

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация: Пациентка А, 24 года обратилась к врачу-гинекологу женской консультации на 10 день менструального цикла с жалобами на сильную боль во время менструации, обильное менструальное кровотечение, длящееся 7-8 дней.

Жалобы: Боль в нижних отделах живота, усиливающаяся во время менструации. Мажущие межменструальные кровянистые выделения из влагалища, возникающее до и после менструации и длящиеся 1-2 дня. Обильные длительные менструации до 7-8 дней.

Анамнез заболевания: Характер менструации изменился за последние 1,5 года. Менструальное кровотечение стало длительнее на 4 дня, что составило 7-8 дней, интенсивнее и болезненнее.

Последние 2 менструальных цикла стала замечать мажущие кровянистые выделения из влагалища, возникающее до и после менструации и длящиеся 1-2 дня.

Пациентку беспокоит тянущая боль в области нижних отделов живота, усиливающаяся во время менструации.

В связи с чем обратилась к гинекологу на прием.

Анамнез жизни

Соматические заболевания – бронхиальная астма, стадия ремиссии.

Профессиональных вредностей не имеет. Аллергоанамнез не отягощен.

Менструации с 12 лет, установились сразу, менструальный цикл 28-30 дней, менструации по 3 дня (удлинились до 7-8 дней), обильные, болезненные.

В браке состоит 3 года, детей нет.

От беременности не предохраняется.

Беременности-0, Роды-0, Аборты-0.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Вес 65 кг, рост 159 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы влажные, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в области нижних отделов живота. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень, селезенка не увеличены. Стул нормальный, мочеиспускание частое, безболезненное.

Гинекологический осмотр:

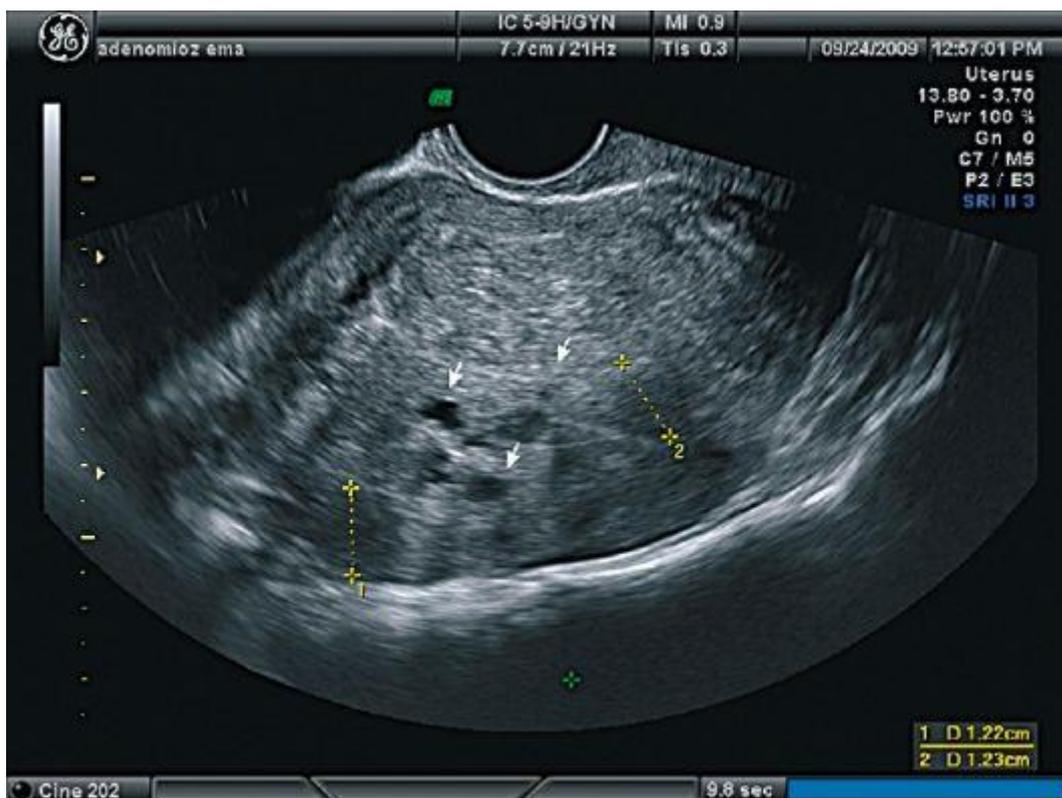
В зеркалах – шейка матки чистая, цилиндрической формы.

При бимануальном исследовании – матка шаровидной формы, крупнее нормы, безболезненная. Придатки четко не определяются, область их безболезненная.

Клинический анализ крови

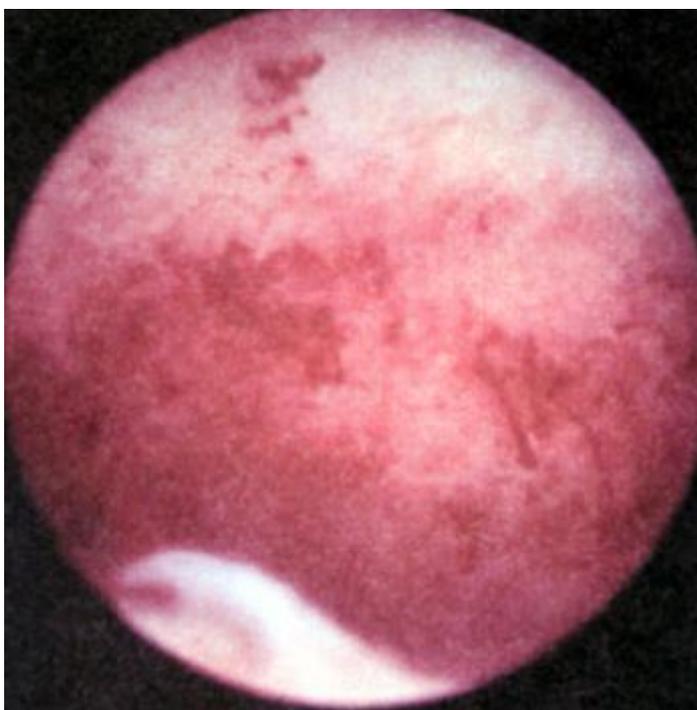
Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты 10 ⁹ кл/л	7,9	3,6 - 10
Нейтрофилы, %	70,1	35 - 76
Лимфоциты %	20,1	20 - 51
Моноциты %	8,1	1,7 - 11
Эозинофилы %	1,5	1 - 5
Базофилы %	0,3	0 - 1
Эритроциты (RBC) 10 ¹² кл/л	3,9	4,1 - 5,3
Гемоглобин (HGB) г/л	115	120 - 140
Гематокрит (HCT) %	40,8	36 - 42
Средний объем эритроцита (MCV), фл	83	75 - 95
Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH), пг	25	27 - 34
Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC) г/л	298	300 - 380
Тромбоциты (PLT) 10 ⁹ кл/л	194	180 - 320
СОЭ мм/ч	9	2 - 30

Трансвагинальное ультразвуковое исследование



На УЗ-картине определяются участки гетеротопии эндометрия

Гистероскопия



ВОПРОСЫ

1. Для постановки диагноза данной пациентке необходимо назначить следующее лабораторное исследование

- коагулограмму
- клинический анализ крови
- клинический анализ мочи
- мазок на степень чистоты влагалища

2. С целью верификации диагноза необходимо назначить данной пациентке инструментальные методы диагностики (выберите 2)

- доплерометрическое исследование органов малого таза
- рентгенологическое исследование органов брюшной полости
- гистероскопию
- ЭКГ
- трансвагинальное ультразвуковое исследование

3. На основании жалоб, анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования данной пациентке можно поставить следующий диагноз

- Аденомиоз
- Хронический сальпингоофорит
- Беременность малого срока
- Синдром поликистозных яичников

4. Дальнейшее обследование и лечение данной пациентки должно проводиться в

- амбулаторных условиях
- санаторно-курортных условиях
- условиях стационара многопрофильной больницы
- отделении реанимации и интенсивной терапии

5. Целью консервативной терапии эндометриоза у данной пациентки является профилактика

- хронического эндометрита
- эктопической беременности
- рецидивов заболевания
- маточного кровотечения

6. Лечебная тактика заключается в данном случае в комбинации

- гормональной терапии с НПВС
- антибактериальной терапии с КОК
- антианемической терапии с иАПФ
- НПВС с гемостатической терапией

7. При оперативном лечении данной пациентки предпочтительным хирургическим доступом является

- влагалищный
- лапаротомический
- комбинацию хирургических доступов
- лапароскопический

8. Эффективность консервативной терапии у данной пациентки будет оцениваться в течение

- 6 месяцев
- 3 месяцев
- 1 недели
- 1 месяца

9. В качестве гормональной терапии эндометриоза у данной пациентки используют

- ингибиторы ароматазы
- агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
- глюкокортикостероиды
- антигестагенные препараты

10. На фоне гормональной терапии эндометриоза побочными эффектами являются

- первичное бесплодие
- поликистоз яичников
- головная боль
- межменструальные кровотечения

11. При случайном обнаружении очагов эндометриоза во время операции необходимо предложить пациентке

- сделать аднексэктомию
- удалить очаги эндометриоза
- провести гистероэктомию
- провести пангистероэктомию

12. «Золотым стандартом» диагностики эндометриоза считают

- магнитно-резонансную терапию
- лапароскопию с последующим гистологическим исследованием
- раздельное диагностическое выскабливание
- клиническую картину