

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Пациентка 29 лет, поступила в гинекологическое отделение.

Жалобы

На обильные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез заболевания

Считает себя больной последние 2-е недели, когда после обильной менструации, кровянистые выделения продолжились. Последние 2 месяца менструации стали обильными, более 150 мл, со сгустками, болезненные.

Анамнез жизни

Детские инфекции: краснуха в 9 лет.

Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает.

Травмы, операции отрицает.

Аллергоанамнез неотягощен.

Менструации с 11 лет, установились не сразу, через 3 года, по 5 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные.

Беременностей не было.

Гинекологические заболевания: в ювенильном периоде маточное кровотечение, купировалось приемом транексамовой кислоты; фолликулярная киста правого яичника 6 мес. назад.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное.

Телосложение правильное, повышенного питания. Рост 169 см, вес 96 кг. ИМТ 33,6 кг/м².

Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный.

Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. *В зеркалах*: влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки конической формы. Наружный зев точечный. Выделения кровянистые, умеренные. *Бимануально*: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

Общий (клинический) анализ крови развернутый

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты	$3,7 \cdot 10^{12}/л$	3,7-4,7
Гемоглобин	118 г/л	115-145
Гематокрит	36,4 %	36-41
Тромбоциты	$283 \cdot 10^9/л$	180-320
Лейкоциты	$4,26 \cdot 10^9/л$	4-9
Нейтрофилы палочкоядерные	4%	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные	66%	47-72
Эозинофилы	2%	1-5
Базофилы	0 %	0-1
Лимфоциты	26%	20-40
Моноциты	2%	2-10
СОЭ	4 мм/ч	2-15

Коагуляционный гемостаз

Показатель	Результат	Нормы
ПТВ	10,1сек	9,4-12,5
Процент активности по Квику	105,0 %	78,0-145,0
МНО	0,93 Ед.	0,85-1,1
Фибриноген	3,2 г/л	2,0-4,00
АЧТВ	28,3 сек.	24,3-35,0

Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное

Вид исследования – трансвагинальный.

Матка в срединном положении, отклонена кпереди. Контуры матки четкие, ровные. Размеры матки 42*35*45 мм, структура однородная. М-эхо 20 мм с нечеткими ровными контурами, повышенной эхогенности, с гипоехогенными точечными включениями, аваскулярные при ЦДК. В полости матки в верхней трети визуализируется гиперэхогенное вытянутое образование с нечеткими ровными контурами и единичными локусами кровотока при ЦДК, размерами до 10 мм, исходящее из передней стенки.

Правый яичник - 21*31*23 мм, с четкими ровными контурами, 10-12 фолликулов в срезе, от 3 до 5 мм в диаметре.

Левый яичник - 20*30*22 мм, с четкими ровными контурами, 8-9 фолликулов в срезе, от 3 до 6 мм в диаметре. Свободная жидкость в области малого таза не визуализируется.

Гистероскопия с РДВМ

Произведена гистероскопия жидкостная. Цервикальный канал не изменен. Полость матки расширена, не деформирована, слизистая бледно-розовой окраски, гипертрофирована. В верхней трети по передней стенке матки визуализируется полип размерами 12*5 мм.

Выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки. Полипэктомия. Получен из цервикального канала умеренный соскоб. Из полости матки обильный соскоб, полип.

Гистологическое исследование № 1523: железисто-кистозный полип эндометрия на фоне простой железистой гиперплазии эндометрия.

ВОПРОСЫ

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям в данном случае относятся (выберите 2)

- лютеинизирующий гормон гипофиза в крови
- коагуляционный гемостаз
- общий (клинический) анализ крови развернутый
- глюкоза венозной крови натощак
- тиреотропный гормон в крови

2. К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования, в данном случае, относится

- жидкостная цитология шейки матки
- расширенная кольпоскопия
- мазок на флору
- ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное

3. Предполагаемым предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

- Злокачественное новообразование эндометрия
- Нерегулярные менструации неуточненные
- Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле
- Полип тела матки

4. Патологией матки, в данном случае, может являться

- атипическая метаплазия эндометрия и полип цервикального канала
- внутриматочные синехии и интерстициально-субмукозный миоматозный узел
- полип эндометрия и гиперплазия эндометрия
- субмукозный миоматозный узел и перегородка полости матки

5. Необходимым дополнительным методом исследования, в данном случае, является

- гистероскопия с РДВМ
- биопсия экзоцервикса шейки матки
- фиброколоноскопия обзорная
- масс-спектрометрия влагалищного содержимого

6. К группе риска по развитию предрака эндометрия относятся пациентки, имеющие

- нормальный менструальный цикл, активную половую жизнь
- ановуляторные маточные кровотечения, ожирение, ановуляцию
- дисменорею, низкий индекс массы тела, более трех родов в анамнезе
- диспареунию и дисменорею, дефицит массы тела, аппендэктомия

7. Учитывая имеющуюся у пациентки гиперплазию эндометрия и полип, основной хирургической стратегией лечения будет

- резекция слизистой оболочки матки
- неселективная эмболизация маточных артерий
- абляция слизистой оболочки матки
- РДВМ, полипэктомия

8. Медикаментозная гемостатическая терапия кровотечения при гиперплазии эндометрия включает

- эноксапарин натрия и окситоцин
- диклофенак и окситоцин
- диклофенак и эноксапарин натрия
- транексамовую кислоту

9. Для проведения гормональной терапии гиперплазии эндометрия без атипии после хирургического лечения используют

- эстрадиола валерат
- тестостерона пропионат
- дидрогестерон
- метилпреднизолон

10. В дальнейшем динамическом наблюдении после лечения гиперплазии эндометрия пациентка нуждается в течении

- 1 месяца после отмены циклической гормональной терапии
- 4-6 месяцев стойкой нормализации менструального цикла
- 1 года стойкой нормализации менструального цикла
- 1-3 месяцев стойкой нормализации менструального цикла

11. Тяжелая физическая нагрузка после гистероскопии запрещена в течении

- 12-24 месяцев
- 3-5 дней
- 2-3 недель
- 1,5-2 месяцев

12. Контроль за эффективностью гормонального лечения необходимо осуществлять путем проведения

- УЗИ кишечника, кольпоскопии, посева из полости матки и цервикального канала
- УЗИ почек и мочевого пузыря, МРТ органов малого таза и брюшной полости, ректороманоскопии
- гистеросальпингографии, лапароскопии, посева отделяемого из влагалища, колоноскопии
- УЗИ матки и придатков, гистероскопии, аспирационной биопсии