение 3 мес при отсутствии противопоказаний и побочных эффектов (в случае необходимости производят замену препарата или выполняют оперативное лечение).

Рекомендуется проведение лапароскопии для верификации диагноза

эндометриоза, определения степени распространения, клинических форм, выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний.

Задача 31

Женщина 38 лет, обратилась к гинекологу для подбора надежного метода контрацепции.

Соматический анамнез – ОРВИ, варикозное расширение вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь (повышение АД до 160/100 мм рт ст), хронический холецистит.

В анамнезе: менструации с 13 лет, регулярные, через 28-29 дней, по 4-5 дней, безболезненные, умеренные.

Половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременностей – 5, родов - 2 (срочные самопроизвольные) без осложнений, аборт – 3, по желанию женщины, без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное.

Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Необходимые методы исследования.

Биохимический анализ крови. Коагулограмма. Мазок на онкоцитологию.

Анализ на гормоны (уровень прогестерона, тестостерона, ФЛГ). УЗИ органов малого таза. ЭКГ. Маммография.

2. Какие методы контрацепции могут быть рекомендованы?

Мини-пили (содержат только прогестин, поэтому безопасны для женщины с

повышенным АД). ВМС-Мирена (содержит только гестагенный компонент).
Барьерные методы контрацепции. (КОК нельзя т.к. они увеличивают риск
тромбоэмболических осложнений).

Задача 32

Больная Б., 62 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на
тянущие постоянные боли в нижних отделах живота, слабость. Постменопауза
6 лет. В анамнезе одни роды, 2 аборта. Из гинекологических заболеваний:
хронический сальпингоофорит. В возрасте 30 лет операция Лапаротомия.
Резекция правого яичника по поводу апоплексии яичника. Последний осмотр
гинекологом 5 лет тому назад.

Из соматического анамнеза: Язвенная болезнь желудка в течение 20 лет.
Последнее обследование 6 лет тому назад.

При гинекологическом исследовании: шейка матки цилиндрическая, не
изменена. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное,
безболезненное. Слева и сзади от матки пальпируется объёмное
малоподвижное образование туго-эластической консистенции размерами до
10-12см.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. **Диагноз.**

Основной диагноз: Киста левого яичника.

2. **Необходимые методы исследования.**

Трансвагинальное УЗИ органов малого таза. МРТ органов малого таза с
контрастом. Колоноскопия. ФГДС. Онкомаркеры (С-125, СА-19-9, РЭА).
Консультация онколога.

3. Врачебная тактика.

Лапароскопия. Удаление придатков матки с обеих сторон. (т.к женщина в постменопаузе).

Задача 33

Больная В., 30 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на редкие и скудные менструации, отсутствие беременности в течение двух лет. В анамнезе : роды в возрасте 22 лет, осложнившиеся кровотечением в раннем послеродовом периоде и ручным обследованием полости матки. После родов отмечена прибавка в весе 25 кг, беспокоят головные боли, повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст., бессонница. Объективно: имеется чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки по верхнему типу и на животе, стрии розового цвета, повышенное оволосение по средней линии живота. При гинекологическом исследовании пальпация матки и придатков затруднена из-за чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Диагноз.

Нейрообменный—эндокринный синдром.

2. Необходимые методы исследования.

УЗИ органов малого таза. Гормоны щитовидной железы. Содержание пролактина в сыворотке крови. Содержание андрогенов в сыворотке крови.

Глюкоза крови.

3. Врачебная тактика.

Коррекция обменных нарушений, снижение массы тела.

Задача 34

Больная Д., 55 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на «приливы» жара до 20 раз в сутки, боли в области сердца, приступы сердцебиения, повышение АД до 160/90 мм рт. ст., боли в суставах и пояснице, чувство жжения и сухости во влагалище. Постменопауза 3 года. В течение года наблюдается у терапевта. При гинекологическом обследовании: слизистая влагалища и шейки матки бледная, сухая, с мелкими кровоизлияниями. Тело матки атрофичное, плотное, безболезненное. Придатки матки не определяются.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Диагноз.

Основной диагноз: Климактерический (перименопаузальный) синдром.

Средней степени тяжести.

2. Необходимые методы исследования.

УЗИ органов малого таза. ЭКГ. Двухфотонная рентгеновская денситометрия.

3. Врачебная тактика.

Конъюгированные эстрогены. Эстроген-гестагенные препараты для заместительной гормональной терапии. Свечи во влагалища овестинин (эстрогенный препарат). Препараты кальция.

Задача 35

Больная 45 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные, длительные менструации, приводящие к снижению цифр гемоглобина до 80 г/л.

В анамнезе: 2 родов и 3 медицинских аборта, последний из них осложнился эндометритом.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки увеличено до 10 недель беременности, округлой формы,

подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды глубокие. Выделения из половых путей слизистые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Клинический диагноз и его обоснование

Основной диагноз: Миома матки с подслизистым ростом одного из узлов.

Сопутствующий: Аденомиоз. Анемия средней степени. (жалобы на обильные и длительные менструаций приводящие к анемизации, при физикальном осмотре увеличение размеров матки до 10 недель, характерно для Миомы матки).

2. Дополнительные методы исследования

Трансвагинальное ультразвуковое исследование матки и придатков.

3. Тактика лечения

Лапаротомия. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.

Задача 36

Больная А., 45 лет, поступила в гинекологический стационар для обследования по поводу обильных менструаций, кровянистых выделений до и после менструаций в течение 4-5 дней, снижение цифр гемоглобина до 80 г/л. В анамнезе 2 родов, 3 искусственных аборта. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 лет. Год тому назад производилось лечебно-диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки в связи с меноррагией. Выставлен диагноз «Внутренний эндометриоз». В результатах гистологического исследования: эндометрий в стадии десквамации.

При гинекологическом осмотре: влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не изменена; тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, округлой формы, плотное, подвижное, безболезненное.

Придатки с обеих сторон не увеличены, области их безболезненные. Своды выражены.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Меноррагия. Аденомиоз (диффузная/узловая форма?) ОГА. Анемия средней степени тяжести.

- УЗИ ОМТ, УЗИ органов брюшной полости(исключение других причин анемии)
- МРТ ОМТ
- диагностическая лапароскопия
- консультация гематолога (для исключения иных причин анемии)
- Рентген ОГК в 2 проекциях, ЭКГ, консультация терапевта, ОАК, б/х анализ крови, коагулограмма, госпитальный комплекс (для планового оперативного вмешательства, и есть ли анемия?), ОАМ, тест на COVID-19 – для планового оперативного вмешательства
- Патоморфологическое, гистологическое исследование операционного материала.
- сбор анамнеза, физикальный осмотр, выяснение дальнейших репродуктивных планов пациентки
- могут быть предложены следующие варианты лечения:

Хирургическое лечение: тотальная абляция эндометрия с предварительным РДВ (при отсутствии желания беременеть в дальнейшем), лапароскопия, электромиолизис (при диффузной форме аденомиоза), коагуляция эндометриоидных гетеротопий при их обнаружении в ходе лапароскопии, лечение с применением высокочастотного ультразвука под УЗИ/МРТ-контролем (HIFU), ЭМА, гистерэктомия.

Консервативная терапия: КОК («Визанна»)(не кок – исключительно диеногест),

«Клайра», «Жанин»), левоноргестрел-содержащие ВМС («Мирена», «Кайлина»), агонисты гонадотропин-релизинг-гормона, транексамовая кислота (1-1,5 г) перорально до 3 р/день при обильном кровотечении, НПВС, ферротерапия, начиная с пероральных форм (Сорбифер/ Мальтофер/ Тотема/ Тардиферон, парентерально – Феринжент).

Задача 37

Больная 50 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, увеличение живота в объеме, слабость, быструю утомляемость.

В анамнезе: 2 родов, 1 искусственный аборт без осложнений. Впервые миома матки выявлена в возрасте 37 лет, размерами до 6 недель беременности.

Последний раз у гинеколога была год назад, величина матки составляла 10-11 недель беременности.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки увеличено до 18 недель беременности, с бугристой поверхностью, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Своды глубокие. Выделения из половых путей слизистые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Миома матки 18 недель? ОГА. – учитывая данные анамнеза и физикального осмотра, для уточнения диагноза необходимо дополнительное обследование.

Астенический синдром, бугристая поверхность, динамика роста «настораживают» относительно доброкачественности образования.

Инструментальные исследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ(для уточнения диагноза), рентген ОГК в 2 проекциях, ЭКГ, консультация терапевта – для

планового оперативного вмешательства

Лабораторные исследования: ОАК, б/х анализ крови, коагулограмма, госпитальный комплекс (для планового оперативного вмешательства, и есть ли анемия?), ОАМ, тест на COVID-19 – для планового оперативного вмешательства

Патоморфологическое, гистологическое исследование операционного материала.

Метод лечения – оперативный. Объем вмешательства должен определяться в соответствии с результатами УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ и заинтересованности пациентки в органосохраняющей операции. Учитывая большие размеры образования, метод доступа – лапаротомия. Возможна миомэктомия или гистерэктомия (с решением вопроса о повторном оперативном вмешательстве по результатам гистологического исследования), резекция сальника.

Дальнейшая тактика лечения определяется в зависимости от результатов гистологического исследования.

Задача 38

Больная 46 лет, обратилась в женскую консультацию в связи с жалобами на учащенное мочеиспускание и тянущие боли в нижних отделах живота.

В анамнезе: 2 родов, 3 искусственных аборта, последний из которых осложнился эндометритом. К гинекологу не обращалась в течение последних 4-х лет.

Больная правильного телосложения, с умеренно выраженной подкожно-жировой клетчаткой.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки неправильной формы, узловатое, увеличено до 14 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. По передней стенке матки пальпируется образование округлой формы до 7 см в диаметре. Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды глубокие. Выделения светлые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Миома матки 14 недель. ОГА. – пальпируемое округлое образование по передней стенке, с ним же могут быть связаны и жалобы пациентки.

Инструментальные исследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ(для уточнения диагноза), рентген ОГК в 2 проекциях, ЭКГ, консультация терапевта – для планового оперативного вмешательства

Лабораторные исследования: ОАК, б/х анализ крови, коагулограмма, госпитальный комплекс (для планового оперативного вмешательства, и есть ли анемия?), ОАМ, тест на COVID-19 – для планового оперативного вмешательства

Патоморфологическое, гистологическое исследование операционного материала.

Метод лечения – оперативный. Объём вмешательства должен определяться в соответствии с результатами УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ и заинтересованности пациентки в органосохраняющей операции. Учитывая большие размеры образования, метод доступа – лапаротомия, но лапароскопия также возможна. Возможна миомэктомия или гистерэктомия (с решением вопроса о повторном оперативном вмешательстве по результатам гистологического исследования). Дальнейшая тактика лечения определяется в зависимости от результатов гистологического исследования.

Задача 39

Больная 32 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные длительные менструации, приводящие к снижению цифр гемоглобина до 100 г/л.

В анамнезе: 2 искусственных аборта без осложнений, родов не было.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не

эрозирована. Тело матки увеличено до 8 недель беременности, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненна.

При УЗИ: матка размерами 73х68х75 мм, полость матки деформирована округлым образованием до 45 мм в диаметре. Левый яичник размерами 28х23 мм, правый яичник 29х26 мм. Яичники без анатомических изменений.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Метроррагия. Миома матки 8 недель? Аденомиоз узловая форма? ОГА. Анемия лёгкой степени.

Инструментальные исследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ(для уточнения диагноза), рентген ОГК в 2 проекциях, ЭКГ, консультация терапевта – для планового оперативного вмешательства

Лабораторные исследования: ОАК, б/х анализ крови, коагулограмма, госпитальный комплекс (для планового оперативного вмешательства, и есть ли анемия?), ОАМ, тест на COVID-19 – для планового оперативного вмешательства

Патоморфологическое, гистологическое исследование операционного материала.

Учитывая возраст, анамнез пациентки, АМК, метод лечения – оперативный. В зависимости от результатов инструментальных исследований может быть выбрана лапароскопия, лапаротомия с миомэктомией, лечение с применением высокочастотного ультразвука – HIFU.

Консервативная терапия: транексамовая кислота (1-1,5 г перорально) до 3 р/сутки, НПВС, ферротерапия (Сорбифер, Мальтофер, Тотема, Тардиферон, Феринжент)

Задача 40

Больная 46 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота больше справа, тошноту.

В анамнезе: 2 родов, 3 искусственных аборта. Миома матки (величиной до 7 недель беременности) выявлена в возрасте 40 лет. В течение 6 лет у гинеколога не наблюдалась.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы розовые. Температура тела 38,6°. Пульс 96 ударов в 1 мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах справа. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание учащенное. Стул не нарушен.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки увеличено до 16 недель беременности, бугристое, по правому ребру матки пальпируется плотное образование до 10 см в диаметре, резко болезненное. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие. Выделения слизистые.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 96 г/л; лейкоциты – $16,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 14 мм.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

Миома матки 16 недель. Некроз миоматозного узла?

Инструментальные исследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ(для уточнения диагноза), рентген ОГК в 2 проекциях, ЭКГ, консультация терапевта – для оперативного вмешательства

Лабораторные исследования: ОАК, б/х анализ крови, коагулограмма, госпитальный комплекс, ОАМ, тест на COVID-19 – для оперативного вмешательства

Патоморфологическое, гистологическое исследование операционного материала.

Неотложное хирургическое вмешательство:

лапароскопическая/лапаротомическая миомэктомия.

Задача 41

Больная 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные, длительные менструации в течение последнего года, приводящие к снижению цифр гемоглобина до 92 г/л.

В анамнезе: 1 роды, 1 искусственный аборт без осложнений.

Гинекологическое обследование: шейка матки субконической формы, не эрозирована. Тело матки увеличено до 10 недель беременности, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненна.

При УЗИ: тело матки размерами 98х90х94 мм, внутри расширенной полости матки визуализируется округлой формы образование с ровными контурами, средней эхогенности размерами 80 мм в диаметре. Яичники с обеих сторон без анатомических изменений.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Подслизистый (субмукозный) миоматозный узел - увеличение размеров матки, жалобы на обильные менструации (объективно - снижение уровня гемоглобина), данные УЗИ ОМТ (округлое образование с четкой границей)
2. Доп методы - КТ, МРТ
3. Медикаментозное: агонисты ГнРГ, ЛНГ-ВМС, гестагены, НПВС, транексамовая кислота при обильных кровотечениях. Хирургическое:

гистерорезектоскопия, трансцервикальная миомэктомия, РДВ эндометрия и эндоцервикса

Задача 42

Больная 45 лет предъявляет жалобы на обильные, болезненные, длительные менструации и скудные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации.

Из анамнеза: одни срочные роды, три искусственных аборта, последний из которых, произведенный 4 года назад осложнился гематометрой, в связи с чем выполнена, вакуум-аспирация и выскабливание стенок полости матки. В дальнейшем развился эндомиометрит.

При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 72 удара в мин., АД 125/80 мм.рт. ст. Уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, ограничено подвижное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Своды свободные, выделения слизистые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Гиперплазия эндометрия? Миома матки? Аденомиоз? - длительные болезненные менструации, межменструальные кровянистые выделения, увеличенные размеры матки. Скорее всего, гиперпластический процесс эндометрия, поскольку в анамнезе 3 аборта, в том числе осложненный.

2. Лабораторные: ХГЧ (исключение беременности), клинический анализ крови, коагулограмма) Инструментальные: УЗИ ОМТ, соногистерография, доплерометрия, диагностическая лапароскопия.

3. Медикаментозное: прогестагены в циклическом режиме.

Хирургическое: РДВ под контролем гистероскопии, абляция эндометрия (если не планирует реализовывать репродуктивную функцию)

Задача 43

Больная Д., 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, усиливающиеся накануне и в первые дни менструации.

В анамнезе: 1 роды, 2 искусственных аборта, хронический сальпингоофорит, аппендэктомия.

При осмотре состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления не нарушены.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки не увеличено, плотное, ограничено подвижное. В области придатков матки с обеих сторон пальпируются неподвижные, умеренно болезненные образования, слева – 5х6 см, справа – 6х8 см.

1. **Диагноз.**

2. **Необходимые методы исследования.**

3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Доброкачественные опухоли яичников/опухолевидные образования яичников (скорее всего, так как пациентка молодая, в репродуктивном возрасте, боли усиливаются накануне менструации). Возможно, эндометриoidные кисты яичников - жалобы на тянущие боли внизу живота, пальпируемые образования придатков.

2. Лабораторные: онкомаркеры (СА-125, СА-19-9, НЕ-4 с подсчетом индекса ROMA). Инструментальные: УЗИ ОМТ, МРТ, КТ, лапароскопия.

3. Учитывая размеры образований, показана госпитализация.

Медикаментозное лечение: КОК только в целях профилактики. При

сохранении образований более 6 месяцев или возникновении осложнений (перекрут придатков, перфорация стенки образований, апоплексии яичников), показано хирургическое лечение: лапароскопия с обязательным гистологическим исследованием образований

Задача 44

Больная 25 лет обратилась с жалобами на боли в нижних отделах живота, болезненные менструации, первичное бесплодие. При обследовании по тестам функциональной диагностики – двухфазный менструальный цикл, муж обследован – здоров. При посткоитальном тесте - индивидуальной несовместимости супругов не выявлено. При диагностической лапароскопии обнаружены множественные очаги синюшного цвета на брюшине малого таза, связочном аппарате матки и правом яичнике. Левый яичник представлен образованием до 6 см. в диаметре, подпаянным к задней поверхности матки. Спаечный процесс в области малого таза.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Эндометриоидная киста левого яичника, наружный эндометриоз - очаги синюшного цвета, а также образование левого яичника при лапароскопии, жалобы тянущие боли, болезненные менструации, бесплодие.
2. Лабораторные: онкомаркеры (СА-125, эмбриональный антиген, СА 19-9). Инструментальные: МРТ ОМТ, КТ, гистероскопия (исключение внутреннего эндометриоза), кольпоскопия (исключение поражения шейки матки).
3. Медикаментозное: НПВС, прогестагены, ЛНГ-ВМС, агонисты/антагонисты ГнРГ, селективные модуляторы прогестероновых рецепторов, КОК. Учитывая наличие эндометриоидной кисты, показано

хирургическое лечение: лапароскопия, резекция левого яичника (поскольку размер кисты больше 3 см), удаление всех видимых очагов

Задача 45

Больная 36 лет, предъявляет жалобы на болезненные менструации, боли при половом сношении, склонность к запорам, боли при акте дефекации.

Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев.

Из анамнеза: одни срочные роды, два искусственных аборта, менструальный цикл регулярный. Вторичное бесплодие в течение 10 лет. Кожные покровы бледно-розовые. Пульс 78 ударов в мин. АД 120/80 мм.рт.ст., гемоглобин - 120 г/л. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. В заднем своде влагалища видны очаги синюшного цвета. При гинекологическом исследовании: тело матки не увеличено, отклонено кзади, ограниченно подвижное. Придатки матки не увеличены, безболезненные.

Кзади от шейки матки определяется бугристое образование до 4-х см в диаметре, без четких контуров, резко болезненное при пальпации.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

Ретроцервикальный эндометриоз - жалобы на болезненные менструации, запоры, диспареунию, бесплодие, очаги синюшного цвета в заднем своде, бугристое образование до 4 см в диаметре.

1. Лабораторные: онкомаркеры (СА-125, эмбриональный антиген, СА 19-9). Инструментальные: МРТ ОМТ, КТ, гистероскопия (исключение внутреннего эндометриоза), кольпоскопия (исключение поражения шейки матки), колоноскопия для исключения вовлечения толстой кишки.

2. Медикаментозное: НПВС, прогестагены, ЛНГ-ВМС, агонисты/антагонисты ГнРГ, селективные модуляторы прогестероновых рецепторов, КОК. Хирургическое: лапароскопия/комбинированный лапароскопически-влагалищный доступ. При размерах очага более 2-3 см, вовлечении более 1/3 окружности кишки, глубины инвазии в мышечный слой кишки от 5 мм показана резекция кишки.

Задача 46

Пациентка 47 лет поступила в гинекологический стационар для обследования по поводу

болезненных, обильных и продолжительных менструаций.

Менструации с 12 лет, установились сразу, по 5-6 дней, через 30 дней. В течение 2-х лет

менструации стали болезненные и обильные.

В анамнезе: одни роды, 6 искусственных аборт.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, рубцово-

деформирована за счет старых послеродовых разрывов. Тело матки увеличено до 12

недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих

сторон не увеличены, безболезненные. При ТВУЗС: матка размерами 98х90х75 мм, в

толще миометрия определяются кистозные структуры до 3-5 мм в диаметре, а также

образования округлой формы с четкими контурами диаметром 15, 20 и 35 мм.

Яичники с

обеих сторон без особенностей.

Была произведена гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание слизистой

цервикального канала и полости матки. При гистероскопии обнаружено: расширение полости матки, грубый складчатый рельеф базального слоя эндометрия с неровными контурами. Подслизистого узла не выявлено. Гистологическое заключение - эндометрий стадии секреции.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Множественная миома матки с интрамуральным ростом узлов.

-ОАК

- Бимануальное влагалищное исследование

- УЗИ (трансвагинальное

- МРТ малого таза

Консервативная миомэктомия / Гистерэктомия / Эмболизация маточных артерий

Задача 47

Больная 28 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во

время менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет. Считает себя больной около

3 лет.

В анамнезе: один самопроизвольный выкидыш при сроке 5-6 недель. В возрасте 25 лет

оперирована по поводу разрыва кисты правого яичника, произведена резекция яичника.

Результатов гистологического исследования удаленной ткани больная не знает. Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки не увеличено, ограничено подвижное, безболезненное. Справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование размерами 8х6см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, спаянное с задней поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки матки не увеличены. Выделения из половых путей слизистые.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Эндометриоидная киста правого яичника. Вторичное бесплодие. ОАГА.

-УЗИ

-лапароскопия

- доплеровское картирование.

Лапароскопическая цистэктомия (при невозможности - резекция или оварэктомия справа), разъединение спаек. Вторым этапом - диеногест 2 мг в сутки 6 месяцев, затем дидрогестерон (дюфастон) 20 мг в сутки с 5 по 25 день цикла (т.к. планируем беременность) + контроль УЗИ

Задача 48

У больной Н., 35 лет при профилактическом осмотре в женской консультации было выявлено патологическое состояние шейки матки. Жалоб пациентка не предъявляет. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней

умеренные, безболезненные, через 28-30 дней. Из анамнеза: 1 роды, 3 искусственных аборта без осложнений. Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненна. Своды глубокие. Параметрии не инфильтрированы. Кольпоскопическая картина: влагалищная часть шейки матки покрыта многослойным плоским эпителием, на задней губе шейки матки на 6 часах имеется участок белесоватого цвета, неправильной формы, возвышающийся над поверхностью неизмененного эпителия, йоднегативный.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Лейкоплакия шейки матки.

- PAP-тест

-Прицельная биопсия шейки матки и выскабливание слизистой оболочки цервикального канала с гистологическим исследованием

- типирование ВПЧ

- этиотропная противовоспалительная терапия
- коррекция микробиоценоза влагалища, гормональных и иммунных нарушений
- лечение ВПЧ иммуномодуляторами — оправдано лишь вместе с хирургическим вмешательством
- радиоволновая хирургия
- лазеротерапия (высокоинтенсивное СО₂-лазерное излучение);
- диатермокоагуляция

Задача 49

Пациентка 50 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 8 дней, начавшиеся после задержки менструации на три недели.

Из анамнеза: 2 родов, 4 искусственных аборта. В течение последних 8 месяцев отмечает нерегулярные менструации.

Соматически у больной ожирение III ст., артериальная гипертензия, посттромбофлебитический синдром нижних конечностей.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована.

Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки

пальпировать не удастся из-за выраженного ожирения, область их безболезненна.

Пациентке произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой

цервикального канала и тела матки. Результат гистологического исследования: простая

атипическая гиперплазия эндометрия.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Атипическая гиперплазия эндометрия. Ожирение III ст., артериальная гипертензия,

посттромбофлебитический синдром нижних конечностей.

-УЗИ трансвагинальное

-Гистероскопия+раздельное диагностическое выскабливание при АГЭ проведение гистерэктомии, по возможности, лапароскопическим доступом

Задача 50

Пациентка 50 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 8 дней, начавшиеся после задержки менструации на три недели.

Из анамнеза: 2 родов, 4 искусственных аборта. В течение последних 8 месяцев отмечает нерегулярные менструации.

Соматически у больной ожирение III ст., артериальная гипертензия, посттромбофлебитический синдром нижних конечностей.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована.

Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки

пальпировать не удастся из-за выраженного ожирения, область их безболезненна.

Пациентке произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой

цервикального канала и тела матки. Результат гистологического исследования: простая

атипическая гиперплазия эндометрия.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Атипичическая гиперплазия эндометрия. Ожирение III ст., артериальная гипертензия,

посттромбофлебитический синдром нижних конечностей.

-УЗИ трансвагинальное

-Гистероскопия+раздельное диагностическое выскабливание

при АГЭ проведение гистерэктомии, по возможности, лапароскопическим доступом

Задача 51

Больная 47 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, начавшиеся на фоне 2-х месячной задержки менструации.

В анамнезе: 1 роды и 2 самопроизвольных выкидыша. После родов больная отметила прибавку массы тела на 15 кг.

Объективно: больная повышенного питания, отмечаются множественные полосы растяжения в нижних отделах живота. АД колеблется в пределах 130/90 – 150/100 мм.рт.ст.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное.

Придатки матки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Аномальное маточное кровотечение (кровянистые выделения из половых путей, длящиеся более 8 дней)

2. Исследование уровня ХГЧ, клинический анализ крови, коагулограмма (оценка системы гемостаза), микроскопическое исследование влагалищных мазков, УЗИ органов малого таза,

3. Транексамовая кислота, монофазные КОК

При выявлении патологии эндометрия по данным УЗИ ОМТ-гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание

Задача 52

Больная 47 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей.

В анамнезе: 2 родов и 3 искусственных аборта. Гинекологические заболевания: псевдоэрозия шейки матки (дважды производилась диатермокоагуляция шейки матки), ВПЧ инфекция. Последний год беспокоят контактные кровянистые выделения из половых путей. В течение 5 лет к гинекологу не обращалась.

Гинекологическое обследование: шейка матки гипертрофирована. На передней губе шейки матки определяются разрастания в виде цветной капусты, легко кровоточащие при дотрагивании. Тело матки не увеличено, плотное, ограниченно подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Отмечается инфильтрация параметрия.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Рак шейки матки (на передней губе шейки матки разрастания в виде цветной капусты, контактно кровоточит)

2. Биопсия шейки матки, МРТ органов малого таза

3. После дообследования и установления стадии рака шейки матки, сочетанное лечение (хирургическое лечение и лучевая терапия)

Задача 53

Больная 56 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза 4 года. В анамнезе беременностей не было. Дважды производилось раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия по поводу маточных кровотечений, последнее 1,5 года назад. Гистологическое заключение: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Гормональная терапия гестагенами с временным эффектом. Больная повышенного питания, страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, кольпоскопическая картина без патологии. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон без патологических изменений. Параметрии не инфильтрированы. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Гиперплазия эндометрия
2. Клинический анализ крови, коагулограмма (оценка системы гемостаза), микроскопическое исследование влагалищных мазков, УЗИ органов малого таза, проведение патолого-анатомического биопсийного(операционного) материала эндометрия, полученного путем биопсии эндометрия или диагностического выскабливания полости матки под контролем гистероскопии
3. После получения гистологического заключения- левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы

Задача 54

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение для обследования с

жалобами на слабость, снижение массы тела, тянущие боли внизу живота.

Из анамнеза: Постменопауза 1,5 года. 1 роды, 2 искусственных аборта, хронический сальпингоофорит.

При осмотре отмечается увеличение объема живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При пальпации живот мягкий, чувствительный при исследовании. Перитонеальные симптомы отрицательные. Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки не увеличено, смещено вправо. Слева и сзади от матки пальпируется бугристое, болезненное, малоподвижное образование плотной консистенции до 15 см. в диаметре.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Опухолевидное образование яичника
2. УЗИ органов малого таза, анализ крови на онкомаркеры (СА-125, НЕ-4), МРТ органов малого таза
3. Оперативное лечение после дообследования

Задача 55

У больной 27 лет, в течение 3-х лет по поводу нарушения менструальной функции дважды было произведено лечебно-диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки. Во всех соскобах была обнаружена железисто-кистозная гиперплазия. Дважды больной проводилась гормональная терапия гестагенами во вторую фазу цикла. Беременностей не было.

Объективно: больная повышенного питания, умеренно выраженный гирсутизм. Гинекологическое обследование: шейка матки субконической формы, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное,

безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные яичники до 5 см в диаметре.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза: тело матки не увеличено, миометрий однородной эхоструктуры; М-эхо 12 мм, однородное. Яичники с обеих сторон увеличены (правый – 52х47 мм, левый – 54х50 мм), с множественными мелкими кистозными структурами

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Синдром поликистозных яичников
2. УЗИ органов малого таза, определение уровня ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактин, эстрадиол, тестостерон, 17-ОП, ДГА-С на 2-5 д.м.ц, –21-23 д.м.ц. — прогестерон; Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы (обязателен при ИМТ более 25) для исключения нарушений углеводного обмена; Биохимический анализ крови — холестерин, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, триглицериды.
3. Снижение массы тела, коррекция нарушений менструального цикла (гестагены или оральные контрацептивы), фолликулометрия и стимуляция овуляции при планировании беременности

Задача 56

В приемное отделение больницы доставлена больная 65 лет с жалобами на слабость, увеличение живота в объеме, боли внизу живота, одышку. Указанные жалобы появились и усилились в течение 2-х недель. К гинекологу не обращалась в течение пяти лет. В постменопаузе в течение 15 лет, кровянистых выделения из половых путей за

этот период

времени не отмечала.

Объективно: асцит, небольшое скопление жидкости в плевральных полостях.

Гемоглобин

100 г/л.

Гинекологическое обследование: шейка матки и слизистая влагалища в состоянии

атрофии. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Правые придатки не определяются. Слева и позади матки пальпируется плотное, подвижное

образование, округлой формы, безболезненное до 15 см в диаметре. Параметрии не

инфильтрированы. Своды влагалища свободные.

1. **Диагноз.**

2. **Необходимые методы исследования.**

3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

Рак левого яичника. Асцит. Гидроторакс. Анемия легкой степени тяжести

Дополнительные методы исследования: ТВ-УЗИ, МРТ органов малого таза, МРТ органов брюшной полости, ОАК, ОАМ, БХ, онкомаркеры

Тактика лечения: Нижнесрединная лапаротомия. Пангистерэктомия.

Антибактериальная, противовоспалительная, антианемическая терапия, химиотерапия при гистологическом подтверждении диагноза рак яичника

Задача 57

Больная 24 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации на 5 дней.

Менструальная функция: менархе с 12 лет, менструации установились в течение 6 мес., по

4-5 дней, через 28 дней. ПНМ 34 дня назад.

В анамнезе: родов не было, 1 искусственный аборт, 3 месяца назад стационарное лечение

по поводу острого сальпингоофорита. Ранее нарушения менструального цикла пациентка

не отмечала.

Гинекологическое обследование: цианоза слизистых нет, шейка матки субконической

формы, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное,

безболезненное. Справа от матки пальпируется образование до 6 см, тугоэластической

консистенции, подвижное, безболезненное. Левые придатки матки не увеличены. Своды

глубокие. Выделения светлые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

Киста правого яичника.

Дополнительные методы исследования: тест ХГЧ, ТВ-УЗИ- исключение маточной /внематочной беременности

Тактика лечения: Если исключена трубная беременность, маточная беременность, по данным ТВ-УЗИ, тест на ХГЧ отрицательный -

выжидательная тактика (выждать еще 2-3 дня- возможно менструация начнется самостоятельно, задержка считается с 7 дня «ненаступления

месячных»), если на ТВ-УЗИ-киста яичника (желтого тела, фолликулярная) -

так же выжидательная тактика- за несколько менструальных циклов киста

может пройти самостоятельно. Наблюдение акушером гинекологом через 1 месяц. Начать курс гормональной контрацепции с 1 дня менструального цикла (контрацептивная функция-так был аборт в анамнезе, исключаем нежелательную беременность) При росте кистозного образования - пункция кисты яичника

Задача 58

Больная 35 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота.

В анамнезе 1 роды, 2 искусственных аборта. Последняя беременность 3 года назад закончилась искусственным абортом.

Перенесенные гинекологические заболевания: острый сальпингоофорит, эрозия шейки матки – проведена лазерная вапоризация.

Менструальная функция не нарушена.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована.

Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Справа и слева от матки

пальпируется образование тугоэластической консистенции размерами до 8 см, подвижное,

безболезненное. Левые придатки матки не увеличены, безболезненные.

Выделения из

половых путей слизистые.

При трансвагинальной эхографии: тело матки размерами 45х50х41 см, миометрий

однородной эхоструктуры. М-эхо 8 мм. Правый яичник размерами 32х27 мм, рядом с

яичником визуализируется жидкостное образование 62х85 мм с тонкой капсулой и анэхогенным содержимым. Левый яичник 29х25 нормальной эхоструктуры. Свободной жидкости в малом тазу нет.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

Параовариальная киста справа (данные ТВ-УЗИ, болевой синдром, при влагалищном исследовании болезненность отсутствует)

Дополнительные методы исследования: ТВ-УЗИ в динамике, тест на ХГЧ

Тактика лечения: Лапароскопия. Удаление параовариальной кисты

Задача 59

Больная 57 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые

выделения из половых путей. Постменопауза 6 лет.

В анамнезе: 2 родов и 1 искусственный аборт без осложнений.

Гинекологические

заболевания отрицает. Последние 6 месяцев больная отмечает повышение работоспособности и либидо.

Гинекологическое обследование: слизистая оболочка влагалища сочная, шейка матки

цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное,

безболезненное. Справа и сзади от матки определяется плотное подвижное и безболезненное образование до 6 см в диаметре. Левые придатки матки не увеличены,

безболезненные. Своды свободные. Параметрии не инфильтрованы.

Выделения

кровянистые умеренные.

1. **Диагноз.**

2. **Необходимые методы исследования.**

3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

Эстроген-пролицирующая (гранулезоклеточная) опухоль правого яичника.

Дополнительные методы исследования: анализ крови на онкомаркер СА-125, ФСГ, ЛГ, ТТГ, ТВ-УЗИ

Тактика лечения: Лапаротомия по Пфанненштилю. Надвлагалищная ампутация матки с придатками.

Задача 60

Больная 32 лет обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на отсутствие

менструации в течение 10 месяцев, уменьшение молочных желез, снижение либидо,

огрубение голоса.

В анамнезе: 1 искусственный аборт. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре: телосложение нормостеническое, отмечается гипотрофия молочных желез,

рост волос на теле и лице, акне.

Гинекологическое обследование: оволосение по мужскому типу, гипертрофия клитора.

Шейка матки конической формы, не эрозирована. Тело матки уменьшено в размерах,

плотное, подвижное, безболезненное. Слева от матки пальпируется плотное

образование

округлой формы до 7 см в диаметре, подвижное, безболезненное. Правые придатки матки

не увеличены, безболезненные. Своды свободные. Параметрии не инфильтрированы.

Выделения слизистые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Клинический диагноз и его обоснование: Андрогенпродуцирующая опухоль левого яичника (андробластома)

2. Дополнительные методы исследования: анализ крови на андростендион, тестостерон, ФСГ, ЛГ, ТТГ, онкомаркеры крови (СА-125)

3. Тактика лечения: Лапароскопия. Удаление придатков матки слева

Задача 61

Больная 58 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, увеличение живота, запоры, быструю утомляемость.

Из анамнеза: 2 родов, 3 искусственных аборта. Постменопауза с 51 года.

Гинекологические заболевания: острый сальпингоофорит, миома матки небольших размеров. За период постменопаузы маточных кровотечений не отмечала. Последнее посещение гинеколога 9 лет назад.

При осмотре: живот увеличен в размерах за счет смещаемого, безболезненного образования, тугоэластической консистенции, верхний полюс которого расположен на 5 см выше пупка.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки отдельно не определяется. Весь малый таз и

брюшную полость занимает образование с бугристой поверхностью, тугоэластической консистенции размерами до 30 см, подвижное, чувствительное при пальпации. Своды свободные. Выделения светлые.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Множественная миома матки больших размеров.

Необходимо выполнить УЗИ-малого таза, отдельно-диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием полученного материала.

Тактика: Лапароскопическая экстирпация матки с придатками.

Задача 62

Пациентка 24 лет, доставлена в клинику машиной скорой помощи на каталке с жалобами на интенсивные боли внизу живота, иррадиирующие в область прямой кишки и правую надключичную область, слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей. Со слов бригады скорой помощи при попытке встать теряет сознание.

Менструальная функция: менархе в 12 лет, менструации установились в течение 6 месяцев. Менструации через 30 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация 45 дней тому назад.

Из анамнеза: 1 искусственный аборт, родов не было.

Гинекологические заболевания: острый сальпингоофорит, осложнившийся пельвиоперитонитом, после которого беременность не наступала в течение 3 лет половой жизни без контрацепции.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 130 ударов в минуту, артериальное давление 70/40 мм рт. ст. Живот слегка вздут, резко болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Гинекологическое обследование: шейка матки цианотичная, задний свод

нависает, резко болезненный. Тело матки несколько больше нормы, подвижное. Оценить состояние придатков матки четко не удастся из-за болезненности исследования и напряжения мышц передней брюшной стенки, однако создается впечатление, что справа от матки определяется образование без четких контуров, резко болезненное при исследовании. Выделения из половых путей кровянистые умеренные.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Нарушенная трубная беременность по типу разрыва маточной трубы.

Гемморагический шок 2 степени.

Кульдозентез, можем убедиться, что там кровь.

УЗИ-малого таза.

Экстренная операция – тубэктомия справа?. Коагулирование очагов кровотечения.

Реанимационные: инфузионная терапия растворами кристаллоидов, коллоидов, транексам, оценка объема кровопотери, трансфузия эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы.

Задача 63

Пациентка 37 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли в правой пахово-подвздошной области, тошноту, однократную рвоту.

В анамнезе: 1 роды, 3 искусственных аборта, хронический сальпингоофорит. Менструальный цикл не нарушен. Гинеколога не посещала в течение последних 3 лет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,5°C. Кожные покровы бледно-розовые. Пульс 90 ударов в одну минуту, ритмичный. АД

110/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот умеренно вздут, напряжен, болезненный при пальпации в правой пахово-подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное.

Справа и сзади от матки определяется образование 8х10 см, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижное, резко болезненное при пальпации.

Левые придатки матки не увеличены, безболезненные. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л., лейкоциты - 16×10^9 /л., СОЭ – 15 мм/ч.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Гидросальпинкс справа. Хронический сальпингоофарит.

Доп. методы: консультация хирурга, УЗИ брюшной полости, тест на беременность, анализ на В-ХГЧ, УЗИ органов малого таза.

Лечение при подтверждении диагноза: экстренная операция – туботомия справа, тубэктомия – по показаниям, резекция яичника по показаниям.

Задача 64

Больная К., 27 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота и длительные кровянистые выделения из половых путей.

В анамнезе: 2 искусственных аборта, гинекологические заболевания отрицает. Последняя нормальная менструация была 1,5 месяца назад.

Объективно: состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы розовые. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Гинекологическое обследование: шейка матки субконической формы, не эрозирована, цианотична. Тело матки несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное. Правые придатки матки несколько увеличены, пастозные, без четких контуров, чувствительные при исследовании. Левые придатки матки не увеличены, безболезненные. Своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные. Анализ крови на β -ХГЧ – 150 мМЕ/мл.

ТВУЗС: тело матки размерами 55x40x48 мм, полость матки расширена до 5 мм, заполнена неоднородным содержимым. Маточные трубы не визуализируются. Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. Произведено лечебно-диагностическое выскабливание матки, соскоб умеренный.

При повторном анализе крови на β -ХГЧ – 170 мМЕ/мл.

Результат гистологического исследования: гравидарная слизистая тела матки, ворсин хориона не обнаружено.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Прогрессирующая трубная беременность. (Дифференциальный диагноз: прервавшаяся трубная беременность по типу трубного аборта).

Доп. обследование: УЗИ органов брюшной полости в динамике.

Тактика: диагностическая лапароскопия (тоботомия справа, тубэктомия справа по показаниям).

Задача 65

Больная 25 лет доставлена в стационар бригадой СМП с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные со сгустками кровянистые выделениями из половых путей, слабость.

Из анамнеза: 2 искусственных аборта, последний из которых осложнился остатками плодного яйца и эндометритом. Родов не было.

Менструальная функция: менархе в 12 лет, менструальный цикл установился сразу. Менструации по 5-6 дней, умеренные, безболезненные, через 27-29 дней. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. К гинекологу не обращалась.

При осмотре: кожные покровы бледные, живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации над лоном, перитонеальные симптомы отрицательные. АД 110/60 мм. рт. ст., пульс 90 уд. в мин., температура тела 37,0С. В анализе крови: гемоглобин - 90 г/л, лейкоциты - $8,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 6мм/ч.

Гинекологическое обследование: шейка матки не эрозирована, цианотична, наружный зев пропускает палец. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненна при пальпации. Своды глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

Неполный самопроизвольный выкидыш.

Хронический эндометрит.

Анемия легкой степени.

Доп. исследования: анализ крови на В-ХГЧ, УЗИ органов малого таза.

Тактика: Вакум-аспирация полости матки, контрольное ультразвуковое исследование, антибактериальная терапия, назначение препаратов железа.

Задача 66

Больная 48 лет, поступила в стационар с жалобами на интенсивные боли внизу

живота, иррадиирующие в область прямой кишки, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры до 39,5С. Менструальная функция не нарушена, 12-й день менструального цикла.

Из анамнеза: двое срочных родов, три искусственных аборта без осложнений. В течение последних 14 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5С. К врачу не обращалась. Лечилась самостоятельно, без эффекта. В связи с резким ухудшением состояния доставлена в стационар бригадой СМП.

При осмотре: состояние средней тяжести, пульс 120 уд. в мин., АД 120/80 мм. рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, эрозирована, из цервикального канала свисают нити ВМК, в малом тазу пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, размерами 14x18см., отдельно матку и придатки пальпировать не удастся, задний свод нависает, резко болезненный. Выделения из половых путей гнойные.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Острый сальпингоофорит, эндометрит на фоне длительного использования ВМК

Осложнение: перфорация tuboовариального абсцесса, диффузный перитонит

2. УЗИ, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, прокальцитонин

3. Экстирпация матки с придатками (на стороне абсцесса) и маточной трубой с противоположной стороны, санация и дренирование брюшной полости.

Антибактериальная, противовоспалительная, инфузионная,

дезинтоксикационная терапия.

Задача 67

Пациентка 23 лет, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на задержку очередной менструации на 10 дней.

Из анамнеза: беременностей не было.

Менструальная функция: менархе в 13 лет, менструальный цикл установился сразу, менструации по 4-5 дней, умеренные, безболезненные, через 28 дней, регулярные. Последняя нормальная менструация 38 дней назад. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. Два года назад стационарное лечение по поводу острого сальпингоофорита, пельвиоперитонита.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розовые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 уд. в мин.

Гинекологическое обследование: шейка матки субконической формы, цианотична, вокруг наружного зева определяется эктопия. Тело матки несколько больше нормы, подвижное, безболезненное. Правые придатки матки не увеличены, область их безболезненна. Левые придатки матки утолщены, чувствительные при пальпации. Своды глубокие. Выделения из половых путей слизистые.

При трансвагинальной эхографии: тело матки размерами 42x34x46 мм, полость матки не расширена, М-эхо 16 мм. Правая маточная труба не визуализируется. Правый яичник без анатомических изменений. В левом яичнике определяется желтое тело. В левой маточной трубе визуализируется плодное яйцо с живым эмбрионом.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Левосторонняя трубная беременность, прогрессирующая
2. Стандартная предоперационная подготовка
3. Лапароскопия, тубэктомия слева.

Задача 68

Больная 25 лет госпитализирована в гинекологический стационар с жалобами на приступообразные боли в нижних отделах живота, скудные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение. Менструальная функция: менархе в 12 лет, менструальный цикл регулярный, менструации по 4-5 дней, умеренные, безболезненные, через 28-29 дней. Последняя нормальная менструация 42 дня назад.

В анамнезе: один искусственный аборт, осложнившийся эндометритом и сальпингоофоритом 2 года назад. От беременности не предохраняется в течение года.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-розовые. АД 105/70 мм. рт. ст., пульс 95 уд. в мин. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой пахово-подвздошной области, где отмечается слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Физиологические отправления в норме.

Гинекологическое обследование: слизистая влагалища и шейки матки цианотична. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения.

Наружный зев закрыт. Матка несколько больше нормы, подвижна, безболезненна. Слева придатки матки не увеличены, безболезненные при пальпации. Справа придатки матки увеличены, без четких контуров, резко болезненные при исследовании. Движения за шейку матки усиливают болезненность. Задний свод уплощен.

В анализе крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты - $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ - 8 мм/ч.

- 1. Клинический диагноз и его обоснование**
- 2. Дополнительные методы исследования**
- 3. Тактика лечения**

Ответ:

1. Правосторонняя трубная беременность, нарушенная по типу трубного аборта
Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок (соотношение АД и пульса)
2. Клинический анализ крови, анализ крови на в-ХГЧ, УЗИ органов малого таза
3. Хирургическое лечение в экстренном порядке, тубэктомия справа, санация и дренирование брюшной полости

Билет 69

Больная 19 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли в правой пахово-подвздошной области, тошноту, однократную рвоту, слабость, головокружение.

Менструальная функция не нарушена. Менархе в 12 лет, менструации по 4-5 дней, умеренные, безболезненные, через 26-27 дней, регулярные. Последняя нормальная менструация две недели назад. Боли появились внезапно ночью, на фоне полного покоя.

Из анамнеза: половая жизнь с 17 лет, беременностей не было, 2 года назад перенесла острый сальпингоофорит, от беременности предохраняется барьерным методом.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 90 уд. в/мин., ритмичный, АД 100/60 мм.рт.ст. Температура тела 37,1С. Живот напряжен, болезненный при пальпации в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Гинекологическое обследование: шейка матки субконической формы не

эрозирована, наружный зев закрыт, симптом «зрачка» положительный. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Левые придатки матки не увеличены, безболезненные. Правый яичник несколько увеличен в размерах, шаровидной формы, резко болезненный при исследовании. Задний свод нависает. Лейкоциты периферической крови $8,6 \times 10^9/\text{л.}$, гемоглобин – 105 г/л.

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Апоплексия правого яичника, анемическая форма
Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок
2. УЗИ органов малого таза. Дополнительно: анализ крови на вХГЧ
3. Хирургическое лечение в экстренном порядке. Резекция яичника. Санация и дренирование брюшной полости.

Задача 70

У больной 27 лет, в течение 3-х лет по поводу нарушения менструальной функции дважды было произведено лечебно-диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки. Во всех соскобах была обнаружена железисто-кистозная гиперплазия. Дважды больной проводилась гормональная терапия гестагенами во вторую фазу цикла. Беременностей не было.

Объективно: больная повышенного питания, умеренно выраженный гирсутизм. Гинекологическое обследование: шейка матки субконической формы, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные яичники до 5 см в диаметре.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза: тело матки не

увеличено, миометрий однородной эхоструктуры; М-эхо 12 мм, однородное. Яичники с обеих сторон увеличены (правый – 52х47 мм, левый – 54х50 мм), с множественными мелкими кистозными структурами

1. Клинический диагноз и его обоснование

2. Дополнительные методы исследования

3. Тактика лечения

Ответ:

1. Синдром поликистозных яичников (нарушение менструального цикла, гиперандрогения, морфологические изменения яичников)
2. Оценка наличия или отсутствия овуляции, определение свободного тестостерона в сыворотке крови
3. До планирования беременности – КОК

При планировании беременности в зависимости от полученного эффекта: стимуляция овуляции климифеном, гонадотропинами; хирургическое лечение; ВРТ).

Задача 71

Больная 64 лет обратилась к урологу поликлиники с жалобами на учащенное мочеиспускание и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря.

Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение года. При осмотре урологом установлено цистоцеле. Направлена на консультацию к гинекологу.

В анамнезе трое срочных родов, последние крупным плодом осложнились разрывом промежности 2 ст., два медицинских аборта без осложнений.

Постменопауза с 50 лет. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением цифр артериального давления до 210/100 мм рт. ст., ишемической болезнью сердца, стенокардией, хроническим пиелонефритом.

Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: повышенного питания, АД – 170/90 мм рт. ст. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты правильно. Имеется опущение стенок влагалища, в основном – передней стенки. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Отмечается опущение влагалищной части шейки матки ниже интерспинальной линии. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Параметрии не инфильтрированы. Выделения слизистые. Мышцы промежности не выражены. При УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 43х46х30 мм. М-эхо- 2 мм. Правый яичник 18х23 мм., левый – 25х16 мм.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Несостоятельность мышц тазового дна, цистоцеле, гипертрофия и элонгация шейки матки, опущение матки. Проплапс гениталий 1 ст по POPQ
2. Уточнение показателей влагалищного исследования (положение шейки матки относительно гимена), комплекс для уточнения сопутствующих рисков (например, УЗИ вен нижних конечностей с доплеровским картированием, биохимия, клинический анализ крови общий анализ мочи и т.д.)
3. Применение пессария, возможно хирургическое лечение после уточнения и компенсации рисков в объеме
 - а. ампутации шейки с кольпопексией за счет укороченных кардинальных и кресцовоматочных связок (манчестерская операция) в сочетании с передней кольпоперинеоррафией (пластики передней стенки влагалища с укреплением фасции мочевого пузыря)
 - б. Обсуждение возможности применения сетчатых имплантов для укрепления фасции мочевого пузыря и коррекции апикального пролапса (фиксация к кресцовооистой связке)

Задача 72

Больная 56 лет обратилась к гинекологу с жалобами на ощущение инородного тела в области промежности, подтекание мочи. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение последних 3-х лет.

В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений.

Постменопауза с 51 года. В настоящее время больная на пенсии.

Профессиональная деятельность пациентки была связана с подъемом тяжестей.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД – 125/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. При потуживании шейка матки выходит за пределы вульварного кольца. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Справа и сзади от матки определяется плотноэластическое образование до 6 см в диаметре, подвижное, безболезненное. Левые придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Параметрии не инфильтрированы. Мышцы промежности не выражены. Выделения слизистые.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Объемное образование в области придатков матки справа (опухоль яичника?, подбрюшинная миома матки?) сопутствующий диагноз

Несостоятельность мышц тазового дна, цистоцеле, гипертрофия и элонгация шейки матки, неполное выпадение матки. Пролапс гениталий 2-3 ст по POPQ
Недержание мочи

2. Уточнение показателей влагалищного исследования (положение шейки матки относительно гимена, уточнение степени пролапса), комплекс для

уточнения природы объемного образования придатков матки (ТВУЗИ критерии IOTA и ORADS, MPT, колоно- и гастроскопия, онкомаркеры СА125 НЕ4 индекс ROMA), оценка результатов функциональных проб и показателей уродинамики для уточнения формы инконтиненции (стрессовая/не стрессовая/смешанная, оценка сопутствующих рисков (например, узи вен нижних конечностей с доплеровским картированием, биохимия, клинический анализ крови общий анализ мочи и т.д.)

3. Возможные варианты хирургического лечения

а. Пангистерэктомия с резекцией сальника в сочетании с кольпопексией и передней кольпоррафией

б. Аднексктомия в сочетании с ампутации шейки, кольпопексией за счет укороченных кардинальных и кресцовоматочных связок (манчестерская операция) в сочетании с передней кольпоперинеоррафией (пластики передней стенки влагалища с укреплением фасции мочевого пузыря)

с. Обсуждение возможности применения сетчатых имплантов для укрепления фасции мочевого пузыря и коррекции апикального пролапса (фиксация к кресцовооистой связке)

Задача 73

Больная 68 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами периодические скудные кровянистые выделения из половых путей и учащенное мочеиспускание. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение года.

Из анамнеза: двое срочных самопроизвольных родов, последние роды осложнились разрывом промежности 2 ст., два медицинских аборта без осложнений. Постменопауза с 49 лет. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением цифр артериального давления до 210/100 мм рт. ст., ишемической болезнью сердца, стенокардией.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Отмечается опущение передней и задней стенок влагалища. Тело матки увеличено до 5-6 недельного срока беременности, плотное, подвижное, безболезненное.

Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Параметрии не инфильтрированы. Отмечается несостоятельность мышц тазового дна, Выделения скудные сукровичные.

При УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 63х56х35 мм. В структуре миометрия имеются миоматозные узелки до 5-7-мм. Срединное М-эхо - 25 мм. Эндометрий неоднородный. В структуре эндометрия определяются участки повышенной васкуляризации. Правый яичник 43х30 мм, левый – 45х36 мм.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

Диагноз: Рак тела матки Сопутствующий миома матки, несостоятельность мышц тазового дна, цисто и ректоцеле. Артериальная гипертензия

Дообследование направленное на уточнение сопутствующих рисков (биохимия, коагулограмма, клинический анализ крови и мочи, доплер вен нижних конечностей и т.д) Верификация состояния эндометрия и полости матки (Гистероскопия и РДВ, можно обсуждать аспирационную биопсию эндометрия)

Лечение хирургическое Радикальная гистерэктомия (операция Вертгейма) с удалением тазовых лимфатических узлов и последующей лучевой и/или химиотерапией.

Задача 74

Больной 52 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные длительные менструации, а также недержание мочи при ходьбе и физической нагрузке.

При гистероскопии выявлен подслизистый миоматозный узел II типа.

Объективно: больная повышенного питания, страдает сахарным диабетом II типа, на фоне приема таблетированных препаратов глюкоза крови в пределах 6,2 - 6,9 ммоль/л.

При гинекологическом обследовании установлено, что половая щель зияет, имеется опущение стенок влагалища, шейка цилиндрическая, не изменена, при натуживании выходит за пределы вульварного кольца. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не изменены. Мышцы промежности не выражены.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

Диагноз Миома матки 6 недель с подслизистым ростом одного из узлов.

Хронические аномальные маточные кровотечения по типу меноррагий.

Несостоятельность мышц тазового дна, неполное выпадение матки, цисто и ректоцеле, стрессовая инконтиненция мочи. Ожирение, сахарный диабет 2 типа.

Дообследование направленное на уточнение сопутствующих рисков (оценка АД, ЭКГ, биохимия, коагулограмма, клинический анализ крови и мочи, доплер вен нижних конечностей и т.д) Верификация состояния эндометрия и полости матки для исключения ГЭ или РЭ (Гистероскопия и РДВ)

Хирургическое лечение Влагалищная гистерэктомия с удалением придатков матки, передняя и задняя кольпоперинеоррафия с укреплением фасции мочевого пузыря и леваторопластикой. Опционально радикальная пангистерэктомия с удалением региональных лимфатических узлов при атипичской ГЭ или инвазивном злокачественном неопластическом процессе эндометрия.

Задача 75

Больная К. 48 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в гинекологическое отделение с жалобами на боли в нижних отделах живота и повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$ в течение недели. Накануне госпитализации боли внизу живота усилились, больше справа, появились тошнота, чувство "распирания" и вздутия живота. Из анамнеза: 3 беременности, 2 родов, 1 искусственный аборт, в течение последних 15 лет с целью контрацепции использует ВМК.

При осмотре: температура тела $38,9^{\circ}\text{C}$, пульс 100 уд/мин, АД 130/80 мм рт. ст., живот слегка вздут, резко болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Гинекологическое обследование: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, в цервикальном канале видны нити ВМК (который при осмотре удален), тело матки несколько больше нормы, мягковатое, болезненное, в области правых придатков матки пальпируется резко болезненный, несмещаемый конгломерат размерами 15x10 см. В области левых придатков матки пальпируется аналогичное образование до 10x8 см.

Лейкоциты периферической крови $18 \times 10^9/\text{л}$.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

Диагноз Острый сальпингофорит с формированием tuboовариальных абсцессов с обеих сторон. Метроэндометрит на фоне применения ВМК. Пельвиоперитонит.

Показано дообследование для уточнения состояния гениталий (неинвазивная визуализация ТВУЗИ/МРТ) и оценки сопутствующих рисков, в первую очередь, сепсиса и септического шока Сепсис и септический шок являются

серьезными медицинскими состояниями, требующими немедленного вмешательства. Вот некоторые из основных критериев для их диагностики:

Сепсис:

- Температура $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ или $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$ ¹.
- Частота сердечных сокращений $>90/\text{мин}$ ¹.
- Частота дыхания > 20 в мин или $\text{PaCO}_2 <32\text{ мм.рт.ст}$ ¹.
- Количество лейкоцитов $> 12000 / \text{мм}^3$, $<4000 / \text{мм}^3$ ¹.

Септический шок:

- Низкое кровяное давление².
- Бледные и прохладные руки и ноги².
- Озноб².
- Затруднение дыхания².
- Снижение диуреза².
- Спутанность сознания².
- Головокружение².
- Посинение пальцев или губ (цианоз)².

Биохимические показатели:

- Сатурация $\text{SVO}_2 >70\%$ ³.
- Сердечный индекс $> 3,5\text{ л/мин/м}^2$ ³.
- Артериальная гипоксемия $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 <300$ ³.
- Острая олигурия $<0,5\text{ мл/кг час}$ ³.
- Повышение креатинина более чем на 44 мкмоль/л ($0,5\text{ мг}\%$)³.

Уровень прокальцитонина: Уровень прокальцитонина (ПКТ) в крови повышается при невирусных инфекциях. Значительное повышение прокальцитонина обнаруживают у пациентов с бактериальным сепсисом, особенно при тяжелом сепсисе и/или септическом шоке⁴. Уровень прокальцитонина в сыворотке крови возрастает в течение 6–12 часов после генерализации инфекции⁴. При сохраняющемся повышении уровня прокальцитонина более 4 дней нужна коррекция лечения. Если после лечения

не наблюдается быстрого снижения уровня прокальцитонина, прогноз заболевания сомнительный⁴.

Лечение

Экстренное хирургическое: «Нижнесрединная лапаротомия.

Пангистерэктомия. Санация и дренирование брюшной полости».

Интраоперационно получение материала для бактериологического исследования из брюшной полости.

Антибактериальная терапия (комбинация «защищенных» пенициллинов или цефалоспоринов с метронидазолом и доксициклином), инфузионная терапия, симптоматическое лечение НПВС, введение антигистаминных средств и/или глюкокортикоидов.

Задача 76

Больная 29 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, темные кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела до 37,7°C. Указанные жалобы появились на третий день после искусственного прерывания беременности в сроке 8-9 недель.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 88 уд. в мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в нижних отделах, перитонеальные симптомы не определяются. При гинекологическом обследовании: шейка цилиндрическая не эрозирована, тело матки несколько больше нормы, подвижное, болезненное при пальпации. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная. Своды выражены. Выделения темные кровянистые, скудные.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Острый эндометрит.
2. Лабораторные методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи). Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов. Культуральное исследование отделяемого из влагалища (бак. посев) с обязательным определением антибиотикорезистентности. Инструментальные методы исследования (трансвагинальное УЗИ органов малого таза).
3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар для проведения комплексной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапии.

Задача 77

Больная 36 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в нижних отделах живота, слизисто-гнойные выделения из половых путей. В анамнезе 1 роды, 4 медицинских аборта, последний из которых 2 года назад осложнился эндометритом. Другие гинекологические заболевания отрицает. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, пульс 98 уд.в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий не вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Гинекологическое обследование: шейка матки коническая, не эрозирована. Из цервикального канала – обильные гнойевидные выделения. Тело матки в положении anteflexio не увеличено, чувствительное при пальпации, подвижное. Придатки матки с обеих сторон увеличены, болезненные при пальпации. Своды свободные. Выделения гнойные обильные. Лейкоциты в периферической крови $11,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 19 мм/ч.

1. Диагноз.
2. Необходимые методы исследования.
3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Острый гнойный двусторонний сальпингоофорит
2. Лабораторные методы исследования в динамике (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи). Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов. Культуральное исследование отделяемого из влагалища (бак. посев) с обязательным определением антибиотикорезистентности. Инструментальные методы исследования (трансвагинальное УЗИ органов малого таза).
3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар для проведения комплексной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапии, при отсутствии эффекта в течение 24-48 часов – экстренная лапароскопия.

Задача 78

Больная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в нижних отделах живота с иррадиацией в поясничную область, общее недомогание. В анамнезе 1 искусственный аборт без осложнений, стационарное лечение по поводу острого сальпингоофорита. Пульс 96 ударов в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Температура тела 38° С. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы не определяются.

Гинекологическое обследование: Шейка матки конической формы, не изменена. Из цервикального канала - обильные гнойные выделения. Тело матки не увеличено, чувствительное при пальпации. Справа от матки пальпируются увеличенные болезненные придатки ретортообразной формы. Левые придатки тяжистые.

Лейкоциты периферической крови – $14 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/ч.

При трансвагинальном ультразвуковом исследовании определяется резко расширенная правая маточная труба с наличием плотной капсулы (от 3 до 8

мм) и неоднородной внутренней структурой – мелкоточечной эхопозитивной взвесью на фоне пониженного уровня звукопроводимости.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Пиосальпинкс справа.
2. Лабораторные методы исследования в динамике (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи). Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов. Культуральное исследование отделяемого из влагалища (бак. посев) с обязательным определением антибиотикорезистентности. Инструментальные методы исследования (трансвагинальное УЗИ органов малого таза).
3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар для проведения комплексной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапии. Далее пациентке показана лапароскопия с санацией брюшной полости и полости малого таза и решением вопроса о восстановлении проходимости правой маточной трубы/правосторонней тубэктомии.

Задача 79

Больная С., 18 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные ноющие боли в нижних отделах живота в течение 3 последних дней, повышение температуры тела до 37,8С, общую слабость. Из анамнеза: беременностей не было. Половая жизнь с 16 лет, вне брака, от беременности не предохраняется. Появление жалоб отмечает на 5 день менструального цикла. Объективно: общее состояние средней тяжести, пульс 98 уд.в мин, ритмичный. Язык сухой, обложен, белым налётом. Живот несколько вздут, мягкий, при

пальпации резко болезненный в обеих пахово-подвздошных областях и над лоном, где определяются положительные перитонеальные симптомы.

При гинекологическом обследовании: шейка матки коническая, из цервикального канала - гнойные бели. Область тела матки и придатков резко болезненна, пальпация их затруднена. Тракции за шейку матки болезненны. Своды болезненные.

Лейкоциты периферической крови $20,8 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ- 25мм/ч.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Острый гнойный двусторонний сальпингоофорит специфической этиологии. Пельвиоперитонит.
2. Лабораторные методы исследования в динамике (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи). Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов. Культуральное исследование отделяемого из влагалища (бак. посев) с обязательным определением антибиотикорезистентности. Инструментальные методы исследования (трансвагинальное УЗИ органов малого таза).
3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар для проведения комплексной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапии, при отсутствии эффекта в течение 24-48 часов – экстренная лапароскопия.

Задача 80

Больная М., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на сильные боли в нижних отделах живота, больше справа, с иррадиацией в поясничную область, болезненность при мочеиспускании, общее недомогание. В анамнезе: 3 родов, 2 медицинских аборта без осложнений. Из

гинекологических заболеваний: эктопия шейки матки, трижды – стационарное лечение по поводу острого сальпингоофорита, последнее – 7 месяцев тому назад. Последние 3 года пациентка в браке не состоит. Половая жизнь нерегулярная.

Объективно: Пульс – 96 уд в мин, АД-120/80мм рт ст. Язык сухой, обложен. Живот мягкий, не вздут, при пальпации болезненный в обеих пахово-подвздошных областях, перитонеальных симптомов не отмечается.

При гинекологическом обследовании: Шейка матки, цилиндрическая, не изменена. Тело матки не увеличено, малоподвижное, чувствительное. Справа от матки пальпируется объемное образование неправильной формы, плотной консистенции, ограничено подвижное, болезненное, до 6х8 см. Левые придатки пастозные, болезненные. Своды чувствительные. Выделения гнойные, обильные.

Лейкоциты в периферической крови $16,0 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ- 30мм/ч.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Тубоовариальный абсцесс справа.
2. Лабораторные методы исследования в динамике (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи). Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов. Культуральное исследование отделяемого из влагалища (бак. посев) с обязательным определением антибиотикорезистентности. Инструментальные методы исследования (трансвагинальное УЗИ органов малого таза).
3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар для проведения комплексной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапии. Далее пациентке показана лапароскопия с санацией брюшной полости и полости малого таза и решением вопроса о

правосторонней аднексэктомии.

Задача 81

Больная Н., 22 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, отсутствие беременности в течение 2 лет половой жизни без предохранения. Из анамнеза: в детстве часто болела простудными заболеваниями, несколько раз лечилась по поводу пневмонии. Менструальная функция с 13.5 лет, по 4-5 дней, через 30-40 дней, скудные. Гинекологические заболевания отрицает. Муж обследован, здоров.

При гинекологическом обследовании: шейка матки коническая, не изменена. Тело матки несколько меньше нормы, плотное, ограничено подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, тяжистые, чувствительные при пальпации. Своды влагалища выражены. Выделения слизистые.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

- 1.** Первичное бесплодие (генитальный туберкулез).
- 2.** Анализ ПЦР на ИППП, туберкульновые пробы, трансвагинальное УЗИ органов малого таза, гистеросальпингография/лапароскопия с хромосальпингоскопией.
- 3.** При выявлении характерных изменений маточных труб (укорочение, отсутствие перистальтики и выхода контрастного вещества в брюшную полость, четкообразная форма маточных труб) и матки (полость матки Т-образной формы) по результатам ГСГ, а также наличие просовидных белесоватых высыпаний на поверхности органов малого таза и брюшины по результатам лапароскопии, пациентке показана консультация

фтизиогинеколога с решением вопроса о госпитализации в специализированный стационар для проведения курса химиотерапии. Также возможно проведение гистероскопии, отдельного диагностического выскабливания матки для гистологической верификации диагноза (обнаружение туберкулезных бугорков в соскобе из полости матки).

Задача 82

Больная С., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные ноющие боли в нижних отделах живота с иррадиацией в правое подреберье, болезненность и учащение мочеиспусканий, повышение температуры тела до 37,5 С, общее недомогание. Указанные жалобы возникли после окончания очередной менструации, последние 2 дня самочувствие ухудшилось. Из анамнеза: беременность одна, закончившаяся искусственным абортom без осложнений в возрасте 22 лет. Половая жизнь нерегулярная, вне брака. Отмечает смену полового партнера 2 месяца тому назад.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрической формы, из цервикального канала обильные мутно-гноевидные бели; тело матки нормальных размеров, подвижное, умеренно болезненное при пальпации; придатки с обеих сторон утолщены, пастозные, резко болезненные; тракции шейки матки и задний свод болезненные.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Острый гнойный двусторонний сальпингофорит специфической этиологии. Уретрит.
2. Лабораторные методы исследования в динамике (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи). Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов. Культуральное исследование

отделяемого из влагалища (бак. посев) с обязательным определением антибиотикорезистентности. Инструментальные методы исследования (трансвагинальное УЗИ органов малого таза).

3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар для проведения комплексной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапии, при отсутствии эффекта в течение 24-48 часов – экстренная лапароскопия.

Задача 83

Больная 29 лет. Жалобы на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев. В анамнезе: менструации с 12 лет, цикл регулярный – через 28-29 дней, по 4-5 дней, менструации умеренные, безболезненные. Роды – 1, в родах - слабость родовой деятельности, кровотечение в раннем послеродовом периоде, ручное обследование стенок полости матки. Три искусственных аборта, последний из которых 8 месяцев назад, осложнился эндометритом на фоне остатков плодного яйца. Проводилось стационарное лечение, повторное выскабливание и удаление остатков плодного яйца. После аборта менструации не возобновились.

При гинекологическом обследовании: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей, стенки его не опущены. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободны. Выделения слизистые.

При УЗИ органов малого таза на 26 день цикла: матка размерами 52x47 мм, М-эхо – 4 мм с множественными гиперэхогенными включениями. Миометрий однородной эхоструктуры. Яичники: правый 34x24 мм содержит желтое тело диаметром 18 мм, левый 25x20 мм с фолликулами. Свободной жидкости в малом тазу нет.

1. Диагноз.

2. Необходимые методы исследования.

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Вторичная аменорея, маточная форма. Синдром Ашермана.
2. Кровь на бета-ХГЧ/мочевой тест на беременность (дифференциальная диагностика с внематочной беременностью). Проба с прогестагенами (10-дневный прием микронизированного прогестерона 400 мг/сут или дидрогестерона 20 мг/сут в течение 10 дней). Появление закономерной менструальноподобной реакции (положительная проба) позволяет исключить маточную форму аменореи и низкую эстрогенную насыщенность.
3. Госпитализация в гинекологический стационар для оперативного лечения в объеме – гистерорезектоскопия, разделение внутриматочных синехий и введения противоспаечного барьера в полость матки. Решение вопроса о назначении гормональной терапии в послеоперационном периоде.

Задача 84

Больная 36 лет. Жалобы на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев.

В анамнезе: детские инфекции (корь, эпидемический паротит), частые простудные и вирусные заболевания (в том числе грипп в тяжелой форме), аутоиммунный тиреоидит.

Менструации с 12,5 лет, менструальный цикл нерегулярный, через 26-35 дней, менструации по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 3 лет менструации постепенно приобрели характер олигоменореи. Беременность 1 закончилась искусственным абортом.

Объективно: телосложение женского типа, ИМТ-25, вторичные половые признаки развиты правильно. С целью вызвать менструацию самостоятельно принимала дюфастон по 10 мг x 2 раза в день в течение 10 дней, менструальноподобная реакция не наступила.

При гинекологическом обследовании: наружные половые органы правильно.

Влагалище нерожавшей, стенки не опущены. Шейка матки цилиндрической

формы. Слабоположительный симптом «зрачка». Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободны. Выделения слизистые.

При УЗИ органов малого таза – матка нормальных размеров и эхоструктуры. М-эхо – 3 мм. Правый и левый яичник нормальных размеров с множественными фолликулами до 5-6 мм.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**
- 3. Врачебная тактика.**

Ответ:

- 1.** Аденогенитальный синдром (постпубертатная неклассическая форма).
- 2.** Кровь на бета-ХГЧ/мочевой тест на беременность (дифференциальная диагностика с внематочной беременностью). Гормональное исследование (17-гидроксипрогестерон, тестостерон, кортизол, эстрадиол, прогестерон). Генетическое исследование. УЗИ/МСКТ надпочечников.
- 3.** При планировании беременности – назначение глюкокортикостероидов. Вне планирования – симптоматическая терапия в виде КОК и/или антиандрогенов.

Задача 85

Больная 18 лет. Жалобы на отсутствие менструаций.

В анамнезе: менструаций не было; половой жизнью не живет. Объективно: пациентка невысокого роста – 147 см, короткие верхние и нижние конечности, шея короткая, грудная клетка бочкообразная. Молочные железы не развиты; подмышечное и лобковое оволосение отсутствует.

Ректальное обследование: тело матки небольших размеров. Придатки матки с обеих сторон не увеличены.

- 1. Диагноз.**
- 2. Необходимые методы исследования.**

3. Врачебная тактика.

Ответ:

1. Синдром Шерешевского-Тернера (отсутствие полового развития).
2. Генетическое исследование (определение кариотипа и полового хроматина). Трансабдоминальное УЗИ органов малого таза. Исследование гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, ТТГ, Т3, Т4, СТГ, пролактин).
3. Лечение, направленное на феминизацию больной (циклическая гормональная терапия).

Задача 86

Больная 25 лет. Жалобы на отсутствие беременностей в течение года регулярной половой жизни без контрацепции.

В анамнезе: менархе в 12 лет, цикл - 28-29 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 3 лет отметила укорочение циклов до 24 - 26 дней. Беременность – 1, закончилась выкидышем в сроке 4-5 недель. По данным базальной температуры (в течение 3-х циклов) – циклы двухфазные, длительность гипертермической фазы – 6-7 дней.

Гинекологическое обследование: шейка матки коническая, не эрозирована.

Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

1. **Диагноз.**
2. **Необходимые методы исследования.**
3. **Врачебная тактика.**

Ответ:

1. Вторичное бесплодие (эндокринная форма).
2. Гормональное исследование (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ТТГ, Т3, Т4, пролактин). Трансвагинальное УЗИ органов малого таза.

3. Для исключения трубно-перитонеальной формы бесплодия необходимо исключить непроходимость маточных труб (ГСГ), для исключения мужского фактора бесплодия направить мужа к урологу-андрологу для сдачи спермограммы.

Задача 87

Женщина 20 лет, обратилась к гинекологу женской консультации для подбора метода контрацепции.

В анамнезе: соматические заболевания – детские инфекции, ОРВИ.

Менструации с 13 лет, цикл нерегулярный через 29-35 дней, по 4-5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация – 40 дней назад. Половая жизнь с 18 лет, вне брака, партнер один. От беременности предохраняется прерванным половым актом.

При осмотре: рост 168 см, вес – 55 кг. Кожа лица жирная с акне.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное.

Придатки матки с обеих сторон не увеличены. Своды свободные. Выделения светлые.

- 1. Необходимые методы исследования.**
- 2. Какие методы контрацепции могут быть рекомендованы?**

Ответ:

1. Кровь на бета-ХГЧ/мочевой тест на беременность (дифференциальная диагностика с внематочной беременностью), учитывая задержку менструации. Клинический и биохимический анализ крови. Расширенная коагулограмма. Общий анализ мочи. Гормональное исследование (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ТТГ, ТЗ, Т4, пролактин). Онкоцитологическое исследование отделяемого из цервикального канала (ПАП-тест/жидкостная цитология). Трансвагинальное УЗИ органов малого таза. УЗИ молочных желез.

УЗИ вен нижних конечностей.

2. Низкодозированные монофазные комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенной активностью (Ярина, Ярина плюс).