

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

Жалобы

На отсутствие самостоятельных менструаций в течение 1 года.

Анамнез заболевания

Менструации с 11 лет, по 4-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. В возрасте 32 лет своевременные роды через естественные родовые пути. Послеродовый период осложнился сохраняющимися кровяными выделениями из полости матки в связи с остатками плацентарной ткани. На 8-й день после родов было произведено диагностическое выскабливание, удаление остатков плаценты. Антибиотикотерапия проводилась в течение 10 дней. В последующем лактация в течение 1 года, после прекращения которой менструальный цикл восстановился, однако менструации были крайне скудные (в виде скудных мажущих кровянистых выделений в течение дня). С 34 лет менструации прекратились.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей не имела.

Аллергических реакций не было.

Наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Рост 143 см, масса тела 51 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Опорно-двигательный аппарат, мышечная система без видимых изменений.

Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, грудная клетка бочковидной формы, ЧДД 14 в 1 мин.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

ЛГ, ФСГ

Бета-ХГ - 0,1 (N для не беременных: <5 мЕд/мл)

ТТГ - 2,6 мЕд/л (N: 0,4 - 4,0)

Пролактин - 550 МЕ/л (N: 109 - 557)

Эстрадиол - 137 пмоль/л

ЛГ - 8,6 (N: 1,68 - 15,00)

ФСГ - 6,8 (N: 1,37 - 9,90)

УЗИ органов малого таза

День м/цикла: 10

Тело матки в anteflexio. Размеры матки: длина 4.1 см, толщина 3.8 см, ширина 4.5 см.

Миометрий диффузно-неоднородной эхо-структуры. Полость матки не расширена.

Эндометрий 0,2 см, неоднородный, прерывистый на всем протяжении, с участками уплотнения в базальном слое. Шейка матки 3.3 см. По ходу цервикального канала визуализируются единичные мелкие кисты эндоцервикса.

Правый яичник 3,7 см. x 2,2 см. x 1,4 см. Содержит 19 фолликулов, максимальный d = 1,1 см.

Объем яичника 6 см³.

Левый яичник 3,5 см. x 2,4 см. x 1,9 см. Содержит 21 фолликул, максимальный d = 1,1 см.

Объем яичника 8,3 см³.

Объемных образований в области малого таза не выявлено.

ВОПРОСЫ

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение уровня бета-ХГЧ, ТТГ, пролактина, эстрадиола и

- общего тестостерона, ДГЭА-с
- 17-ОН прогестерона, кортизола
- ЛГ, ФСГ
- лептина, дигидротестостерона

2. Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, инструментальным методом обследования является

- УЗИ органов малого таза
- МРТ головного мозга
- денситометрия жировой ткани
- кариотипирование

3. Для постановки диагноза данной пациентке в качестве дополнительного теста необходимо провести пробу с

- гестагенами и эстроген-гестагенами
- непрямым индуктором овуляции (кломифен-цитрат)
- агонистом ГнРГ
- дексаметазоном

4. На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного обследования пациентке можно поставить диагноз

- Синдром Ашермана
- Атрезия цервикального канала
- Синдром нечувствительности к андрогенам
- Синдром резистентных яичников

5. В качестве наиболее целесообразного подхода к терапии данной пациентки с синдромом Ашермана на первом этапе можно предложить

- комбинированные оральные контрацептивы
- внутриматочное орошение растворами антисептиков
- лапароскопию
- гистероскопию

6. Гистероскопию пациентке необходимо провести с целью

- разделения грубых синехий в области шейки матки
- визуализации устьев маточных труб
- восстановления нормальной формы полости матки
- создания условий для оттока менструальной крови

7. В качестве наиболее предпочтительного метода рассечения плотных внутриматочных синехий нужно выбрать

- гистерорезектоскопию с электродом
- разделение синехий пайпелем
- выскабливание полости матки под контролем гистероскопии
- выскабливание полости матки

8. Антибактериальную терапию в данной клинической ситуации

- нужно проводить внутриматочную
- нужно проводить, назначив антибактериальные препараты широкого спектра действия
- проводить не показано
- нужно проводить с использованием антибактериальных препаратов группы резерва

9. После хирургического этапа пациентке будет назначена(ны)

- **длительная заместительная гормонотерапия**
- комбинированные оральные контрацептивы в течение 3-х месяцев
- нестероидные противовоспалительные препараты
- ферментные препараты с гиалуронидазной активностью

10. В качестве наиболее оптимального режима ЗГТ будет назначена

- **непрерывная терапия эстрогенами в сочетании с циклическим приемом гестагенов через каждые 3 недели**
- непрерывная терапия эстрогенами в сочетании с циклическим приемом гестагенов через каждые 8 недель
- непрерывная терапия эстрогенами
- непрерывная терапия эстрогенами с добавлением гестагенного компонента в случае появления аномальных маточных кровотечений

11. Пациентка указывает, что планирует беременность, однако на фоне ЗГТ через 3 месяца пациентка отметила менструальноподобной реакции после завершения курса гестагенов. Беременность исключена. Учитывая это, нужно рекомендовать пациентке

- **повторную гистерорезектоскопию**
- витаминотерапию
- стимуляцию овуляции кломифена цитратом
- продолжить ЗГТ с увеличением дозы принимаемых эстрогенов

12. Повторная гистерорезектоскопия не привела к восстановлению менструации. Дальнейшей тактикой врача, учитывая заинтересованность пациентки в беременности, является

- **ЭКО с суррогатной матерью**
- перенос размороженного эмбриона
- ЭКО с ооцитами донора
- внутриматочная инсеминация спермой донора