

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация: Женщина 26 лет обратилась к акушеру-гинекологу.

Жалобы: На длительные (до 14 дней) кровянистые выделения из половых путей на фоне 3-недельной задержки менструации, а также на прибавку массы тела за последние 2 года на 10 кг.

Анамнез заболевания

Менархе в 13 лет.

Менструальный цикл регулярный, менструации через 30-32 дня по 5-6 дней умеренные, безболезненные.

Половая жизнь с 24 лет, от беременности предохраняется барьерным методом (презерватив). С начала половой жизни отметила резкую прибавку массы тела на 10 кг, периодические головные боли.

На этом фоне появились задержки менструации от 1,5 до 2 месяцев переходящие в кровотечения с продолжительностью до 2-х недель.

С целью остановки кровотечения принимала Дицинон с временным положительным эффектом. В настоящее время пациентка в беременности не заинтересована.

Анамнез жизни

хронические пиелонефрит;

не курит, алкоголем не злоупотребляет;

профессиональных вредностей не имела;

аллергических реакций не было;

отец 60 лет СД 2 типа; мать – миома матки, ГБ

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 87 кг. ИМТ - 33.1

St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Влагалище нерожавшей женщины, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Из наружного зева в незначительном количестве кровянистые выделения. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, неоднородной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки матки слева и справа не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Крестцово-маточные связки без особенностей. Выделения из половых путей кровянистые в незначительном количестве.

Результаты обследования

ХГЧ: 3 мЕд/мл (у небеременных норма - менее 5 мЕд/мл)

УЗИ органов малого таза

День м/цикла: 7

Тело матки в retroflexio.

Размеры матки: длина 4,7 см., толщина 5.3 см., ширина 4.8 см.

Миометрий однородной эхо-структуры. Полость матки не расширена.

Эндометрий 1,2 см, неоднородный. Шейка матки 3.2 см.

Правый яичник 3,5х 2,6х 2,3 см. Объем яичника 10,2 см³. Фолликулярный аппарат выражен, в срезе 10 фолликулов, максимальный 0,6 см.

Левый яичник 2,8 см. х 2,5 см. х 2,3 см. Объем яичника 8,1 см³. Фолликулярный аппарат выражен, в срезе 10 фолликулов содержит фолликулы различного диаметра, максимальный 0,7 см.

Патоморфологическое исследование соскоба эндометрия: В соскобе из полости матки слизистая с многочисленными неравномерно распределенными ветвящимися железами разной формы и величины, включая кистозно-расширенные, эпителий многорядный, митозы отсутствуют, строма цитогенная с рассеянной лимфоидной инфильтрацией, спиральные артерии развиты слабо. *Заключение:* простая гиперплазия эндометрия

ВОПРОСЫ

1. К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для установления причины кровотечения у данной пациентки, относится анализ крови на определение уровня

- ХГЧ
- ФСГ
- СРБ
- ЛГ

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования у данной пациентки является

- УЗИ органов малого таза
- биопсия шейки матки
- офисная гистероскопия
- эхогистерография

3. Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом исследования у данной пациентки является

- патоморфологическое исследование соскоба эндометрия
- вульвоскопия
- диагностическая гистероскопия без биопсии эндометрия
- кольпоскопия

4. У данной пациентки основным диагнозом является Аномальное маточное кровотечение по типу межменструальных маточных кровотечений и

- Субмукозная миома матки
- Ангиодисплазия сосудов матки
- Гиперплазия эндометрия
- Полип эндометрия

5. У данной пациентки вероятность трансформации гиперплазии эндометрия в рак эндометрия составляет __ %

- 1-6
- 35-50
- 60-75
- 25-30

6. К основному фактору риска, приведшему к развитию гиперплазии эндометрия в данном случае, относится

- раннее менархе
- ожирение I степени
- сахарный диабет II типа
- дисфункция яичников

7. Для лечения гиперплазии эндометрия без атипии и вторичной профилактики аномальных маточных кровотечений пациентке рекомендуется

- блокатор эстрогеновых рецепторов
- левоноргестрел-внутриматочная система
- пероральный гестаген-содержащий препарат
- комбинированный оральный контрацептив

8. Пациентке введена ЛНГ-ВМС, на фоне которой следует проводить морфологическую оценку состояние эндометрия через _____ мес.

- 3
- 1
- 6
- 4

9. Пациентка обратилась через 6 месяцев для удаления ЛНГ-ВМС в связи с жалобами на усиленное выпадение волос головы. Прежде всего, следует объяснить, что вероятность рецидивирования гиперплазии эндометрия после отмены 6-месячного курса терапии составляет ____ %

- 50
- 80
- 40
- 60

10. Досрочное удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы у данной пациентки будет оправдано в случае появления

- хронического цефалгического синдрома
- функциональных кист яичников
- заинтересованности в беременности
- мажущих кровянистых выделений

11. При одном из повторных визитов через 4 месяца пациентка обратилась с жалобами на боли внизу живота, диагностирована экспульсия левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы, в связи с чем рекомендована барьерная контрацепция и в качестве “второй” линии терапии ей следует назначить

- гестаген в циклическом режиме
- тамоксифен в непрерывном режиме
- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- комбинированный оральный контрацептив

12. При отсутствии эффекта от проводимого 6-ти месячного курса гормонотерапии в виде ЛНГ-ВМС по поводу гиперплазии эндометрия без атипии, заподозренного на УЗИ органов малого таза и подтвержденного результатами гистологического исследования аспирата эндометрия, пациентке показано продолжение курса в течение 6 месяцев с последующим удалением ЛНГ-ВМС и проведением

- офисной гистероскопии
- терапии тамоксифеном в непрерывном режиме
- гистероскопии и диагностического выскабливания
- курса витаминотерапии