Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Минздрава России

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Кафедра перинатологии акушерства и гинекологии лечебного факультета

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Акушерство и гинекология. Ординатура.

Сборник методических рекомендаций для обучающихся к аудиторным практическим занятиям.

Для специальности ординатуры 31.08.01 - Акушерство и гинекология Блок\_\_\_\_\_\_\_ Учебный модуль

Часть III.

Красноярск

2018

УДК

ББК

Авт.знак

Акушерство и гинекология. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к аудиторным практическим занятиям для специальности ординатуры31.08.01 - Акушерство и гинекология. - Часть III.– Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 440 с.

**Составители:**

Базина М.И., Цхай В.Б., Макаренко Т.А., Шапошникова Е.В., Жирова Н.В., Киселева Е.Ю., Маисеенко Д.А., Егорова А.Т., Полстяная Г.Н., Домрачева М.Я., Брехова И.С., Коновалов В.Н., Ульянова И.О., Гребенникова Э.К., Костарева О.В., Кузнецова Д.Е.

Сборник методических рекомендаций обучающихся к аудиторным практическим занятиям предназначен для обучающихся с целью организации занятий. Составлен в соответствии с требованием Приказа Минобрнауки России от 25 августа 2014 № 1043 «Об утверждении федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (Очное, Ординатура, 2,00) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», Стандарта организации «Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшего образования в ординатуре СТО 7.5.09-16».

.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

© ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России 2018

**1. Занятие № 1**

**Тема: «Нейрогуморальная регуляция менструального цикла. Специальные методы обследования в гинекологической эндокринологии».**

**2. Форма организации занятия:**семинарское занятие.

**3.Значение изучения темы**: Знание этапов нейрогуморальной регуляции менструального цикла позволит на должном уровне проводить диагностику заболеваний встречающихся в гинекологической эндокринологии, в то время как владение основами интерпретации методов функциональной диагностики позволит проводить дифференциальную диагностику между наиболее часто встречающимися заболеваниями в гинекологической эндокринологии.

**4. Цели обучения:**

**-общая:** обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-3, ПК-2

**- учебная:**

обучающийся должен знать

- уровни регуляции менструального цикла и методы функциональной диагностики, как и функциональные пробы применяемые с целью выявления нарушений нейрогуморальной регуляции менструального цикла

обучающийся должен уметь

- Интерпретировать данные полученные в результате проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб для дальнейшей верификации уровня нарушения нейрогуморальной регуляции менструального цикла.

обучающийся должен владеть

- Техникой проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия:**

- Тесты функциональной диагностики применимые в гинекологии?

- Назвать уровни регуляции менструального цикла?

-Второй уровень регуляции менструального цикла и его влияние на ниже лежащие структуры?

-Физиологическая продолжительность менструации?

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Функциональное состояние репродуктивной системы регулируется определенными связующими звеньями между составляющими ее подсистемами:  
а) длинной петлей между яичниками и ядрами гипоталамуса;  
б) длинной петлей между гормонами яичников и гипофизом;  
в) ультракороткой петлей между гонадотропин-рилизинг-гормоном и нейроцитами гипоталамуса. Взаимоотношения между этими подсистемами основаны на принципе обратной связи, которая имеет как отрицательный (взаимодействие типа «плюс—минус»), так и положительный (взаимодействие типа «плюс—плюс») характер. Гармоничность процессов, происходящих в репродуктивной системе, определяется: полноценностью гонадотропной стимуляции; нормальным функционированием яичников, особенно правильным протеканием процессов в граафовом пузырьке и формирующемся затем на его месте желтом теле; правильным взаимодействием периферического и центрального звеньев — обратной афферентацией.

Уровни регуляции менструального цикла:

1) Кора головного мозга

2) Гипоталамус

3) Гипофиз

4) Яичники

5) Органы мишени

Тесты функциональной диагностики

Феномен зрачка

Феномен папоротника (феномен арборизации)

Феномен растяжения шеечной слизи

Тест базальной (ректальной) температуры

Кольпоцитология (исследование отделяемого влагалища на гормональный фон)

Функциональные пробы

Пробы с гестагенами

Проба с эстрогенами и гестагенами

Проба с гонадотропином

Проба с кломифеном

Проба с дексаметазоном

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

- работа с историями болезни

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2**

1.Основная триада жалоб гинекологических больных

1. Боли, тошнота, кровотечения
2. Бели, боли в пояснице, бесплодие
3. Повышение температуры тела, боли, бели
4. Боли, бели, кровотечения
5. Бели, кровотечения, бесплодие

2. Какие виды кольпоскопии существуют

1. Простая и расширенная
2. Сложная и простая
3. Двойная
4. Моно и биконтрастная
5. Все перечисленные

3.Для диагностики каких заболеваний показана пункция брюшной полости через задний свод влагалища

1. Прервавшаяся трубная беременность
2. Разрыв капсулы кистомы яичника
3. Апоплексия яичника
4. Перфорация пиосальпинкса
5. Все перечисленное

4.Какой наиболее благоприятный период для раздельного диагностического выскабливания стенок матки при гиперпластических процессах в эндометрии

1. 1 фаза менструального цикла
2. Перед менструацией
3. Середина менструального цикла
4. Сразу после менструации
5. Все перечисленное

5.Для диагностики каких заболеваний показана гистеросальпингография

1. Субмукозная миома матки
2. Трубное бесплодие
3. Аномалии развития матки
4. Аденомиоз
5. Все перечисленное

6.Какие эндоскопические методы диагностики вы знаете? Выберите неправильный ответ.

1. Кульдоскопия
2. УЗИ
3. Гистероскопия
4. Лапароскопия
5. Кольпоскопия

7.В каких случаях производится ректо-абдоминальное исследование?

1. Во всех при гинекологическом осмотре
2. У девственниц
3. При воспалении придатков матки
4. При миоме матки
5. При бесплодии

8.В каких случаях производится зондирование матки?

1. Перед раздельным диагностическим выскабливанием стенок матки
2. Перед введением ВМС
3. При диагностике атрезии цервикального канала
4. При диагностике субмукозной миомы матки
5. Во всех перечисленных

9.Форма шейки матки у нерожавших женщин?

1. Коническая
2. Бочкообразная
3. Цилиндрическая
4. Продолговатая
5. Шаровидная

10.Какой эпителий покрывает влагалищную часть шейки матки?

1. Цилиндрический
2. Кубический
3. Многослойный плоский
4. Призматический
5. Атипический

**Ситуационные задачи.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2.**

# Задача № 1

Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

# Задача № 2

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

# Задача № 3

Пациентка 26 лет ,жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

**Задача №4**

Больная 50ет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

**Задача №5**

Больная 25лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2.**

1) Частота встречаемости СПКЯ.

2) Патогенез СПКЯ.

3) Клиническая картина СПКЯ.

4) Методы диагностики СПКЯ.

5) Лечение СПКЯ.

**Тесты**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2.**

1. Положительная проба (малый тест) с дексаметазоном свидетельствует о том, что

а) источником гиперандрогении являются яичники

б) источником гиперандрогении являются надпочечники

в) гиперандрогения связана с аденомой гипофиза

г) гиперандрогения обусловлена кортикостеромой надпочечника

д) не представляет диагностической ценности

1. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты применяются с лечебной целью у больных

а) с гиперандрогенией, обусловленной склерокистозом яичников

б) с гиперандрогенией, обусловленной арренобластомой яичника

в) с адреногенитальным синдромом

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

1. Положительная проба с гестагенами для диагностики склерокистоза яичников заключается

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

1. Лечебно-диагностический эффект дексаметазона при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ

1. Лечебно-диагностический эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом

1. При выявлении адреногенитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать

а) с момента установления диагноза

б) после установления менструальной функции

в) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)

г) только после родов

д) время начала лечения не имеет значения

1. Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) более 5 лет

1. Гиперандрогения яичникового генеза часто сопровождается

а) гиперсекрецией ЛГ

б) повышением индекса ЛГ/ФСГ

в) умеренной гиперпролактинемией

г) верно а) и б)

д) всем перечисленным

1. Проба с дексаметазоном считается положительной, если в ответ на применение дексаметазона наблюдается следующее изменение уровня 17-кетостероидов в суточном количестве мочи

а) повышение на 50% и более

б) повышение на 10-20%

в) понижение на 10-20%

г) понижение на 50% и более

д) не изменяется

1. Применение дексаметазона с лечебной целью показано у больных 1) ссочетанной формой склерокистоза яичников 2) с адреногенитальным синдромом 3) с гиперандрогенией любого генеза 4) с арренобластомой яичника

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2.**

**Задача № 1**

Пациентка К., 23 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Лечение?
  3. Какое дообследование целесообразно?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Профилактика?

**Задача № 2**

Пациентка К., 24 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Обследование?
  3. Лечение?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Показания для хирургического лечения?

**Задача №3**

Больная 28 лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

**Задача № 4**

Пациентка Л, 0года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Лечение?
3. Какое дообследование целесообразно?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Профилактика?

**Задача № 5**

Пациентка К., 27года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Обследование?
3. Лечение?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Показания для хирургического лечения?

**1. Занятие № 2**

**Тема: «СПКЯ. Этиология, патогенез, клиника, принципы терапии».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

СПКЯ входит в структуру заболеваний, являющихся причинами развития первичного и вторичного бесплодия. Кроме того СПКЯ вызывает ряд нейрогуморальных нарушений приводящих к тяжелым нарушениям функционирования всех уровней регуляции репродуктивной системы женщины. Знание клинической картины, методов диагностики и лечения данного заболевания позволит врачу акушеру-гинекологу снизить частоту развития данного заболевания, а как следствие снизить частоту развития бесплодия.

**4. Цели обучения:**

**-общая**: обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

- этиопатогенез. Клиническую картину, методы диагностики и дифференциальной диагностики, современные методы лечения, реабилитацию СПКЯ.

обучающийся должен уметь:

- на основании данных клинической картины заболевания своевременно диагностировать СПКЯ и дифференцировано подобрать адекватные методы лечения.

обучающийся должен владеть:

- современными методами диагностики, консервативного и хирургического лечения СПКЯ.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

1) Частота встречаемости СПКЯ.

2) Патогенез СПКЯ.

3) Клиническая картина СПКЯ.

4) Методы диагностики СПКЯ.

5) Лечение СПКЯ.

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – патология структуры и функции яичников, основными критериями которых являются хроническая ановуляция и гиперандрогения.

Структурные изменения яичников при этой патологии характеризуются:

* Двухсторонним увеличением размеров яичников в 2–6 раз.
* Гиперплазией стромы.
* Гиперплазией клеток тека с участками лютеинизации.
* Наличием множества кистозно-атрезирующихся фолликулов диаметром 5–8 мм, расположенными под капсулой в виде «ожерелья».
* Утолщением капсулы яичников.

**В СПКЯ гиперандрогения является следствием:**

- Повышения уровня ЛГ в результате нарушения цирхорального ритма выделения ГнРГ и гонадотропинов

- Увеличение концентрации свободного биологически активного Т за счет уменьшения образования ПССГ.

Основными клиническими проявлениями СПКЯ являются хроническая ановуляция и яичниковая гиперандрогения. Различия в патогенезе, преобладание того или другого механизма, позволяют выделить ***два основных механизма формирования: СПКЯ с ожирением и СПКЯ без ожирения,*** представленных на схеме 2.

**Диагностика**

Характерный анамнез, внешний вид и клиническая симптоматика облегчают диагностику СПКЯ. В современной клинике диагноз СПКЯ можно поставить без гормональных исследований, хотя они также имеют характерные особенности.

**Лечение**

При наличии ожирения первый этап терапии – ***нормализация массы тела***.

Вторым этапом в лечении является ***медикаментозная терапия метаболических нарушений (ИР и ГИ)***

Хирургическое лечение:

Клиновидная резекция яичников, хирургический метод стимуляции овуляции

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

- разбор историй болезни

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

1. Положительная проба (малый тест) с дексаметазоном свидетельствует о том, что

а) источником гиперандрогении являются яичники

б) источником гиперандрогении являются надпочечники

в) гиперандрогения связана с аденомой гипофиза

г) гиперандрогения обусловлена кортикостеромой надпочечника

д) не представляет диагностической ценности

1. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты применяются с лечебной целью у больных

а) с гиперандрогенией, обусловленной склерокистозом яичников

б) с гиперандрогенией, обусловленной арренобластомой яичника

в) с адреногенитальным синдромом

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

1. Положительная проба с гестагенами для диагностики склерокистоза яичников заключается

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

1. Лечебно-диагностический эффект дексаметазона при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ

1. Лечебно-диагностический эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом

1. При выявлении адреногенитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать

а) с момента установления диагноза

б) после установления менструальной функции

в) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)

г) только после родов

д) время начала лечения не имеет значения

1. Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) более 5 лет

1. Гиперандрогения яичникового генеза часто сопровождается

а) гиперсекрецией ЛГ

б) повышением индекса ЛГ/ФСГ

в) умеренной гиперпролактинемией

г) верно а) и б)

д) всем перечисленным

1. Проба с дексаметазоном считается положительной, если в ответ на применение дексаметазона наблюдается следующее изменение уровня 17-кетостероидов в суточном количестве мочи

а) повышение на 50% и более

б) повышение на 10-20%

в) понижение на 10-20%

г) понижение на 50% и более

д) не изменяется

1. Применение дексаметазона с лечебной целью показано у больных 1) с сочетанной формой склерокистоза яичников 2) с адреногенитальным синдромом 3) с гиперандрогенией любого генеза 4) с арренобластомой яичника

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

**Задача № 1**

Пациентка К., 23 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Лечение?
  3. Какое дообследование целесообразно?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Профилактика?

**Задача № 2**

Пациентка К., 24 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Обследование?
  3. Лечение?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Показания для хирургического лечения?

**Задача №3**

Больная 28 лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

**Задача № 4**

Пациентка Л, 0года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Лечение?
3. Какое дообследование целесообразно?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Профилактика?

**Задача № 5**

Пациентка К., 27года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Обследование?
3. Лечение?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Показания для хирургического лечения?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

1) Частота встречаемости генитального туберкулеза.

2) Клиническая картина туберкулеза эндометрия.

3) Современные методы диагностики генитального туберкулеза.

4) Методы и сроки лечения генитального туберкулеза в зависимости от локализации процесса.

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

1.Частота встречаемости туберкулеза маточных труб:

а) 25-30%

б) 45-50%

в) 80 %

г) 5%

д) 100%

2. Показанием для проведения хирургического лечения генитального туберкулеза является:

а) неэффективность консервативной терапии.

б) отсутствие эффекта от лечения в течение 1 месяца.

в) обильные бели на фоне туберкулеза маточных труб.

г) развитие вторичного бесплодия.

д) развитие олигоменореи

3.Госпитализация беременных с открытой формой туберкулеза, осуществляется:

а) в специализированные акушерске стационары (родильные дома)

б) в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы

в) в неспециализированноые родильные дома

г) в обсервационные акушерские отделения родильного дома

д) в многопрофильные стационары

4.Особенности клинического течения туберкулеза тела матки:

а) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков

б) тело матки, как правило, увеличено

в) имеется нарушение менструальной функции

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

5.В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

6.Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении

а) возможного начала воспалительного процесса

б) возбудителя заболевания

в) функционального состояния яичников

г) верно а) и б)

д) всего перечисленного

7.Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем 1) течение заболевания чаще всего хроническое 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

8.Для диагностики туберкулеза гениталий применяют 1) гистеросальпингографию 2) биконтрастную гинекографию 3) туберкулинодиагностику 4) лимфографию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки 1) разрывы промежности 2) нарушение гигиены половой жизни 3) нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами) 4) зияние наружного зева (при неушитых разрывах шейки матки)

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять 1) трансабдоминальную эхографию 2) трансвагинальную эхографию 3) компьютерную томографию 4) кульдоскопию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

**Задача № 1**

Пациентка 26 лет обратилась к гинекологу с жалобой на ноющие боли в низу живота. Боли появились после лечения на южном курорте и беспокоят в течение года. Из анамнеза: менструации с 17 лет, редкие скудные; первичное бесплодие в течение 5 лет. Дедушка пациентки болел легочным туберкулезом. При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37 градусов, пульс 78 в 1 мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: матка уменьшена в размерах, ограниченно подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон болезненные, несколько увеличенные, плотной консистенции.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Наиболее вероятные причины бесплодия у данной больной?
4. В чем заключается лечение больной в случае подтверждения диагноза?
5. Реабилитационные мероприятия после основного курса терапии?

**Задача №2**

Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение ЦРБ с жалобами на сильные боли в низу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро около 12 часов назад, появились боли в низу живота, озноб, повысилась температура тела до 39,5 градусов.

Из анамнеза: в возрасте 20 лет больная перенесла аппендэктомию. Менструации с 14 лет, по 3-4 дня, цикл 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было 4 беременности, из них 1 роды и 3 медицинских аборта. Роды и аборты без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад был незащищенный половой акт со случайным половым партнером.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст., температура тела 39,5 градусов. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительны. Симптом XII ребра с обеих сторон отрицательный. В ан. крови: Hb-120г/л; лейкоциты – 16,8 миллионов; сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 38 мм/ч. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала истекают гноевидные выделения. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон четко не пальпируются в виду резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Задача №3**

Больная 17 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5˚С, озноб, слабость. Из анамнеза: В браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 10 половых партнёров. Последняя menses в срок. Заболела остро на 6-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Плачет. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 120 в 1 мин, температура тела 38,9˚С. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача №4**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: заболела остро, на 3-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 5 медицинских абортов, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Какова тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. Лечение?
5. Необходимые реабилитационные мероприятия?

**1. Занятие № 3**

**Тема: «Генитальный туберкулез. Особенности клиники, диагностики. Специфическая терапия. Показания к хирургическому лечению».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3.Значение изучения темы:** Туберкулез- является не только медицинской, но и социальной проблемой. Среди генитальной локализации туберкулеза в 25% случаев поражается эндометрий и до 80% приходится на туберкулез маточных труб. Данная проблема актуальна ещё и тем. Что генитальный туберкулёз, как правило, выявляется в запущенных стадиях, таким образом является фактором приводящим не только к снижению фертильности женского населения. Но и вызывающим развитие бесплодия.

**4. Цели обучения:**

**-общая** (обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11)

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

- частоту встречаемости и структуру генитального туберкулеза, клиническую картину и современные методы диагностики данной патологии.,

обучающийся должен уметь:

- на основании эпид. анамнеза выявить группы риска, среди женского населения по развитию генитального туберкулеза.

обучающийся должен владеть:

- эффективными методами лечения генитального туберкулеза и мерами профилактики данного заболевания.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

1) Частота встречаемости генитального туберкулеза.

2) Клиническая картина туберкулеза эндометрия.

3) Современные методы диагностики генитального туберкулеза.

4) Методы и сроки лечения генитального туберкулеза в зависимости от локализации процесса

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

**Туберкулез** — инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией (бактерией Коха). Генитальный туберкулез, как правило, развивается вторично в результате переноса инфекции из первич­ного очага поражения (чаще из легких, реже из кишечника).

В структуре генитального туберкулеза первое месте по частоте занимает поражение маточных труб, второе - эндометрий. Реже встречается туберкулез яичников и шейки матки, совсем редко — туберкулез влагалища и наружных половых органов.

**Классификация.** Клинико-морфологическая классификация раз­личает:

•   хронические формы с продуктивными изменениями и слабо выраженными клиническими симптомами;

•   подострую форму с экссудативно-пролиферативными изме­нениями и значительными поражениями;

•   казеозную форму с тяжелыми и острыми процессами;

•   законченный туберкулезный процесс с инкапсулированием обызвествленных очагов.

Генитальный туберкулез имеет в основном стертую клиничес­кую картину с большим разнообразием симптомов, что объясняет­ся вариабельностью патологоанатомических изменений. Снижение генеративной функции (бесплодие) является основным, а иногда и единственным симптомом заболевания.

Для уточнения диагноза используют туберкулиновые пробы (про­ба Коха). Туберкулин вводят подкожно в дозе 20 или 50 ТЕ, после чего оценивают общую и очаговую реакции. Общая реакция прояв­ляется повышением температуры тела (более чем на 0,5 °С), в том числе и в области шейки матки (цервикальная электротермомет­рия), учащением пульса (более 100 в минуту), увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов, моноцитов, изменением числа лим­фоцитов, повышением СОЭ.

**Лечение** генитального туберкулеза, как и туберкулеза любой лока­лизации, следует проводить в специализированных учреждениях — противотуберкулезных больницах, диспансерах, санаториях. Тера­пия должна быть комплексной и включать в себя противотуберку­лезную химиотерапию, средства повышения защитных сил орга­низма (отдых, полноценное питание, витамины), физиотерапию, хирургическое лечение по показаниям. В основе лечения туберкулеза лежит химиотерапия с использо­ванием не менее 3 препаратов.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных,

-разбор историй болезни.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

1.Частота встречаемости туберкулеза маточных труб:

а) 25-30%

б) 45-50%

в) 80 %

г) 5%

д) 100%

2. Показанием для проведения хирургического лечения генитального туберкулеза является:

а) неэффективность консервативной терапии.

б) отсутствие эффекта от лечения в течение 1 месяца.

в) обильные бели на фоне туберкулеза маточных труб.

г) развитие вторичного бесплодия.

д) развитие олигоменореи

3.Госпитализация беременных с открытой формой туберкулеза, осуществляется:

а) в специализированные акушерске стационары (родильные дома)

б)в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы

в) в неспециализированноые родильные дома

г) в обсервационные акушерские отделения родильного дома

д) в многопрофильные стационары

4.Особенности клинического течения туберкулеза тела матки:

а) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков

б) тело матки, как правило, увеличено

в) имеется нарушение менструальной функции

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

5.В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

6.Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении

а) возможного начала воспалительного процесса

б) возбудителя заболевания

в) функционального состояния яичников

г) верно а) и б)

д) всего перечисленного

7.Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем 1) течение заболевания чаще всего хроническое 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

8.Для диагностики туберкулеза гениталий применяют 1) гистеросальпингографию 2) биконтрастную гинекографию 3) туберкулинодиагностику 4) лимфографию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки 1) разрывы промежности 2) нарушение гигиены половой жизни 3) нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами) 4) зияние наружного зева (при неушитых разрывах шейки матки)

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять 1) трансабдоминальную эхографию 2) трансвагинальную эхографию 3) компьютерную томографию 4) кульдоскопию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

**Задача № 1**

Пациентка 26 лет обратилась к гинекологу с жалобой на ноющие боли в низу живота. Боли появились после лечения на южном курорте и беспокоят в течение года. Из анамнеза: менструации с 17 лет, редкие скудные; первичное бесплодие в течение 5 лет. Дедушка пациентки болел легочным туберкулезом. При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37 градусов, пульс 78 в 1 мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: матка уменьшена в размерах, ограниченно подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон болезненные, несколько увеличенные, плотной консистенции.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Наиболее вероятные причины бесплодия у данной больной?
4. В чем заключается лечение больной в случае подтверждения диагноза?
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Задача №2**

Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение ЦРБ с жалобами на сильные боли в низу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро около 12 часов назад, появились боли в низу живота, озноб, повысилась температура тела до 39,5 градусов.

Из анамнеза: в возрасте 20 лет больная перенесла аппендэктомию. Менструации с 14 лет, по 3-4 дня, цикл 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было 4 беременности, из них 1 роды и 3 медицинских аборта. Роды и аборты без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад был незащищенный половой акт со случайным половым партнером.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст., температура тела 39,5 градусов. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительны. Симптом XII ребра с обеих сторон отрицательный. В ан. крови: Hb-120г/л; лейкоциты – 16,8 миллионов; сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 38 мм/ч. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала истекают гноевидные выделения. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон четко не пальпируются в виду резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Задача №3**

Больная 17 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5˚С, озноб, слабость. Из анамнеза: В браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 10 половых партнёров. Последняя menses в срок. Заболела остро на 6-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Плачет. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 120 в 1 мин, температура тела 38,9˚С. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача №4**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: заболела остро, на 3-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 5 медицинских абортов, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Какова тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. Лечение?
5. Необходимые реабилитационные мероприятия?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

(контрольные вопросы по теме занятия, тестовые задания, ситуационные задачи без эталонов ответов).

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

1. Этиология аэробного вульвовагинита.

2. Клинические формы аэробного вульвовагинита

3. Диагностика аэробного вульвовагинита.

4. Показания к лечению аэробного вульвовагинита

5. Лечение аэробного вульвовагинита

6. Бактериальный вагиноз

7. Варианты клинического течения:

8. Диагностические критерии БВ (R.Amsel, 1993 г.)

9. Обенности микроскопической картины при БВ

10. Лечение бактериального вагиноза

11. 1 этап: использование нитроимидазолов

12. 2 этап: восстановление нормального биоценоза

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

1. Лечение кольпита у беременных следует проводить

а) в I триместре беременности

б) во II триместре беременности

в) в III триместре беременности

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

2. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

а) для хламидий

б) для вируса простого герпеса

в) для трихомонады

г) верно а) и в)

д) верно б) и в)

3. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

4. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

а) стафилококка

б) стрептококка

в) гонококка

г) гарднереллы

д) анаэробов

5. Влагалищные выделения у больных гарднереллезом обычно

а) обильные

б) слегка тягучие и липкие

в) светло-серого или желто-зеленого цвета

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

6. Для лечения гарднереллеза целесообразно применение у больных

а) доксициклина

б) тинидазола

в) далацина С

г) верно б) и в)

д) всего перечисленного

7. Для лечения неспецифического кольпита у беременных необходимо применять

а) жидкий лизоцим

б) 1% спиртовой ратвор хлорфиллипта

в) фурагин

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

8. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы 3) повышение температуры тела до 39-40шС 4) наличие тошноты и рвоты

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9. При хроническом вульвите неспецифической этиологии имеются следующие клинические проявления 1) кожа наружных половых органов утолщена, с инфильтрированными волосяными луковицами 2) на поверхности вульвы имеются корочки 3) в области больших половых губ всегда бывают множественные изъязвления различной величины 4) всегда имеется киста бартолиновой железы

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы 3) повышение температуры тела до 39-40шС 4) наличие тошноты и рвоты

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

**Задача №1**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №2**

К врачу-гинекологу женской консультации обратилась пациентка 62 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из половых путей. Болеет в течение 1 месяца, самостоятельно проводила спринцевания влагалища концентрированным раствором перманганата калия – без эффекта. Из анамнеза: постменопауза в течение 12 лет, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, ежегодно проходит профилактический осмотр у гинеколога. Соматические заболевания: ожирение II степени, гипертоническая болезнь II. При осмотре в зеркалах: наружные гениталии атрофичны, слизистая влагалища истончена, гиперемирована, отечная, с ломкими инъецированными сосудами. Стенки влагалища густо покрыты гнойными выделениями. Слизистая влагалищной части шейки матки атрофична с инъецированными сосудами. При влагалищном исследовании: шейка и тело матки меньше нормальных размеров. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимое обследование для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение.
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Задача №3**

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 6 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. При наружном осмотре половых органов отмечается гиперемия и отек слизистой входа во влагалище и наличие обильных гнойных выделений из влагалища.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможная причина развития данного заболевания у девочек до 8 лет?
3. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

**Задача №4**

В гинекологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в правую ногу, слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 2 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 5 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 12 лет назад, лечилась в стационаре.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, доходящий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий после основного курса терапии.

**Задача № 5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 27 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, периодические слизисто-гноевидные выделения из половых путей, редко – субфебрильную температуру тела, отсутствие беременностей в течение 3 лет.Из анамнеза: 3 года назад мед. аборт, осложнившийся о. эндометритом, по поводу чего получала стационарное лечение. После этого периодически беспокоят вышеперечисленные жалобы, беременность не наступала не смотря на отсутствие контрацепции. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – слизисто-гноевидные в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая, наружный зев. Закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон инфильтрированы, чувствительны. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наиболее вероятная причина бесплодия у данной больной?
5. Профилактика данного заболевания?

**1. Занятие № 4**

**Тема: «Аэробный вульвовагинит, цервицит, бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение)».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3.Значение темы:** В общей структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов занимают лидирующее место. При этом основную долю среди воспалительных заболеваний ЖПО занимают такие формы как вульвовагинит, цервицит, бактериальный вагиноз. Особую актуальность данной проблеме придает тот факт, что данные заболевания являются предрасполагающими для развития осложненных форм ВЗОМТ.

**4. Цели обучения:**

**-общая:** (обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11);

**- учебная:**

обучающийся должен знать

- причины развития воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов, методы диагностики.

обучающийся должен уметь

- на основании клинических и данных дополнительных методов обследования верифицировать диагноз.

обучающийся должен владеть

- современными методами лечения воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Этиология аэробного вульвовагинита.

2. Клинические формы аэробного вульвовагинита

3. Диагностика аэробного вульвовагинита.

4. Показания к лечению аэробного вульвовагинита

5. Лечение аэробного вульвовагинита

6. Бактериальный вагиноз

7. Варианты клинического течения:

8. Диагностические критерии БВ (R.Amsel, 1993 г.)

9. Обенности микроскопической картины при БВ

10. Лечение бактериального вагиноза

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

***Вульвовагиниты*** – инфекционно–воспалительные заболевания слизистой влагалища и вульвы, вызываемые различными микроорганизмами. Характерными клиническими проявлениями являются: дискомфорт в области наружных половых органов и влагалища, зуд, жжение, выделения из половых путей различной интенсивности и характера, нередко с неприятным запахом.

Основными ***принципами лечения*** **рецидивирующих** **вульвовагинитов** являются:

– точная **дифференциальная** **диагностика** возбудителя;

– проведение одновременной и адекватной антибактериальной терапии половых партнеров;

– сочетание общего и местного **лечения**;

–устранение факторов, поддерживающих **рецидивирующий** характер заболевания (гиповитаминоз, гипоэстрогения, обострение хронических экстрагенитальных заболеваний и т.д.);

– одновременное или последующее восстановление нормальной микрофлоры влагалища.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ - инфекционный невоспалительный синдром, вызванный полимикробной ассоциацией строгих анаэробов и G. vaginalis (107-108 КОЕ\ мл) при резком снижении Н2О2-лактобактерий.

ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА: 1 этап: использование нитроимидазолов: метронидазол, орнидазол, тинидазол, секнидазол и линкозаминов: клиндамицин и линкомицин; 2 этап: восстановление нормального биоценоза - эубиотики: ацилакт, лактобактерин и т.д.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Лечение кольпита у беременных следует проводить

а) в I триместре беременности

б) во II триместре беременности

в) в III триместре беременности

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

2. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

а) для хламидий

б) для вируса простого герпеса

в) для трихомонады

г) верно а) и в)

д) верно б) и в)

3. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

4. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

а) стафилококка

б) стрептококка

в) гонококка

г) гарднереллы

д) анаэробов

5. Влагалищные выделения у больных гарднереллезом обычно

а) обильные

б) слегка тягучие и липкие

в) светло-серого или желто-зеленого цвета

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

6. Для лечения гарднереллеза целесообразно применение у больных

а) доксициклина

б) тинидазола

в) далацина С

г) верно б) и в)

д) всего перечисленного

7. Для лечения неспецифического кольпита у беременных необходимо применять

а) жидкий лизоцим

б) 1% спиртовой ратвор хлорфиллипта

в) фурагин

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

8. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы 3) повышение температуры тела до 39-40шС 4) наличие тошноты и рвоты

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9. При хроническом вульвите неспецифической этиологии имеются следующие клинические проявления 1) кожа наружных половых органов утолщена, с инфильтрированными волосяными луковицами 2) на поверхности вульвы имеются корочки 3) в области больших половых губ всегда бывают множественные изъязвления различной величины 4) всегда имеется киста бартолиновой железы

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы 3) повышение температуры тела до 39-40шС 4) наличие тошноты и рвоты

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача №1**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №2.**

К врачу-гинекологу женской консультации обратилась пациентка 62 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из половых путей. Болеет в течение 1 месяца, самостоятельно проводила спринцевания влагалища концентрированным раствором перманганата калия – без эффекта. Из анамнеза: постменопауза в течение 12 лет, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, ежегодно проходит профилактический осмотр у гинеколога. Соматические заболевания: ожирение II степени, гипертоническая болезнь II. При осмотре в зеркалах: наружные гениталии атрофичны, слизистая влагалища истончена, гиперемирована, отечная, с ломкими инъецированными сосудами. Стенки влагалища густо покрыты гнойными выделениями. Слизистая влагалищной части шейки матки атрофична с инъецированными сосудами. При влагалищном исследовании: шейка и тело матки меньше нормальных размеров. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимое обследование для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение.
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Задача №3**

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 6 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. При наружном осмотре половых органов отмечается гиперемия и отек слизистой входа во влагалище и наличие обильных гнойных выделений из влагалища.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможная причина развития данного заболевания у девочек до 8 лет?
3. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

**Задача №4**

В гинекологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в правую ногу, слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 2 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 5 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 12 лет назад, лечилась в стационаре.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, доходящий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий после основного курса терапии.

**Задача № 5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 27 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, периодические слизисто-гноевидные выделения из половых путей, редко – субфебрильную температуру тела, отсутствие беременностей в течение 3 лет.Из анамнеза: 3 года назад мед. аборт, осложнившийся о. эндометритом, по поводу чего получала стационарное лечение. После этого периодически беспокоят вышеперечисленные жалобы, беременность не наступала не смотря на отсутствие контрацепции. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – слизисто-гноевидные в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая, наружный зев. Закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон инфильтрированы, чувствительны. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наиболее вероятная причина бесплодия у данной больной?
5. Профилактика данного заболевания?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1)Принципы дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии с другими генитальными и экстрагенитальныьш заболеваниями

2)Современные принципы лечения больных с хроническими воспалениями придатков матки.

3)Вирусные заболевания гениталий: вирус простого герпеса, папилломавирусная инфекция

4)Уреамикоплазмоз половых органов: современные подходы к ведению пациентов

5)Генитальный герпес.

6)Особенности микрофлоры половых путей в современных условиях.

**Тесты**.

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1.У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме

а) доксициклина

б) эритромицина

в) сумамеда

г) ампициллина

д) тетрациклина

2.Остроконечные кондиломы характеризуются следующим 1) имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту 2) локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки 3) основание их всегда широкое, инфильтрировано 4) консистенция кондилом хрупкая

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

3.Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем 1) течение заболевания чаще всего хроническое 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

4.Для диагностики туберкулеза гениталий применяют 1) гистеросальпингографию 2) биконтрастную гинекографию 3) туберкулинодиагностику 4) лимфографию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.Критерии диагностики воспаления придатков матки (при проведении дифференциальной диагностики с аппендицитом) 1) часто наличие воспаления придатков в анамнезе 2) постепенное развитие заболевания 3) болезненность в области Дугласова кармана при ректальном исследовании (симптом Промптова положительный) 4) быстрое нарастание лейкоцитоза в периферической крови уже в первые часы заболевания

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6.Часто встречается следующая локализация воспалительного процесса гениталий, обусловленного хламидийной инфекцией 1) цервицит 2) сальпингоофорит 3) эндометрит 4) вульвит

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

7.В соответствии с существующей классификацией гонореи различают 1) свежую гонорею 2) хроническую гонорею 3) латентную гонорею 4)гонококконосительство

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.Особенности менструальной функции у больных с хроническим сальпингоофоритом 1) гиперменорея 2) полименорея 3) гипоменорея 4) олигоменорея

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют 1) резорцин местно 2) хирургическое лечение - иссечение кондилом 3) криодеструкцию 4) амфотерицин местно

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.Принципы лечения больных с генитальным кандидозом 1) проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции 2) лечение кандидозной инфекции 3) лечение полового партнера 4) исключение половой жизни во время лечения

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача №1**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: заболела остро, на 3-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 5 медицинских абортов, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Какова тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. Лечение?
5. Необходимые реабилитационные мероприятия?

**Задача №3**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №4**

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 6 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. При наружном осмотре половых органов отмечается гиперемия и отек слизистой входа во влагалище и наличие обильных гнойных выделений из влагалища.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможная причина развития данного заболевания у девочек до 8 лет?
3. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

**Задача №5**

В гинекологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в правую ногу, слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 2 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 5 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 12 лет назад, лечилась в стационаре.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, доходящий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий после основного курса терапии.

**1. Занятие № 5**

**Тема: «Воспалительные заболевания внутренних половых органов в острой стадии. Клиника, диагностика, лечение. Хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов. Клиника, диагностика, лечение. Реабилитация больных. Физиотерапевтические методы лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3.Значение изучения темы:** Широкое распространениеВЗОМТ специфической этиологии с последующим ухудшением параметров репродуктивного здоровья диктует внедрение в практическую деятельность врача акушера-гинеколога современных подходов к диагностике и лечению этой патологии.

**4. Цели обучения:**

**- общая:** Расширить и углубить знания обучающихся по диагностике различных форм воспалительных гинекологических заболеваний специфической этиологии (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ), назначению лечения в зависимости от стадии воспалительного процесса и его нозологической формы. Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

- основные методы диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии, а также особенности клиники в зависимости от этиологического агента (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

обучающийся должен уметь:

- применять основные методы лечения острых, подострых и хронических воспалительных процессов специфической этиологии (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

- вопросы дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии с другими патологическими состояниями женской половой системы.

- представить методы контроля излеченности и реабилитации воспалительных заболеваний специфической этиологии (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

обучающийся должен владеть:

- основными методамидиагностики и лечения острых, подострых и хронических воспалительных процессов специфической этиологии (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

1)Принципы дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии с другими генитальными и экстрагенитальныьш заболеваниями

2)Современные принципы лечения больных с хроническими воспалениями придатков матки.

3)Вирусные заболевания гениталий: вирус простого герпеса, папилломавирусная инфекция

4)Уреамикоплазмоз половых органов: современные подходы к ведению пациентов

5)Генитальный герпес.

6)Особенности микрофлоры половых путей в современных условиях.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

*Эпидемиология ЗППП*

Ежегодно в мире регистрируется: 1) трихомониаз 180 млн чел, гонорея - 250 млн, 50 млн - сифилис, 90 млн - УГХ. В России зарегистрировано

*ГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ*

*Этиология:* грибы рода Candida ( 196 видов, 27 обитают у человека, 95% C. albicans - аэроб, t- 21-37\*, ph- 6.0-6.5, тропизм к тканям богатым гликогеном. Обнаруживаются во влагалище у 10 - 17% здоровых женщин, 30-45% беременных.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ

*Эпидемиология:* самое “дорогостоящее” и самое распространенное ЗППП. Инфицированность сексуальноактивного населения 10-20 %. 60%острого сальпингита, внематочной беременности, 80% трубного бесплодия 10-30% конъюнктивитов обусловлены Х. Россия 1993г.-37,1; 1998г.-166111 на100т населения.

Папилломавирусная инфекция

Биология ПВИ: Папилломавирусная инфекция - ВПЧ, подгруппа А семейства Рароvaviridae ( 16, 18,31,33,35 тип - субклиническая инфекция, ассоциированная с CIN.

ТРИХОМОНИАЗ.  
Является одним из самых распространенных среди воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов, вызывается влагалищными трихомонадами - простейшими из класса жгутиковых. Заражение происходит, как правило, половым путем.

Клинические формы трихомониаза.

1. Трихомонадный вульвит и вестибулит. Жалобы на жжение в области наружных половых органов, обильные гнойные пенистые выделения, зуд, иногда учащенные позывы на мочеиспускание. При осмотре слизистая вульвы и влагалища отечна, гиперемирована, покрыта жидкими гнойными выделениями с мелкоточечными кровоизлияниями (эрозии).
2. Трихомонадный уретрит.
3. Трихомонадный кольпит.
4. Трихомонадный эндоцервицит.
5. ГОНОРЕЯ.
6. *Этиология.* Заболевание вызывается гонококком; гонококки чувствительны к повышенной температуре (погибают при температуре более 56 градусов), высыханию, действию химических соединений (соли серебра, ртути). При лечении сульфаниламидами и антибиотиками могут образовываться L- формы гонококка, отличающиеся от типичной морфологическими и биологическими свойствами, это происходит при условии недостаточной дозировки препаратов. Гонококк становится нечувствительным к препарату, вызывавшему их образование (переносят, дозу в тысячи раз большую, чем чувствительные гонококки).
7. Урогенитальный уреамикоплазмоз
8. Биологическая характеристика хламидий: Mycoplasmataceae, род Mycoplasma (100 видов), род Ureaplasma (3 вида).Патогенны для человека 5 видов-M. pneumonie, M. hominis, M. incognitum, U. urealiticum (дифференциальная патогенность различных серотипов) М. - полиморфная, Гр.- бактерия, 150-200 нм, отсутствует клеточная стенка, содержит ДНК и РНК, способна к репликации на бесклеточной среде, цикл развития 6 суток.
9. Генитальный герпес
10. передаваемое половым путем хроническое рецидивирующее вирусное заболевание
11. Этиология: возбудитель вирус простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов
12. Классификация 1) Первый клинический эпизод, 2) Рецидивирующий генитальный герпес

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

1.У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме

а) доксициклина

б) эритромицина

в) сумамеда

г) ампициллина

д) тетрациклина

2.Остроконечные кондиломы характеризуются следующим 1) имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту 2) локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки 3) основание их всегда широкое, инфильтрировано 4) консистенция кондилом хрупкая

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

3.Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем 1) течение заболевания чаще всего хроническое 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

4.Для диагностики туберкулеза гениталий применяют 1) гистеросальпингографию 2) биконтрастную гинекографию 3) туберкулинодиагностику 4) лимфографию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.Критерии диагностики воспаления придатков матки (при проведении дифференциальной диагностики с аппендицитом) 1) часто наличие воспаления придатков в анамнезе 2) постепенное развитие заболевания 3) болезненность в области Дугласова кармана при ректальном исследовании (симптом Промптова положительный) 4) быстрое нарастание лейкоцитоза в периферической крови уже в первые часы заболевания

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6.Часто встречается следующая локализация воспалительного процесса гениталий, обусловленного хламидийной инфекцией 1) цервицит 2) сальпингоофорит 3) эндометрит 4) вульвит

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

7.В соответствии с существующей классификацией гонореи различают 1) свежую гонорею 2) хроническую гонорею 3) латентную гонорею 4)гонококконосительство

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.Особенности менструальной функции у больных с хроническим сальпингоофоритом 1) гиперменорея 2) полименорея 3) гипоменорея 4) олигоменорея

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют 1) резорцин местно 2) хирургическое лечение - иссечение кондилом 3) криодеструкцию 4) амфотерицин местно

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.Принципы лечения больных с генитальным кандидозом 1) проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции 2) лечение кандидозной инфекции 3) лечение полового партнера 4) исключение половой жизни во время лечения

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

**Задача №1**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: заболела остро, на 3-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 5 медицинских абортов, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Какова тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. Лечение?
5. Необходимые реабилитационные мероприятия?

**Задача №3**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Задача №4**

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 6 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. При наружном осмотре половых органов отмечается гиперемия и отек слизистой входа во влагалище и наличие обильных гнойных выделений из влагалища.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможная причина развития данного заболевания у девочек до 8 лет?
3. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

**Задача №5**

В гинекологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в правую ногу, слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 2 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 5 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 12 лет назад, лечилась в стационаре.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, доходящий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий после основного курса терапии.

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

1. Этиопатогенез гнойных тубоовариальных образований
2. Морфологические формы гнойных тубоовариальных образований ( вопросы терминологии)
3. Осложнения гнойных тубоовариальных образований:
4. Патогномоничные синдромы гнойных тубоовариальных образований:
5. Интоксикационный синдром: стадии эндогенной интоксикации

* Начальная стадия ЭИ
* Фаза накопления продуктов из очага агрессии (вещества низкой и средней молекулярной массы)
* Фаза обратимой декомпенсации органов детоксикации
* Фаза необратимой декомпенсации органов детоксикации
* Терминальная стадия

1. Объем обследования при гнойных тубоовариальных образованиях:
2. Стратегия лечения: Выбор времени и объема операции
3. Объем предоперационной терапии:
4. Хирургический этап, принципы ведения
5. Госпитальная и постгоспитальная реабилитация

**Тесты**:

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

1.Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

а) ознобы

б) появление жидкого стула

в) появление резей при мочеиспускании

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

2.Димексид обладает следующим действием

а) анальгезирующим

б) противовоспалительным

в) облегчает проникновение лекарственного препарата вглубь тканей

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

3.В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

4.При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

а) боли внизу живота и в области поясницы

б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

5.К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) ампициллина

б) олеандомицина

в) гентамицина

г) цепорина

д) кефзола

6.К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) карбенициллина

б) эритромицина

в) морфоциклина

г) левомицетина

д) линкомицина

7.Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков

а) бактериостатических

б) бактериостатических и бактерицидных

в) бактерицидных

г) не имеет значения

д) нет правильного ответа

8.К особенностям течения воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии относится все перечисленное, кроме

а) увеличения числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 лет

б) возрастания числа тубоовариальных образования

в) отсутствия у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания

г) значительно более частого выявления параметрита

д) склонности воспалительных заболеваний к длительному хроническому течению с частыми обострениями

9.К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

а) стафилококка

б) стрептококка

в) гонококка

г) гарднереллы

д) анаэробов

10. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления

а) острой

б) подострой

в) обострения хронического процесса (один из вариантов)

г) верно а) и б)

д) всех перечисленных

**Ситуационные задачи.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

**Задача №1**

Больная 17 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5˚С, озноб, слабость.Из анамнеза: В браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 10 половых партнёров. Последняя menses в срок. Заболела остро на 6-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Плачет. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 120 в 1 мин, температура тела 38,9˚С. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача №2**

Пациентка 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение БСМП с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов с ознобами, слабость. Из анамнеза: Болеет в течение 10 дней, заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В начале появились тянущие боли в низу живота. Больная самостоятельно принимала анальгин – без эффекта. Затем присоединилась гипертермия и гноевидные выделения из половых путей (периодическое повышение температуры тела больная отмечает в течение 6 дней). В связи с ухудшением состояния больная вызвала скорую помощь. В анамнезе 2 родов, 2 мед. аборта без осложнений. Страдает хроническим аднекситом с редкими обострениями, ЗППП в анамнезе отрицает. Контрацепция – ВМС в течение 9 лет. При осмотре: состояние больной тяжелое. Больная в сознании, адекватна. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Температура – 38,7 градусов, пульс 100 уд в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетов. Живот обычной формы, не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Симптомы раздражения брюшины положительны в области гипогастрия. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зеве – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гноевидные бели. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 7-8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Задача № 3**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 27 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, периодические слизисто-гноевидные выделения из половых путей, редко – субфебрильную температуру тела, отсутствие беременностей в течение 3 лет.Из анамнеза: 3 года назад мед. аборт, осложнившийся о. эндометритом, по поводу чего получала стационарное лечение. После этого периодически беспокоят вышеперечисленные жалобы, беременность не наступала не смотря на отсутствие контрацепции. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – слизисто-гноевидные в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая, наружный зев. Закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон инфильтрированы, чувствительны. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наиболее вероятная причина бесплодия у данной больной?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №4**

В приемный покой гинекологического отделения поступила женщина 25 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 2 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает хроническим аднекситом в течение 4 лет (дважды были обострения, лечилась в стационаре).Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,7 градусов, пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №5**

Больная 22 лет доставлена в гинекологический стационар машиной скорой помощи с жалобами на острые боли в низу живота, возникшие около 5 часов назад внезапно на фоне физической нагрузки; сухость во рту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: менструации с 13 лет, регулярные, через 26 дней, по 3 дня. Последняя менструация началась в срок 10 дней назад. Живет половой жизнью с 20 лет, контрацепция – презерватив. Беременностей не было. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает.Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 37,8 градусов, пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Здесь же положительны симптомы раздражения брюшины. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка коническая, зев закрыт, тело матки не увеличено; придатки слева не пальпируются, справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование, эластической консистенции, подвижное, резко болезненное, до 10 см в диаметре. Своды глубокие.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**1. Занятие № 6**

**Тема: «Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3.Значение изучения темы:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4. Цели обучения:**

**- общая:** Углубить и расширить знания врачей по диагностике, дифференциальной диагностике и врачебной тактике при гнойных тубоовариальных образованиях придатков; обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

- современные сведения об этиопатогенезе гнойных тубоовариальных образований

обучающийся должен уметь:

- дифференциально диагностировать гнойные тубоовариальные образования

обучающийся должен владеть:

- вопросами врачебной тактики при гнойных тубоовариальных образованиях на примере клинических случаев

-методикой веденияпослеоперационного периода при гнойных тубоовариальных образований на примере клинических случаев

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

1. Этиопатогенез гнойных тубоовариальных образований
2. Морфологические формы гнойных тубоовариальных образований (вопросы терминологии)
3. Осложнения гнойных тубоовариальных образований:
4. Патогномоничные синдромы гнойных тубоовариальных образований:
5. Интоксикационный синдром: стадии эндогенной интоксикации

* Начальная стадия ЭИ
* Фаза накопления продуктов из очага агрессии (вещества низкой и средней молекулярной массы)
* Фаза обратимой декомпенсации органов детоксикации
* Фаза необратимой декомпенсации органов детоксикации
* Терминальная стадия

1. Объем обследования при гнойных тубоовариальных образованиях:
2. Стратегия лечения: Выбор времени и объема операции
3. Объем предоперационной терапии:
4. Хирургический этап, принципы ведения

10. Госпитальная и постгоспитальная реабилитация.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

*Морфологические формы гнойных тубоовариальных образований* (вопросы терминологии)

* Пиосальпинкс - преимущественное поражение маточной трубы;
* Пиоварий - преимущественное поражение яичника;
* Тубоовариальная гнойная опухоль;

*Патогномоничные синдромы гнойных тубоовариальных образований:*

|  |  |
| --- | --- |
| Интоксикационный | Инфекционный |
| Болевой | Ранний почечный |
| Синдром гемодинамических расстройств | Синдром воспаления смежных органов |
| Синдром метаболических нарушений |  |

1. Терминальная стадия

*Объем обследования при гнойных тубоовариальных образованиях:*

Общеклинические методы

Лабораторные:

|  |  |
| --- | --- |
| Бактериоскопия | Бактериология |
| Биохимические методы | Иммунологические |
| Коагулограмма | Функциональные методы (ЭКГ, R и т.д.) |
| Трансвагинальная эхография | КТГ, ЯМР |
| Диагностическая лапароскопия | Диагностическая пункция заднего свода |

*Стратегия лечения:* Выбор времени и объема операции

*Объем предоперационной терапии:*

Антибиотики, противопротозойные препараты, антимикотические препараты

* Дезинтоксикационная терапия
* Антигистаминные препараты
* Оценка эффективности лечения по динамике: лихорадки, перитонеальных симптомов, показателей крови

*Хирургический этап:*

1. Эндотрахеальный наркоз
2. Лапаротомия: выбор объема операции, метода дренирования

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты**:

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

1.Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

а) ознобы

б) появление жидкого стула

в) появление резей при мочеиспускании

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

2.Димексид обладает следующим действием

а) анальгезирующим

б) противовоспалительным

в) облегчает проникновение лекарственного препарата вглубь тканей

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

3.В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

4.При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

а) боли внизу живота и в области поясницы

б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

5.К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) ампициллина

б) олеандомицина

в) гентамицина

г) цепорина

д) кефзола

6.К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) карбенициллина

б) эритромицина

в) морфоциклина

г) левомицетина

д) линкомицина

7.Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков

а) бактериостатических

б) бактериостатических и бактерицидных

в) бактерицидных

г) не имеет значения

д) нет правильного ответа

8.К особенностям течения воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии относится все перечисленное, кроме

а) увеличения числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 лет

б) возрастания числа тубоовариальных образования

в) отсутствия у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания

г) значительно более частого выявления параметрита

д) склонности воспалительных заболеваний к длительному хроническому течению с частыми обострениями

9.К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

а) стафилококка

б) стрептококка

в) гонококка

г) гарднереллы

д) анаэробов

10. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления

а) острой

б) подострой

в) обострения хронического процесса (один из вариантов)

г) верно а) и б)

д) всех перечисленных

**Ситуационные задачи.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

**Задача №1**

Больная 17 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5˚С, озноб, слабость.Из анамнеза: В браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 10 половых партнёров. Последняя menses в срок. Заболела остро на 6-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Плачет. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 120 в 1 мин, температура тела 38,9˚С. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача №2**

Пациентка 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение БСМП с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов с ознобами, слабость. Из анамнеза: Болеет в течение 10 дней, заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В начале появились тянущие боли в низу живота. Больная самостоятельно принимала анальгин – без эффекта. Затем присоединилась гипертермия и гноевидные выделения из половых путей (периодическое повышение температуры тела больная отмечает в течение 6 дней). В связи с ухудшением состояния больная вызвала скорую помощь. В анамнезе 2 родов, 2 мед. аборта без осложнений. Страдает хроническим аднекситом с редкими обострениями, ЗППП в анамнезе отрицает. Контрацепция – ВМС в течение 9 лет. При осмотре: состояние больной тяжелое. Больная в сознании, адекватна. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Температура – 38,7 градусов, пульс 100 уд в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетов. Живот обычной формы, не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Симптомы раздражения брюшины положительны в области гипогастрия. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зеве – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гноевидные бели. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 7-8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Задача № 3**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 27 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, периодические слизисто-гноевидные выделения из половых путей, редко – субфебрильную температуру тела, отсутствие беременностей в течение 3 лет.Из анамнеза: 3 года назад мед. аборт, осложнившийся о. эндометритом, по поводу чего получала стационарное лечение. После этого периодически беспокоят вышеперечисленные жалобы, беременность не наступала не смотря на отсутствие контрацепции. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – слизисто-гноевидные в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая, наружный зев. Закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон инфильтрированы, чувствительны. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наиболее вероятная причина бесплодия у данной больной?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №4**

В приемный покой гинекологического отделения поступила женщина 25 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 2 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает хроническим аднекситом в течение 4 лет (дважды были обострения, лечилась в стационаре).Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,7 градусов, пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №5**

Больная 22 лет доставлена в гинекологический стационар машиной скорой помощи с жалобами на острые боли в низу живота, возникшие около 5 часов назад внезапно на фоне физической нагрузки; сухость во рту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: менструации с 13 лет, регулярные, через 26 дней, по 3 дня. Последняя менструация началась в срок 10 дней назад. Живет половой жизнью с 20 лет, контрацепция – презерватив. Беременностей не было. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает.Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 37,8 градусов, пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Здесь же положительны симптомы раздражения брюшины. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка коническая, зев закрыт, тело матки не увеличено; придатки слева не пальпируются, справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование, эластической консистенции, подвижное, резко болезненное, до 10 см в диаметре. Своды глубокие.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

1)Этиопатогенез гнойно-септических осложнений аборта

2)Этапы инфекционного процесса при гнойно-септических осложнениях аборта

3)Клиника 1 этапа гнойно-септического осложнения аборта: эндометрит, метроэндометрит

4)Клиника 2 этапа гнойно-септического осложнения аборта: параметрит, пельвиоперитонит.

5)Клиника 3 этапа гнойно-септического осложнения аборта: разлитой перитонит, сепсис, септический шок

6)Диагностика гнойно-септических осложнений аборта

7)Стратегия лечения: Выбор времени и объема операции, объем предоперационной терапии. Хирургический этап, принципы ведения.

8)Лечение гнойно-септических осложнений аборта в зависимости от стадии распространения инфекционного процесса.

9)Госпитальная и постгоспитальная реабилитация пациентов с гнойно-септическими осложнениями аборта

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

1.Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

а) ознобы

б) появление жидкого стула

в) появление резей при мочеиспускании

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

1. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

1. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

а) боли внизу живота и в области поясницы

б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

1. К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) ампициллина

б) олеандомицина

в) гентамицина

г) цепорина

д) кефзола

1. К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) карбенициллина

б) эритромицина

в) морфоциклина

г) левомицетина

д) линкомицина

1. Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков

а) бактериостатических

б) бактериостатических и бактерицидных

в) бактерицидных

г) не имеет значения

д) нет правильного ответа

1. У больных с гнойным воспалительным образованием придатков матки в стадии клинической ремиссии показано следующее предоперационное обследование

а) экскреторная урография

б) ультразвуковое исследование почек

в) радиоизотопная ренография

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

1. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме

а) тахикардии (до 120 в минуту)

б) выраженной одышки

в) отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки

г) гипотонии

д) олигурии

1. Различают следующие фазы септического шока

а) теплой нормотензии

б) теплой гипотензии

в) холодной гипотензии

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

1. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются 1) интоксикация 2) паралитическая (паретическая) непроходимость кишечника 3) экссудация брюшины 4) гиповолемия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

**Задача №1**

Молодая нерожавшая женщина 23 лет заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39 градусов, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 12,0, СОЭ 35 мм/час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормальных размеров, мягкая, подвижная, умеренно болезненная, зев закрыт. Выделения скудные, кровянистые, без запаха.

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается реабилитация больной?

**Задача №2**

В приемный покой гинекологической больницы доставлена пациентка 22 лет с жалобами на схваткообразные боли в низу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: состоит на учете в ж/к по беременности. Данная беременность 3-я, в анамнезе 2 медицинских аборта в сроке до 12 недель беременности. В настоящее время срок беременности 6-7 недель. Гинекологические и соматические заболевания в анамнезе отрицает.При гинекологическом осмотре: шейка матки несколько укорочена, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Матка увеличена до 6 недель беременности, плотная, чувствительная. Придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие безболезненные. Выделения кровянистые обильные со сгустками.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова лечебная тактика?
4. Причины развития данного осложнения?
5. Реабилитационные мероприятия и дообследование?

**Задача №3**

К гинекологу в ж/к обратилась пациентка 30 лет с просьбой о постановке на учет по беременности. Жалоб не предъявляет. По дате последней менструации срок беременности 9-10 недель. Тест на ХГ положительный. В анамнезе 2 беременности, закончившиеся 2 мед абортами, страдает хроническим аднекситом с частыми обострениями. Соматически здорова.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка матки коническая, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации матка приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные. Гинекологом заподозрена неразвивающаяся беременность (несостоявшийся аборт).

1. Необходимое обследование для подтверждения диагноза?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача ж/к при подтверждении диагноза?
4. Какова лечебная тактика гинеколога в стационаре?
5. Реабилитационные мероприятия и дообследование?

**Задача №4**

В гинекологическое отделение доставлена пациентка 22 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, скудные кровянистые выделения из половых путей без сгустков. Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы возникли несколько часов назад после физической нагрузки. В настоящее время состоит на диспансерном учете по беременности в сроке 8-9 недель. Данная беременность 3-я, желанная. Первые 2 беременности закончились медицинскими абортами до 12 недель беременности, без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Менструации регулярные, через 28-30 дней по 3 дня, умеренные, безболезненные. Во время данной беременности УЗИ матки не производилось

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, на шейке матки эктопия, выделения кровянистые в незначительном количестве. Вагинально: шейка конической формы, сохранена, ретропонирована, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 8-9 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимое обследование для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №5**

В гинекологический стационар бригадой скорой помощи доставлена больная 18 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, постоянные тянущие боли в низу живота, слабость, повышение температуры тела до 38 градусов С. Перечисленные жалобы возникли на 2-е сутки после выписки из стационара, где был произведен мед. аборт в сроке 12 недель беременности. При осмотре: кожные покровы бледные, чистые, температура тела 38,2 градуса, пульс 90 уд. в 1 мин., АД – 11/70 мм.рт.ст. В анализе крови: Hb – 100 г/л, лейкоцитов - 13,0, СОЭ 25 мм/час. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт; матка увеличена до 10-11 недель беременности, с четкими контурами, мягкая, подвижная, болезненная. Выделения кровянистые обильные, без запаха.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. В чем заключается неотложная помощь?
4. Какова дальнейшая лечебная тактика?
5. Реабилитация больной?

**1. Занятие № 7**

**Тема: «Внебольничный аборт, классификация, диагностика и лечение. Септический аборт (этиология, патогенез, клиника, лечение). Сепсис (классификация, диагностика, лечение)».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы:**

В России аборты, как артифициальные, так и криминальные, традиционно остаются ведущим методом ограничения деторождения. Аборт в современных условиях занимает одно из первых мест в структуре материнской смертности, в первую очередь, за счет гнойно-септических осложнений. Отдаленные последствия гнойно-септических осложнений – нарушение функции репродуктивной системы и акушерско-гинекологическая патология. Поэтому изучение социальных, медицинских, экономических проблем аборта, принципов лечения гнойно-септических осложнений является важным элементом профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога.

**4. Цели обучения:**

**- общая: профессиональные компетенции:** УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

- современные сведения об этиопатогенезе гнойно-септических осложнениях аборта

- вопросы дифференциальной диагностики гнойно-септических осложнениях аборта на примере клинических случаев

- вопросы врачебной тактики при гнойно-септических осложнениях аборта

- особенности ведения послеоперационного при гнойно-септических осложнениях аборта

обучающийся должен уметь:

- принципы лечения при гнойно-септических осложнениях аборта

обучающийся должен владеть:

-тактикой ведения послеоперационного при гнойно-септических осложнениях аборта

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

1)Этиопатогенез гнойно-септических осложнений аборта

2)Этапы инфекционного процесса при гнойно-септических осложнениях аборта

3)Клиника 1 этапа гнойно-септического осложнения аборта: эндометрит, метроэндометрит

4)Клиника 2 этапа гнойно-септического осложнения аборта: параметрит, пельвиоперитонит.

5)Клиника 3 этапа гнойно-септического осложнения аборта: разлитой перитонит, сепсис, септический шок

6)Диагностика гнойно-септических осложнений аборта

7)Стратегия лечения: Выбор времени и объема операции, объем предоперационной терапии. Хирургический этап, принципы ведения.

8)Лечение гнойно-септических осложнений аборта в зависимости от стадии распространения инфекционного процесса.

9)Госпитальная и постгоспитальная реабилитация пациентов с гнойно-септическими осложнениями аборта

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

Согласно классификации инфицированного аборта различают 3 этапа инфекционного процесса:

1этап – инфекция в пределах плодного яйца, матки

2 этап - воспалительный процессзапределами матки, но остается локализованным в пределах малого таза.

3этап - генерализованная инфекция.

ПАТОГЕНЕЗ. Генерализация инфекции обусловлена преобладанием возбудителя над бактериостатическими возможностями организма в результате массивной инвазии (например, прорыв гнойника в кровь из инфицированного тромба, т.п.) либо врожденного или приобретенного снижения иммунитета. Нарушения иммунитета, предшествующие сепсису, как правило, остаются неопределимыми, за исключением случаев депрессии кроветворения.

Различают также септический перитонит, анаэробный сепсис

КЛИНИКА. Клиническая картина зависти от возбудителя, источника проникновения и состояния иммунитета. Начало заболевания может быть бурным с потрясающим ознобом, гипертермией, миалгиями, геморрагической или папулязной сыпью либо постепенным с медленно нарастающей интоксикацией. К часты, но неспецифическим признакам сепсиса относят увеличение селезенки, и печени, выраженную потливость после озноба, резкую слабость, гиподинамию, анорексию, запор.

ЛЕЧЕНИЕ. Хирургическая тактика. При локализации инфекции в пределах матки возможно органосохраняющее лечение: выскабливание полости матки после нормализации температуры на фоне антибактериальной и инфузионной терапии. При других формах гнойно-септического осложнения аборта оперативное лечение является радикальным: экстирпация матки с трубами. Лечение сепсиса должно быть, прежде всего, патогенетическим. Поскольку решающую роль в развитии сепсиса (в отличие от любой другой инфекции) играют массивность инфекции, присутствие микроорганизмов в крови и во всех тканях в сочетании с выраженным диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови, то и терапия направлена против двух составных частей процесса - инфекции и ДВС-синдрома.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

-разбор историй болезни

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

1.Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

а) ознобы

б) появление жидкого стула

в) появление резей при мочеиспускании

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

1. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

1. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

а) боли внизу живота и в области поясницы

б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

1. К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) ампициллина

б) олеандомицина

в) гентамицина

г) цепорина

д) кефзола

1. К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) карбенициллина

б) эритромицина

в) морфоциклина

г) левомицетина

д) линкомицина

1. Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков

а) бактериостатических

б) бактериостатических и бактерицидных

в) бактерицидных

г) не имеет значения

д) нет правильного ответа

1. У больных с гнойным воспалительным образованием придатков матки в стадии клинической ремиссии показано следующее предоперационное обследование

а) экскреторная урография

б) ультразвуковое исследование почек

в) радиоизотопная ренография

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

1. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме

а) тахикардии (до 120 в минуту)

б) выраженной одышки

в) отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки

г) гипотонии

д) олигурии

1. Различают следующие фазы септического шока

а) теплой нормотензии

б) теплой гипотензии

в) холодной гипотензии

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

1. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются 1) интоксикация 2) паралитическая (паретическая) непроходимость кишечника 3) экссудация брюшины 4) гиповолемия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

**Задача №1**

Молодая нерожавшая женщина 23 лет заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39 градусов, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 12,0, СОЭ 35 мм/час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормальных размеров, мягкая, подвижная, умеренно болезненная, зев закрыт. Выделения скудные, кровянистые, без запаха.

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается реабилитация больной?

**Задача №2**

В приемный покой гинекологической больницы доставлена пациентка 22 лет с жалобами на схваткообразные боли в низу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: состоит на учете в ж/к по беременности. Данная беременность 3-я, в анамнезе 2 медицинских аборта в сроке до 12 недель беременности. В настоящее время срок беременности 6-7 недель. Гинекологические и соматические заболевания в анамнезе отрицает.При гинекологическом осмотре: шейка матки несколько укорочена, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Матка увеличена до 6 недель беременности, плотная, чувствительная. Придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие безболезненные. Выделения кровянистые обильные со сгустками.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова лечебная тактика?
4. Причины развития данного осложнения?
5. Реабилитационные мероприятия и дообследование?

**Задача №3**

К гинекологу в ж/к обратилась пациентка 30 лет с просьбой о постановке на учет по беременности. Жалоб не предъявляет. По дате последней менструации срок беременности 9-10 недель. Тест на ХГ положительный. В анамнезе 2 беременности, закончившиеся 2 мед абортами, страдает хроническим аднекситом с частыми обострениями. Соматически здорова.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка матки коническая, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации матка приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные. Гинекологом заподозрена неразвивающаяся беременность (несостоявшийся аборт).

1. Необходимое обследование для подтверждения диагноза?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача ж/к при подтверждении диагноза?
4. Какова лечебная тактика гинеколога в стационаре?
5. Реабилитационные мероприятия и дообследование?

**Задача №4**

В гинекологическое отделение доставлена пациентка 22 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, скудные кровянистые выделения из половых путей без сгустков. Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы возникли несколько часов назад после физической нагрузки. В настоящее время состоит на диспансерном учете по беременности в сроке 8-9 недель. Данная беременность 3-я, желанная. Первые 2 беременности закончились медицинскими абортами до 12 недель беременности, без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Менструации регулярные, через 28-30 дней по 3 дня, умеренные, безболезненные. Во время данной беременности УЗИ матки не производилось

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, на шейке матки эктопия, выделения кровянистые в незначительном количестве. Вагинально: шейка конической формы, сохранена, ретропонирована, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 8-9 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимое обследование для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №5**

В гинекологический стационар бригадой скорой помощи доставлена больная 18 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, постоянные тянущие боли в низу живота, слабость, повышение температуры тела до 38 градусов С. Перечисленные жалобы возникли на 2-е сутки после выписки из стационара, где был произведен мед. аборт в сроке 12 недель беременности. При осмотре: кожные покровы бледные, чистые, температура тела 38,2 градуса, пульс 90 уд. в 1 мин., АД – 11/70 мм.рт.ст. В анализе крови: Hb – 100 г/л, лейкоцитов - 13,0, СОЭ 25 мм/час. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт; матка увеличена до 10-11 недель беременности, с четкими контурами, мягкая, подвижная, болезненная. Выделения кровянистые обильные, без запаха.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. В чем заключается неотложная помощь?
4. Какова дальнейшая лечебная тактика?
5. Реабилитация больной?
6. **Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

Уметь использовать теоретические знания по проблеме при планировании лечения «острого живота» в зависимости от возраста больной.

Разобрать клиническую классификацию «острого живота» в гинекологии.

Представить алгоритм обследования и дифференциальную диагностику.

Разобрать обоснование хирургических методов.

Рассмотреть вопросы реабилитации репродуктивной функции после органосохраняющих операций на придатках матки.

Разобрать алгоритм ведения при сочетании опухолей яичников и беременности.

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

1. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности

а) 11-12 недель

б) 9-10 недель

в) 7-8 недель

г) 4-6 недель

д) все перечисленное неверно

2. Беременность, локализующаяся в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности

а) 1-2 недели

б) 3-4 недели

в) 5-6 недель

г) 7-8 недель

д) все перечисленное неверно

3. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано

а) консервативное противовоспалительное лечение

б) операция

в) гемотрансфузия

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

4. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано

а) немедленное переливание крови

б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)

в) надежный гемостаз

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

5. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача

а) немедленная операция

б) операцию можно произвести в плановом порядке

в) возможно консервативное лечение больной

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

6. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает

а) электрофорез лекарственных средств

б) ультразвуковую терапию

в) гормональную терапию

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

7. Сроки временной нетрудоспособности больной, оперированной по поводу внематочной беременности, желательны не менее

а) 2-3 недель

б) 4-5 недель

в) 6-7 недель

г) 8-9 недель

д) 10-11 недель

8. Клинические признаки перитонита

а) вздутие живота

б) парез кишечника

в) прогрессирующая тахикардия

г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

9. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой

а) скудные кровянистые выделения из половых путей

б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области

в) при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

10. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой

а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

б) иррадиация боли в плечо

в) тошнота (или рвота)

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

**Задача №1.**

В гинекологическое отделение доставлена больная с жалобами на слабость, тошноту, по дороге в больницу была кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Из анамнеза: пациентка 28 лет, имела 3 беременности, 1 срочные роды, 2 мед. аборта, последний год тому назад, осложнился эндометритом, сальпингитом, была высокая температура, находилась в стационаре 2 недели. От беременности не предохранялась. Последняя менструация была 6 недель назад. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 100 уд/мин. А/Д 90/60 мм.рт.ст.. Живот умеренно вздут, симптомы раздражения брюшины положительные. При влагалищном исследовании: шейка сформирована, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, плотная, придатки определить не удается из-за резкой болезненности сводов. Задний свод выпячен во влагалище. Выделения слизистые.

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2.**

В приемный покой гинекологического отделения поступила женщина 25 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 2 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает хроническим аднекситом в течение 4 лет (дважды были обострения, лечилась в стационаре). Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,7 градусов, пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №3**

Пациентка 26 лет. Жалобы на боли в низу живота справа в течение 2 дней, слабость, головокружение. Боли иррадиируют в прямую кишку. Половая жизнь с 23 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,2 градуса, пульс 84 удара в минуту, АД 105/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа. Генитальный статус: матка несколько увеличена, смещение ее вызывает болезненность. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Выделения скудные, темно-коричневого цвета. Экспресс – тест с мочой на ХГ положительный.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика в случае подтверждения предполагаемого диагноза?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача №4**

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена больная 24 лет с жалобами на резкие боли внизу живота справа, нарушение менструального цикла, тошноту, головокружение, слабость. Из анамнеза: Половая жизнь с 22 лет в браке, без контрацепции. Единственная беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 10 недель и метроэндометритом. Последняя menses 6 недель назад. Заболела остро. Среди полного благополучия при подъёме тяжести появились резкие боли внизу живота, и потеряла сознание. При осмотре: АД 100/60 мм.рт.ст., PS 110 в 1мин, ритмичный, слабого наполнения. Кожа и видимые слизистые бледные. Живот умеренно вздут, симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая, без видимой патологии. Матка обычных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения слизистые, светлые.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

**Задача №5**

В приемный покой БСМП на носилках бригадой скорой помощи доставлена пациентка 30 лет с жалобами на постоянные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, резкую слабость, головокружение, скудные кровянистые выделения из половых путей, боли в правом плече. Из анамнеза: заболела остро, когда на рабочем месте среди полного благополучия возник приступ острой боли в низу живота, и больная кратковременно потеряла сознание. В анамнезе 3 беременности, из которых 1 – срочные роды и 2 медицинских аборта. Страдает хроническим аднекситом с частыми обострениями. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 5 дней. Последняя менструация началась 6 недель назад.

При осмотре состояние больной тяжелое, в сознании, но очень вялая, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,1 градус, пульс 110 ударов в 1 мин., АД 80/60 мм.рт.ст. Живот вздут, напряжен и резко болезненный в нижних отделах. В мезо- и гипогастрии положительные симптомы раздражения брюшины.

При влагалищном исследовании: Шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Матка несколько больше нормальных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения кровянистые, скудные.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

**1. Занятие № 8**

**Тема: «Внематочная беременность. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.Принципы хирургического лечения при внематочной беременности. Апоплексия яичника: этиология, клиника, диагностика, методы лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

В работе акушера - гинеколога постоянно присутствует необходимость решать вопросы экстренного характера. Это такие заболевания, когда их клиническое проявление приводит к ситуациям, относящимся к категории " острого живота ". Этот хирургический термин обозначает критическую ситуацию в брюшной полости, где только экстренное вмешательство может спасти жизнь больного.

**4. Цели обучения:**

**- общая:**профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

- клиническую классификацию «острого живота» в гинекологии.

- алгоритм обследования и дифференциальную диагностику.

- алгоритм ведения при сочетании опухолей яичников и беременности.

обучающийся должен уметь:

- поставить диагноз внематочной беременности

- определить тактику ведения при внематочной беременности

обучающийся должен владеть:

- техникой операций при внематочной беременности

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

1. Спланируйте тактику лечения «острого живота» в зависимости от возраста больной.
2. Дайте клиническую классификацию «острого живота» в гинекологии.
3. Представте алгоритм обследования и дифференциальную диагностику.
4. Какие существуют хирургические методы лечения данной патологии.
5. Реабилитация репродуктивной функции после органосохраняющих операций на придатках матки.
6. Алгоритм ведения при сочетании опухолей яичников и беременности.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

Наиболее частой причиной внутреннего кровотечения является внематочная беременность. Внематочная беременность составляет свыше 15% гинекологических больных, половина из них поступает с клиникой острого живота из-за внутреннего кровотечения.

Наиболее частой локализацией внематочной беременности является фаллопиева труба, реже- яичник, ещё реже - брюшная беременность или в рудиментарном роге матки.

Различают прогрессирующую и прервавшуюся внематочную беременность.

В клинической практике почти всегда врачу приходится иметь дело с прервавшейся трубной беременностью, клиническая картина которой определяется характером прерывания её - по типу разрыва маточной трубы или по типу трубного аборта.

При осмотре таких больных в остро протекающих случаях бросаются в глаза признаки малокровия и шока ( бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, частый слабый пульс, температура нормальная или субфебрильная ). Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации: симптом Щеткина- Блюмберга положительный, при перкуссии в брюшной полости определяется свободная жидкость. При гинекологическом исследовании находят: мажущие кровянистые выделения, синюшность слизистых влагалища и вагинальной порции шейки матки. Тело матки несколько увеличено, размягчено. В одном из боковых сводов определяется неясных контуров образование, которое часто определяется словом "тестоватость".

Дифференцировать внематочную беременность, особенно прерывающуюся по типу трубного аборта, приходится от следующих заболеваний: самопроизвольный выкидыш, обострение хронического аднексита, апоплексия яичника и острый аппендицит.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ ПИЩЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА И ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Апоплексия яичника - это кровотечение, возникающее из разорвавшегося сосуда яичника при разрыве зрелого фолликула или же желтого тела.

Клиника апоплексии яичника очень сходна с клиникой внематочной беременности. В зависимости от клинических проявлений апоплексии яичника больных можно разделить на 3 группы:

1. с лёгкой формой апоплексии: приступ боли самопроизвольный, кратковременный; отмечается тошнота, болезненность над лоном или в паху; перитонеальные явления и шок отсутствуют.
2. с апоплексией средней тяжести: сильная боль в нижней части живота, общая слабость, бледность кожных покровов, тошнота, рвота; могут быть обморок, шок 1 степени; перитонеальные явления нечётко выражены.
3. с тяжёлой формой апоплексии: постоянная резкая боль в нижней части живота, тошнота, рвота, вздутие живота, шок 2 и 3 степени, коллапс; кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; конечности холодные, температура понижена; тоны сердца приглушены; пульс частый, слабого наполнения; перитонеальные явления выражены, ровно как и френикус-симптом , количество гемоглобина ниже 50% нормы.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных,

-разбор историй болезни.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

1. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности

а) 11-12 недель

б) 9-10 недель

в) 7-8 недель

г) 4-6 недель

д) все перечисленное неверно

2. Беременность, локализующаяся в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности

а) 1-2 недели

б) 3-4 недели

в) 5-6 недель

г) 7-8 недель

д) все перечисленное неверно

3. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано

а) консервативное противовоспалительное лечение

б) операция

в) гемотрансфузия

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

4. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано

а) немедленное переливание крови

б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)

в) надежный гемостаз

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

5. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача

а) немедленная операция

б) операцию можно произвести в плановом порядке

в) возможно консервативное лечение больной

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

6. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает

а) электрофорез лекарственных средств

б) ультразвуковую терапию

в) гормональную терапию

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

7. Сроки временной нетрудоспособности больной, оперированной по поводу внематочной беременности, желательны не менее

а) 2-3 недель

б) 4-5 недель

в) 6-7 недель

г) 8-9 недель

д) 10-11 недель

8. Клинические признаки перитонита

а) вздутие живота

б) парез кишечника

в) прогрессирующая тахикардия

г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

9. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой

а) скудные кровянистые выделения из половых путей

б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области

в) при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

10. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой

а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

б) иррадиация боли в плечо

в) тошнота (или рвота)

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

**Задача №1**

В гинекологическое отделение доставлена больная с жалобами на слабость, тошноту, по дороге в больницу была кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Из анамнеза: пациентка 28 лет, имела 3 беременности, 1 срочные роды, 2 мед. аборта, последний год тому назад, осложнился эндометритом, сальпингитом, была высокая температура, находилась в стационаре 2 недели. От беременности не предохранялась. Последняя менструация была 6 недель назад. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 100 уд/мин. А/Д 90/60 мм.рт.ст.. Живот умеренно вздут, симптомы раздражения брюшины положительные. При влагалищном исследовании: шейка сформирована, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, плотная, придатки определить не удается из-за резкой болезненности сводов. Задний свод выпячен во влагалище. Выделения слизистые.

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2**

В приемный покой гинекологического отделения поступила женщина 25 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 2 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает хроническим аднекситом в течение 4 лет (дважды были обострения, лечилась в стационаре). Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,7 градусов, пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача №3**

Пациентка 26 лет. Жалобы на боли в низу живота справа в течение 2 дней, слабость, головокружение. Боли иррадиируют в прямую кишку. Половая жизнь с 23 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,2 градуса, пульс 84 удара в минуту, АД 105/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа. Генитальный статус: матка несколько увеличена, смещение ее вызывает болезненность. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Выделения скудные, темно-коричневого цвета. Экспресс – тест с мочой на ХГ положительный.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика в случае подтверждения предполагаемого диагноза?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача №4**

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена больная 24 лет с жалобами на резкие боли внизу живота справа, нарушение менструального цикла, тошноту, головокружение, слабость. Из анамнеза: Половая жизнь с 22 лет в браке, без контрацепции. Единственная беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 10 недель и метроэндометритом. Последняя menses 6 недель назад. Заболела остро. Среди полного благополучия при подъёме тяжести появились резкие боли внизу живота, и потеряла сознание. При осмотре: АД 100/60 мм.рт.ст., PS 110 в 1мин, ритмичный, слабого наполнения. Кожа и видимые слизистые бледные. Живот умеренно вздут, симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая, без видимой патологии. Матка обычных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения слизистые, светлые.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

**Задача №5**

В приемный покой БСМП на носилках бригадой скорой помощи доставлена пациентка 30 лет с жалобами на постоянные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, резкую слабость, головокружение, скудные кровянистые выделения из половых путей, боли в правом плече. Из анамнеза: заболела остро, когда на рабочем месте среди полного благополучия возник приступ острой боли в низу живота, и больная кратковременно потеряла сознание. В анамнезе 3 беременности, из которых 1 – срочные роды и 2 медицинских аборта. Страдает хроническим аднекситом с частыми обострениями. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 5 дней. Последняя менструация началась 6 недель назад.

При осмотре состояние больной тяжелое, в сознании, но очень вялая, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,1 градус, пульс 110 ударов в 1 мин., АД 80/60 мм.рт.ст. Живот вздут, напряжен и резко болезненный в нижних отделах. В мезо- и гипогастрии положительные симптомы раздражения брюшины.

При влагалищном исследовании: Шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Матка несколько больше нормальных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения кровянистые, скудные.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

Вопросы для самоподготовки:

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

Эндометриоз: Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.

Тесты по теме:

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

1.Что является наиболее характерной особенностью эндометриоза?

Выберите неправильный ответ.

1. Метастазирование
2. Озлокачествление
3. Инфильтрирующий рост
4. Не имеет капсулы

д) Циклические изменения, сходные с изменениями в эндометрии

2.Наиболее частая локализация аденомиоза отмечается

1. в матке
2. во влагалище
3. в яичниках
4. экстрагенитально
5. в вульве

3.Диагностика аденомиоза. Выберите неправильный ответ.

1. Болевой синдром, связанный с менструацией
2. Обильные длительные менструации
3. Лапароскопия
4. УЗИ
5. Гистеросальпингография

4.Аденомиоз - это

1. воспаление слизистой оболочки матки
2. предраковое заболевание эндометрия
3. предраковое заболевание шейки матки
4. эндометриоз, развивающийся в мышечной оболочке матки
5. предраковое заболевание яичника

5.Какой метод применяют для диагностики наружного эндометриоза?

1. УЗИ
2. Гистероскопия
3. Лапароскопия
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба
5. Гистеросальпингография

6.Когда появляются боли у больных с аденомиозом?

1. За 1-2 дня до и во время менструации
2. Во 2-й фазе менструального цикла
3. После окончания менструации
4. Во время овуляции
5. В 1-й фазе менструального цикла

7.Лечение больных, страдающих эндометриозом.

Выберите неправильный ответ.

1. Синтетические прогестины
2. Иммунокоррекция
3. Циклическая витаминотерапия
4. Гоновакцинотерапия
5. Магнитотерапия

8.В каком возрасте чаще всего встречается внутренний эндометриоз?

1. 20 лет
2. 30 лет
3. 40 лет
4. 50 лет
5. 60 лет

9.Какой орган поражается эндометриозом чаще всего?

1. Матка
2. Влагалище
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Вульва

10.Что является характерной особенностью эндометриоза?

1. Злокачественное перерождение
2. Метастазирование
3. Пролиферативный рост
4. Инфильтративный рост
5. Все перечисленное

**Задачи:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

# Задача № 1

Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад.

Считает себя больной в течение последнего года.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный.

При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 94 г/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
5. Лечение?

# Задача № 2

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота.

В анамнезе одни срочные роды и два медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. Постменопауза 3 года.

При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

При влагалищном исследовании: Матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от неё пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10 – 12см.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструации, тёмные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4 – 5 дней, безболезненные, умеренные. Последние 2 года менструации более обильные, по 7 – 8 дней, болезненные. Последняя менструация месяц назад. В браке 10 лет. Беременностей – 3, одни срочные роды, два артифициальных аборта. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно – розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. Шейка матки до 2 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 6 - 7 недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, тёмные кровянистые выделения из половых путей за 2 – 3 дня до менструации. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 - 29 дней, по 4 – 5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация месяц назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 5, одни срочные роды, осложнившиеся задержкой частей плаценты в полости матки, проводилось ручное обследование стенок полости матки; три артифициальных аборта.

Псевдоэрозия шейки матки, произведена диатермокоагуляция 3 года назад. Отмечает появление вышеперечисленных жалоб в последние 2 года. Кожные покровы розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

P.sp. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, на передней губе шейки матки синюшные «глазки», слизистая влагалища без патологии, выделения серозные.

p.v. Шейка матки до 2,5 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, несколько больше нормы, чувствительное при исследовании. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 5**

Больная 40 лет находится в гинекологическом отделении с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились через год, цикл - 28 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя менструация началась 9 дней назад. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда менструации стали болезненные, обильные и длительные. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 84 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

P.sp: половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения сукровичные.

P.v. Шейка матки плотная, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 - 11 недельной беременности, плотное, бугристое, чувствительное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

На метросальпингографии имеются чётко выраженные законтурные тени, полость матки расширена.

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больной?

5. Прогноз?

**1. Занятие № 9**

**Тема: «Эндометриоз. Этиология, патогенез. Классификация. Эндометриоз матки (клиника, диагностика). Методы лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы** (актуальность изучаемой проблемы).

Частота эндометриоза достигает 10% среди заболеваний репродуктивной системы женщины и 60% у женщин, обследующихся по поводу бесплодия.

Ни одна из современных концепций развития эндометриоза не может объяснить различие клинических проявлений и их тяжести у отдельных пациенток, а также причины и механизмы прогрессирования заболевания..

**4. Цели обучения:**

**Общая цель:** Познакомить студентов с этиологией, патогенезом, клинической картиной, методами диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

**Учебная цель:**

обучающийся должен знать:

- современные методы диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

обучающийся должен уметь:

- собрать жалобы и гинекологический анамнез,

- дать объективную оценку состояния больной,

- оценить менструальный календарь, описать данные УЗИ, оценить онкомаркеры.

обучающийся должен владеть:

- консервативными и оперативными методами лечения эндометриоза

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Вопросы:

Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Эндометриоз: Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Эндометриоз – «заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия в сочетании с признаками клеточной активности в местах поражения, и разрастание его, приводящее к образованию спаек и/или нарушению физиологических процессов».

В соответствии с локализацией процесса выделяют:

I. Наружный генитальный эндометриоз.

1. Внутрибрюшинный – поражает брюшину, покрывающую матку, трубы, позадиматочное пространство, мочевой пузырь, поверхность яичников и проникает в их ткань, разрушая её и образуя кистозные полости, наполненные кровью.

2. Внебрюшинный – поражает влагалище, наружные половые органы, влагалищную часть шейки матки и ретроцервикальную область.

Поражение эндометриозом яичников – наиболее часто встречающаяся локализация наружного генитального эндометриоза. Глубокую форму (узловую и кистозную) называют эндометриомами яичников.

II. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) – внедрение эндометриоидных элементов в толщу миометрия. При этом выделяют диффузную форму с проникновением на разную глубину – вплоть до брюшины, покрывающей матку, и узловую, с образованием полостей, наполненных кровью, в толще миометрия с гиперплазией и гипертрофией окружающих их мышечных волокон.

III. Эндометриоз экстрагенитальной локализации – поражает мочевой пузырь, кишечник, операционные рубцы на передней брюшной стенке, почки, лёгкие, конъюнктиву глаза, бронхи, гортань и пр.

Диагностика эндометриоза.

Из данных опроса пациентки диагностическое значение имеют факторы риска:

а) указания на возникновение заболевания после патологических (оперативных) родов, искусственных и самопроизвольных абортов (закончившихся выскабливанием матки), консервативной миомэктомии, диагностических выскабливаний эндометрия, других внутриматочных вмешательств или диатермокоагуляции шейки матки;

б) характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации;

в) возникновение усиливающегося циклического болевого синдрома у девочек-подростков и девушек, возникшего после начала менструаций;

г) нарушения менструального цикла типа метроррагии, пред- и постменструальных кровяных выделений;

д) безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних гениталий;

е) бесплодие в сочетании с болевым синдромом, имеющим циклический характер.

УЗИ – наиболее оптимальный и общедоступный скрининговый метод в алгоритме обследования пациенток с эндометриозом.

Однако, «золотым стандартом» в диагностике эндометриоза является лапароскопия.

Хирургический метод лечения эндометриоза – ликвидация анатомического субстрата:

• Эндометриоидные кисты

• Аденомиоз 3 – 4 стадии распространения

• Симптомный эндометриоз любой локализации при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии.

• Эндометриоз послеоперационного рубца.

• Эндометриоз с тенденцией к прорастанию в полый орган.

Стратегия хирургического лечения эндометриоза:

• Органосохраняющий объём при нереализованной репродукции

• Радикальный объём оперативного лечения при распространённых формах эндометриоза, при распространненых формах эндометриоза, при сочетании с другой гинекологической патологией, у пациенток с репродукцией.

Гормональное лечение больных с эндометриозом, режимы гормонотерапии:

• На этапе лечения – непрерывный.

• На этапе поддержки ремиссий – возможно использование контрацептивного режима гестагенов (Визанна) или КОК (Жанин).

• При подготовке эндометрия перед планированием беременности – гестагены циклически короткими курсами при гиполютеинизме; и после лечения агонистами ГнРГ (Золадекс, Бусерелин).

• При проведении ЗГТ после гистерэктомии по поводу аденомиоза следует назначать монофазные комбинированные препараты (Климодиен).

Профилактика эндометриоза:

Родители, прежде всего мамы, и учителя должны быть информированы об основах физиологического развития девочек-подростков.

Занятия физкультурой. Подвижные игры, гимнастика, лыжи, коньки, плавание с ограничением в дни менструации.

Нормализация режима учёбы, труда и отдыха девочек.

Полноценное сбалансированное питание, особенно в период полового развития.

Разумная тактика ведения беременности и родов. Бережное родоразрешение ( соблюдение принципов абластики при операции кесарева сечение; реабилитация после ручного обследования). Обязательная реабилитация гормональными препаратами после выкидышей, мед. абортов. Сроки планового оперативного лечения (миомэктомии), оздоровление шейки матки проводить с учетом дня менструального цикла.

Предупреждение нежеланной беременности.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

Тесты по теме:

Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

1.Что является наиболее характерной особенностью эндометриоза?Выберите неправильный ответ.

1. метастазирование
2. озлокачествление
3. инфильтрирующий рост
4. не имеет капсулы

д) циклические изменения, сходные с изменениями в эндометрии

2.Наиболее частая локализация аденомиоза отмечается

1. в матке
2. во влагалище
3. в яичниках
4. экстрагенитально
5. в вульве

3.Диагностика аденомиоза. Выберите неправильный ответ.

1. болевой синдром, связанный с менструацией
2. обильные длительные менструации
3. лапароскопия
4. узи
5. гистеросальпингография

4.Аденомиоз - это

1. воспаление слизистой оболочки матки
2. предраковое заболевание эндометрия
3. предраковое заболевание шейки матки
4. эндометриоз, развивающийся в мышечной оболочке матки
5. предраковое заболевание яичника

5.Какой метод применяют для диагностики наружного эндометриоза?

1. узи
2. гистероскопия
3. лапароскопия
4. раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба
5. гистеросальпингография

6.Когда появляются боли у больных с аденомиозом?

1. за 1-2 дня до и во время менструации
2. во 2-й фазе менструального цикла
3. после окончания менструации
4. во время овуляции
5. в 1-й фазе менструального цикла

7.Лечение больных, страдающих эндометриозом.Выберите неправильный ответ.

1. Синтетические прогестины
2. Иммунокоррекция
3. Циклическая витаминотерапия
4. Гоновакцинотерапия
5. Магнитотерапия

8.В каком возрасте чаще всего встречается внутренний эндометриоз?

1. 20 лет
2. 30 лет
3. 40 лет
4. 50 лет
5. 60 лет

9.Какой орган поражается эндометриозом чаще всего?

1. матка
2. влагалище
3. маточные трубы
4. яичники
5. вульва

10.Что является характерной особенностью эндометриоза?

1. злокачественное перерождение
2. метастазирование
3. пролиферативный рост
4. инфильтративный рост
5. все перечисленное

**Задачи:**

Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

# Задача № 1

Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад.

Считает себя больной в течение последнего года.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный.

При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 94 г/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
5. Лечение?

# Задача № 2

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота.

В анамнезе одни срочные роды и два медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. Постменопауза 3 года.

При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

При влагалищном исследовании: Матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от неё пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10 – 12см.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструации, тёмные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4 – 5 дней, безболезненные, умеренные. Последние 2 года менструации более обильные, по 7 – 8 дней, болезненные. Последняя менструация месяц назад. В браке 10 лет. Беременностей – 3, одни срочные роды, два артифициальных аборта. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно – розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. Шейка матки до 2 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 6 - 7 недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, тёмные кровянистые выделения из половых путей за 2 – 3 дня до менструации. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 - 29 дней, по 4 – 5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация месяц назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 5, одни срочные роды, осложнившиеся задержкой частей плаценты в полости матки, проводилось ручное обследование стенок полости матки; три артифициальных аборта.

Псевдоэрозия шейки матки, произведена диатермокоагуляция 3 года назад. Отмечает появление вышеперечисленных жалоб в последние 2 года. Кожные покровы розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

P.sp. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, на передней губе шейки матки синюшные «глазки», слизистая влагалища без патологии, выделения серозные.

p.v. Шейка матки до 2,5 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, несколько больше нормы, чувствительное при исследовании. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 5**

Больная 40 лет находится в гинекологическом отделении с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились через год, цикл - 28 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя менструация началась 9 дней назад. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда менструации стали болезненные, обильные и длительные. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 84 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

P.sp: половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения сукровичные.

P.v. Шейка матки плотная, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 - 11 недельной беременности, плотное, бугристое, чувствительное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

На метросальпингографии имеются чётко выраженные законтурные тени, полость матки расширена.

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больной?

5. Прогноз?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

Вопросы для самоподготовки:

Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Эндометриоз: Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.

Тесты по теме:

1.Что является наиболее характерной особенностью эндометриоза?Выберите неправильный ответ.

1. Метастазирование
2. Озлокачествление
3. Инфильтрирующий рост
4. Не имеет капсулы
5. Циклические изменения, сходные с изменениями в эндометрии

2.Наиболее частая локализация аденомиоза отмечается

1. в матке
2. во влагалище
3. в яичниках
4. экстрагенитально
5. в вульве

3.Диагностика аденомиоза. Выберите неправильный ответ.

1. Болевой синдром, связанный с менструацией
2. Обильные длительные менструации
3. Лапароскопия
4. УЗИ
5. Гистеросальпингография

4.Аденомиоз - это

1. воспаление слизистой оболочки матки
2. предраковое заболевание эндометрия
3. предраковое заболевание шейки матки
4. эндометриоз, развивающийся в мышечной оболочке матки
5. предраковое заболевание яичника

5.Какой метод применяют для диагностики наружного эндометриоза?

1. УЗИ
2. Гистероскопия
3. Лапароскопия
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба
5. Гистеросальпингография

6.Когда появляются боли у больных с аденомиозом?

1. За 1-2 дня до и во время менструации
2. Во 2-й фазе менструального цикла
3. После окончания менструации
4. Во время овуляции
5. В 1-й фазе менструального цикла

7.Лечение больных, страдающих эндометриозом.

Выберите неправильный ответ.

1. Синтетические прогестины
2. Иммунокоррекция
3. Циклическая витаминотерапия
4. Гоновакцинотерапия
5. Магнитотерапия

8.В каком возрасте чаще всего встречается внутренний эндометриоз?

1. 20 лет
2. 30 лет
3. 40 лет
4. 50 лет
5. 60 лет

9.Какой орган поражается эндометриозом чаще всего?

1. Матка
2. Влагалище
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Вульва

10.Что является характерной особенностью эндометриоза?

1. Злокачественное перерождение
2. Метастазирование
3. Пролиферативный рост
4. Инфильтративный рост
5. Все перечисленное

**Задачи:**

Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

# Задача № 1

Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад.

Считает себя больной в течение последнего года.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный.

При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 94 г/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
5. Лечение?

# Задача № 2

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота.

В анамнезе одни срочные роды и два медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. Постменопауза 3 года.

При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

При влагалищном исследовании: Матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от неё пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10 – 12см.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструации, тёмные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4 – 5 дней, безболезненные, умеренные. Последние 2 года менструации более обильные, по 7 – 8 дней, болезненные. Последняя менструация месяц назад. В браке 10 лет. Беременностей – 3, одни срочные роды, два артифициальных аборта. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно – розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. Шейка матки до 2 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 6 - 7 недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Больная 40 лет находится в гинекологическом отделении с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились через год, цикл - 28 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя менструация началась 9 дней назад. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда менструации стали болезненные, обильные и длительные. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 84 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

P.sp: половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения сукровичные.

P.v. Шейка матки плотная, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 - 11 недельной беременности, плотное, бугристое, чувствительное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

На метросальпингографии имеются чётко выраженные законтурные тени, полость матки расширена.

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больной?

5. Прогноз?

**Задача № 5**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, тёмные кровянистые выделения из половых путей за 2 – 3 дня до менструации. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 - 29 дней, по 4 – 5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация месяц назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 5, одни срочные роды, осложнившиеся задержкой частей плаценты в полости матки, проводилось ручное обследование стенок полости матки; три артифициальных аборта.

Псевдоэрозия шейки матки, произведена диатермокоагуляция 3 года назад. Отмечает появление вышеперечисленных жалоб в последние 2 года. Кожные покровы розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

P.sp. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, на передней губе шейки матки синюшные «глазки», слизистая влагалища без патологии, выделения серозные.

p.v. Шейка матки до 2,5 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, несколько больше нормы, чувствительное при исследовании. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**1. Занятие № 10**

**Тема: «Наружный генитальный эндометриоз (клиника, диагностика). Современные методы лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы** (актуальность изучаемой проблемы).

Частота эндометриоза достигает 10% среди заболеваний репродуктивной системы женщины и 60% у женщин, обследующихся по поводу бесплодия.

Ни одна из современных концепций развития эндометриоза не может объяснить различие клинических проявлений и их тяжести у отдельных пациенток, а также причины и механизмы прогрессирования заболевания..

**4. Цели обучения:**

**Общая цель:** Познакомить студентов с этиологией, патогенезом, клинической картиной, методами диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

**Учебная цель:**

обучающийся должен знать:

- современные методы диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

обучающийся должен уметь:

- собрать жалобы и гинекологический анамнез, дать объективную оценку состояния больной, оценить менструальный календарь, описать данные УЗИ, оценить онкомаркеры.

- поставить предварительный диагноз и выбрать оптимальный метод лечения пациентке с эндометриозом.

обучающийся должен владеть:

- методами хирургического лечениянаружного генитального эндометриоза

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Вопросы:

Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

Эндометриоз: Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Эндометриоз – «заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия в сочетании с признаками клеточной активности в местах поражения, и разрастание его, приводящее к образованию спаек и/или нарушению физиологических процессов».

В соответствии с локализацией процесса выделяют:

I. Наружный генитальный эндометриоз.

1. Внутрибрюшинный – поражает брюшину, покрывающую матку, трубы, позадиматочное пространство, мочевой пузырь, поверхность яичников и проникает в их ткань, разрушая её и образуя кистозные полости, наполненные кровью.

2. Внебрюшинный – поражает влагалище, наружные половые органы, влагалищную часть шейки матки и ретроцервикальную область.

Поражение эндометриозом яичников – наиболее часто встречающаяся локализация наружного генитального эндометриоза. Глубокую форму (узловую и кистозную) называют эндометриомами яичников.

II. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) – внедрение эндометриоидных элементов в толщу миометрия. При этом выделяют диффузную форму с проникновением на разную глубину – вплоть до брюшины, покрывающей матку, и узловую, с образованием полостей, наполненных кровью, в толще миометрия с гиперплазией и гипертрофией окружающих их мышечных волокон.

III. Эндометриоз экстрагенитальной локализации – поражает мочевой пузырь, кишечник, операционные рубцы на передней брюшной стенке, почки, лёгкие, конъюнктиву глаза, бронхи, гортань и пр.

Диагностика эндометриоза.

Из данных опроса пациентки диагностическое значение имеют факторы риска:

а) указания на возникновение заболевания после патологических (оперативных) родов, искусственных и самопроизвольных абортов (закончившихся выскабливанием матки), консервативной миомэктомии, диагностических выскабливаний эндометрия, других внутриматочных вмешательств или диатермокоагуляции шейки матки;

б) характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации;

в) возникновение усиливающегося циклического болевого синдрома у девочек-подростков и девушек, возникшего после начала менструаций;

г) нарушения менструального цикла типа метроррагии, пред- и постменструальных кровяных выделений;

д) безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних гениталий;

е) бесплодие в сочетании с болевым синдромом, имеющим циклический характер.

УЗИ – наиболее оптимальный и общедоступный скрининговый метод в алгоритме обследования пациенток с эндометриозом.

Однако, «золотым стандартом» в диагностике эндометриоза является лапароскопия.

Хирургический метод лечения эндометриоза – ликвидация анатомического субстрата:

• Эндометриоидные кисты

• Аденомиоз 3 – 4 стадии распространения

• Симптомный эндометриоз любой локализации при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии.

• Эндометриоз послеоперационного рубца.

• Эндометриоз с тенденцией к прорастанию в полый орган.

Стратегия хирургического лечения эндометриоза:

• Органосохраняющий объём при нереализованной репродукции

• Радикальный объём оперативного лечения при распространённых формах эндометриоза, при распространненых формах эндометриоза, при сочетании с другой гинекологической патологией, у пациенток с репродукцией.

Гормональное лечение больных с эндометриозом, режимы гормонотерапии:

• На этапе лечения – непрерывный.

• На этапе поддержки ремиссий – возможно использование контрацептивного режима гестагенов (Визанна) или КОК (Жанин).

• При подготовке эндометрия перед планированием беременности – гестагены циклически короткими курсами при гиполютеинизме; и после лечения агонистами ГнРГ (Золадекс, Бусерелин).

• При проведении ЗГТ после гистерэктомии по поводу аденомиоза следует назначать монофазные комбинированные препараты (Климодиен).

Профилактика эндометриоза:

Родители, прежде всего мамы, и учителя должны быть информированы об основах физиологического развития девочек-подростков.

Занятия физкультурой. Подвижные игры, гимнастика, лыжи, коньки, плавание с ограничением в дни менструации.

Нормализация режима учёбы, труда и отдыха девочек.

Полноценное сбалансированное питание, особенно в период полового развития.

Разумная тактика ведения беременности и родов. Бережное родоразрешение ( соблюдение принципов абластики при операции кесарева сечение; реабилитация после ручного обследования). Обязательная реабилитация гормональными препаратами после выкидышей, мед. абортов. Сроки планового оперативного лечения (миомэктомии), оздоровление шейки матки проводить с учетом дня менструального цикла.

Предупреждение нежеланной беременности.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

Тесты по теме:

Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

1.Что является наиболее характерной особенностью эндометриоза?Выберите неправильный ответ.

1. Метастазирование
2. Озлокачествление
3. Инфильтрирующий рост
4. Не имеет капсулы
5. Циклические изменения, сходные с изменениями в эндометрии

2.Наиболее частая локализация аденомиоза отмечается

1. в матке
2. во влагалище
3. в яичниках
4. экстрагенитально
5. в вульве

3.Диагностика аденомиоза. Выберите неправильный ответ.

1. Болевой синдром, связанный с менструацией
2. Обильные длительные менструации
3. Лапароскопия
4. УЗИ
5. Гистеросальпингография

4.Аденомиоз - это

1. воспаление слизистой оболочки матки
2. предраковое заболевание эндометрия
3. предраковое заболевание шейки матки
4. эндометриоз, развивающийся в мышечной оболочке матки
5. предраковое заболевание яичника

5.Какой метод применяют для диагностики наружного эндометриоза?

1. УЗИ
2. Гистероскопия
3. Лапароскопия
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба
5. Гистеросальпингография

6.Когда появляются боли у больных с аденомиозом?

1. За 1-2 дня до и во время менструации
2. Во 2-й фазе менструального цикла
3. После окончания менструации
4. Во время овуляции
5. В 1-й фазе менструального цикла

7.Лечение больных, страдающих эндометриозом.

Выберите неправильный ответ.

1. Синтетические прогестины
2. Иммунокоррекция
3. Циклическая витаминотерапия
4. Гоновакцинотерапия
5. Магнитотерапия

8.В каком возрасте чаще всего встречается внутренний эндометриоз?

1. 20 лет
2. 30 лет
3. 40 лет
4. 50 лет
5. 60 лет

9.Какой орган поражается эндометриозом чаще всего?

1. Матка
2. Влагалище
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Вульва

10.Что является характерной особенностью эндометриоза?

1. Злокачественное перерождение
2. Метастазирование
3. Пролиферативный рост
4. Инфильтративный рост
5. Все перечисленное

**Задачи:**

Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

# Задача № 1

Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад.

Считает себя больной в течение последнего года.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный.

При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 94 г/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
5. Лечение?

# Задача № 2

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота.

В анамнезе одни срочные роды и два медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. Постменопауза 3 года.

При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

При влагалищном исследовании: Матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от неё пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10 – 12см.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструации, тёмные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4 – 5 дней, безболезненные, умеренные. Последние 2 года менструации более обильные, по 7 – 8 дней, болезненные. Последняя менструация месяц назад. В браке 10 лет. Беременностей – 3, одни срочные роды, два артифициальных аборта. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно – розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. Шейка матки до 2 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 6 - 7 недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, тёмные кровянистые выделения из половых путей за 2 – 3 дня до менструации. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 - 29 дней, по 4 – 5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация месяц назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 5, одни срочные роды, осложнившиеся задержкой частей плаценты в полости матки, проводилось ручное обследование стенок полости матки; три артифициальных аборта.

Псевдоэрозия шейки матки, произведена диатермокоагуляция 3 года назад. Отмечает появление вышеперечисленных жалоб в последние 2 года. Кожные покровы розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

P.sp. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, на передней губе шейки матки синюшные «глазки», слизистая влагалища без патологии, выделения серозные.

p.v. Шейка матки до 2,5 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, несколько больше нормы, чувствительное при исследовании. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Задача № 5**

Больная 40 лет находится в гинекологическом отделении с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились через год, цикл - 28 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя менструация началась 9 дней назад. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда менструации стали болезненные, обильные и длительные. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 84 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

P.sp: половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения сукровичные.

P.v. шейка матки плотная, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 - 11 недельной беременности, плотное, бугристое, чувствительное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

На метросальпингографии имеются чётко выраженные законтурные тени, полость матки расширена.

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больной?

5. Прогноз?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме занятия.**

Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

1. Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Преинвазивный рак шейки матки, микроинвазивный рак шейки матки. Инвазивный рак шейки матки.

5. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

6. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

7. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

**Тестовые задания по теме:**

Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

1. Заболеваемость раком шейки матки во второй половине 90-х гг.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) является самой редкой локализацией

2. Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) степень дисплазии не определяется количеством пораженных слоев эпителия

3. Внутриэпителиальный рак шейки матки имеет морфологические признаки злокачественности

а) в поверхностном слое

б) только атипию в некоторых клетках

в) только в отдельных участках пласта эпителия

г) во всей толще эпителия

д) в губчатом слое

4. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) вариант нормы

5. Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки является все перечисленное, кроме

а) отсутствия инвазии в подлежащую строму

б) сохранения базальной мембраны

в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия

г) очагового проникновения группы клеток в строму

д) нет правильного ответа

6. Скрининг методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) оценка жалоб пациентки

7. Микроинвазивный рак шейки матки называют "компенсированным" в связи с тем, что он имеет

а) малую стромальную инвазию

б) низкую потенцию к метастазированию

в) раковые эмболы в лимфатических щелях

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

8. Микроинвазивный рак шейки матки по своему клиническому течению сходен

а) с тяжелой дисплазией

б) с внутриэпителиальным раком

в) с инвазивным раком

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

9. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток методом выбора лечения является

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция

г) электроконизация

д) радиоволновая хирургия

10. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) вариант нормы

**Ситуационные задачи по теме:**

Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

**Задача №1**

Больная 46 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 5 беременностей: 2 нормальных родов, 3 мед. аборта без осложнений. Последний раз у гинеколога была 6 лет назад. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 2-2 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Задача № 2**

Больная 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели и контактные кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 2 родов и 9 больничных абортов. Вторые роды окончились наложением полостных акушерских щипцов, осложнившихся разрывом шейки матки. После родов диагностированы цервицит, эрозия шейки матки, по поводу чего произведена диатермокоагуляция. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, гипертрофирована, деформирована вследствие послеродовых разрывов, наружный зев зияет, матка и придатки без патологических изменений, параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и закрытых желез, участком эктопии на передней губе, лейкоплакии на 12 часах..

1. Поставьте предварительный?
2. Ваша тактика?

3. Какое дополнительное обследование требуется больной?

4. Методы лечения?

5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная 35 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 3-4 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Задача №4**

Больная 50 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 5-5 см. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки увеличен, плотное. Область придатков свободна. Своды влагалища болезненные. В малом тазу определяется инфильтрат, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Задача №5**

Больная 30 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 7 беременностей: 1 нормальных родов, 6 мед. аборта без осложнений. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**1. Занятие № 11**

**Тема: «Хирургические методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. Виды хирургических энергий. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**: своевременное оздоровление патологии шейки матки является одним из методов профилактики рака шейки матки, которая в структуре онкогинекологической заболеваемости в Красноярском крае занимает первое место.

**4. Цели обучения:**

**Общая цель:** Познакомить ординаторов с современными методами лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, преимуществами и недостатками применения различных видов хирургических энергий.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.

**Учебная цель:**

обучающийся должен знать:

- современные методы диагностики, лечения и профилактики рака шейки матки.

- физические характеристики различных видов хирургических энергии, используемых для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки.

обучающийся должен уметь:

- отобрать пациентов для хирургического лечения,

- обследовать (включая осмотр шейки в зеркалах, взятие мазков на атипические клетки, пробу Шиллера, кольпоскопия простую и расширенную, биопсию шейки матки наживую и электропетлей),

- трактовать данные обследования перед хирургическим вмешательством.

- провести предоперационную подготовку пациентов с заболеваниями шейки матки, уметь выбрать оптимальный вид хирургической энергии с учетом нозологической формы.

- поставить предварительный диагноз и выбрать дифференцировано метод лечения пациентки с патологией шейки матки.

обучающийся должен владеть:

- методиками хирургического лечения патологии шейки матки

- техникой биопсии

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

1. Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Преинвазивный рак шейки матки, микроинвазивный рак шейки матки. Инвазивный рак шейки матки.

5. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

6. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

7. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

В настоящее время имеется достаточно широкий спектр лечения доброкачественных заболеваний шейки матки:

• Медикаментозный (прижигающие или коагулирующие средства)

• диатермокоагуляция, диатермоконизация

• радиоволновая хирургия

• криотерапия

• лазерная хирургия.

В основе лечения прижигающими средствами лежит химическая коагуляция. Одним из препаратов, используемых для медикаментозного лечения патологии шейки матки является Солковагин. Он обладает избирательным коагулирующим действием на цилиндрический эпителий. Солковагин может быть использован только для:

 лечения зоны трансформации

 коагуляции кисты шейки матки

 коагуляции полипов цервикального канала

 коагуляции грануляционной ткани.

 лечения зоны трансформации

 коагуляции кисты шейки матки

 коагуляции полипов цервикального канала

 коагуляции грануляционной ткани.

Возможные осложнения диатермокоагуляции:

− кровотечение

− стенозы и стриктура канала шейки матки

− экстравазаты, телеангиоэктазии и субэпителиальные гематомы

− эндометриоз

− нарушение трофики тканей

− образование грубых рубцов

− нарушение репродуктивной функции:

− бесплодие (шеечный фактор)

− выкидыш (из-за истмико-цервикальной недостаточности)

− преждевременные роды

− дистоция шейки матки в родах.

− обострение воспалительных процессов внутренних половых органов в родах

− нарушения менструапльного цикла

− болевой синдром

− длительное течение репаративных процессов

− рак шейки матки

− лейкоплакия шейки матки

− рецидивы заболевания

− термические ожоги.

Достаточно успешно для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки используется и криодеструкция, позволяющая с помощью низких температур достигать высокого терапевтического эффекта.Степень, глубину, быстроту охлаждения можно регулировать, подавая разное количество паров газа и изменяя длительность криовоздействия. Криовоздействие проводят по методу одного или двухциклового воздействия. К недостаткам метода относятся - незначительная глубина воздействия, невозможность локального удаления патологического участка с минимальной травматизацией подлежащих тканей, относительно высокая частота рецидивов заболевания шейки матки после проведения терапии. Достоинствами метода являются:

− безболезненность процедуры

− бескровность манипуляции

− возможность применения в амбулаторных условиях

− не деформирует шейку матки

− не оказывает отрицательного влияния на процесс раскрытия шейки матки во время родов.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

1. Заболеваемость раком шейки матки во второй половине 90-х гг.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) является самой редкой локализацией

2. Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) степень дисплазии не определяется количеством пораженных слоев эпителия

3. Внутриэпителиальный рак шейки матки имеет морфологические признаки злокачественности

а) в поверхностном слое

б) только атипию в некоторых клетках

в) только в отдельных участках пласта эпителия

г) во всей толще эпителия

д) в губчатом слое

4. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) вариант нормы

5. Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки является все перечисленное, кроме

а) отсутствия инвазии в подлежащую строму

б) сохранения базальной мембраны

в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия

г) очагового проникновения группы клеток в строму

д) нет правильного ответа

6. Скрининг методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) оценка жалоб пациентки

7. Микроинвазивный рак шейки матки называют "компенсированным" в связи с тем, что он имеет

а) малую стромальную инвазию

б) низкую потенцию к метастазированию

в) раковые эмболы в лимфатических щелях

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

8. Микроинвазивный рак шейки матки по своему клиническому течению сходен

а) с тяжелой дисплазией

б) с внутриэпителиальным раком

в) с инвазивным раком

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

9. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток методом выбора лечения является

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция

г) электроконизация

д) радиоволновая хирургия

10. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) вариант нормы

**Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная 46 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 5 беременностей: 2 нормальных родов, 3 мед. аборта без осложнений. Последний раз у гинеколога была 6 лет назад. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 2-2 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Задача № 2**

Больная 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели и контактные кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 2 родов и 9 больничных абортов. Вторые роды окончились наложением полостных акушерских щипцов, осложнившихся разрывом шейки матки. После родов диагностированы цервицит, эрозия шейки матки, по поводу чего произведена диатермокоагуляция. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, гипертрофирована, деформирована вследствие послеродовых разрывов, наружный зев зияет, матка и придатки без патологических изменений, параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и закрытых желез, участком эктопии на передней губе, лейкоплакии на 12 часах.

1. Поставьте предварительный?
2. Ваша тактика?

3. Какое дополнительное обследование требуется больной?

4. Методы лечения?

5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная 35 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 3-4 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Задача №4**

Больная 50 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 5-5 см. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки увеличен, плотное. Область придатков свободна. Своды влагалища болезненные. В малом тазу определяется инфильтрат, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Задача №5**

Больная 30 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 7 беременностей: 1 нормальных родов, 6 мед. аборта без осложнений. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

1. Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:

2. Особенности эндометрия как ткани-мишени: эндометрий в течение нормального менструального цикла, возрастная инволюция эндометрия.

3. Изменение эндометрия при типичных клинических ситуациях: влияние экзогенных гормонов на эндометрий, влияние ВМК на эндометрий, изменение эндометрия при беременности.

4. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия: морфологическая картина железистой гиперплазия ндометрия, морфологическая картина аденоматоза эндометрия, морфологическая характеристика полипов эндометрия (классификациияХмельницкого О. К. (1994)

5. Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия

**Тестовые задания по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

1. Особенностями нормального менструального цикла являются

а) овуляция

б) образование желтого тела в яичке

в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

2. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием

а) простагландинов

б) рецепторов

в) специфических ферментов

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

3. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать

а) с беременностью (прогрессирующей)

б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем

в) с подслизистой миомой матки

г) верно б) и в)

д) со всем перечисленным

4. Отсутствие эффекта от диагностического выскабливания матки у больной с нарушением менструального цикла часто свидетельствует

а) о наличии внутреннего эндометриоза тела матки

б) о неполном удалении содержимого полости матки

в) о наличии хронического (базального) эндометрита

г) верно а) и б)

д) о всем перечисленном

5. Противопоказаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью является 1) фиброзно-кистозная мастопатия молочных желез 2) миома матки 3) эндометриоз 4) рак матки

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6. Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является 1) проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза 2) терапия, направленная на подавление функции яичников 3) лечение сопутствующей соматической патологии 4) проведение циклической гормональной терапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. Для корригирующей терапии у больных с ДМК климактерического периода применяется: 1) метилтестостерон 2) норколут 3) тестостерон-пропионат 4) эстрадиол-дипропионат.

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8. Женщины с ДМК составляют группу риска 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности 2) по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил 3) по развитию опухолей гениталий 4) по развитию опухолей молочных желез

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) по всему перечисленному

г) верно 4

д) ни по чему из перечисленного

9. Методы исследования, используемые обычно при ДМК 1) ТФД 2) гистероскопия 3) диагностическое выскабливание матки 4) лапароскопия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. Принципы лечения ДМК у больных 1) применение лечебно-диагностического выскабливания матки в репродуктивном и климактерическом периодах жизни женщины 2) нормализация менструальной функции в детородном возрасте 3) прекращение менструальной функции в пременопаузе 4) применение витаминотерапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

**Задача № 1**

В гинекологическое отделение поступила больная 53 лет с кровотечением из половых путей.

Менопауза 3 года. Было 4 беременности: 3 срочных родов, 1 мед. аборт. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете у эндокринолога по поводу ожирения III, сахарного диабета. При поступлении было произведено фракционное диагностическое выскабливание. Гистология соскоба: полипоз эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача №2**

Больная 60 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. Менопауза 10 лет. Было 2 родов. В 30 лет лечилась по поводу аднексита. Последние 5 лет по поводу кровотечения дважды было диагностическое выскабливание полости матки и диагностирован полипоз эндометрия. Получала 17 ОПК. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. В зеркалах: Шейка "сочная", слизистая без видимой патологии. Вагинально: НПО б/о. Влагалище свободное, шейка цилиндрическая. Тело матки несколько увеличено, плотное. Область придатков без особенностей. Диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза?

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача №3**

М. 47 лет, По поводу ациклических кровотечений произведено диагностическое выскабливание матки. Гистологически: фиброзный полип, эндометрий в фазе пролиферации.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Л. 16 лет, нарушение месячных с менархе по типу гиперменструального синдрома. По поводу длительного маточного кровотечения, анемии (Hb 60 г/л), произведено диагностическое выскабливание матки. В соскобе аденоматозная гиперплазия эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 5**

В гинекологическое отделение поступила больная 60 лет с кровотечением из половых путей.

Менопауза 10 года. Было 1 беременности: 1срочных родовт. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете у эндокринолога по поводу ожирения III, сахарного диабета. При поступлении было произведено фракционное диагностическое выскабливание. Гистология соскоба: полипоз эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**1. Занятие № 12**

**Тема: «Доброкачественные заболевания эндометрия. Классификация, патогенез. Клиника. Методы диагностики и лечения. Принципы гормонотерапии».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**: В настоящее время имеет место рост рака эндометрия, особенно в группе женщин молодого репродуктивного возраста. Своевременное выявление фоновых и предраковых процессов эндометрия, адекватная их терапия являются профилактикой онкологической патологии и смертности от онкогинекологических заболеваний.

**4. Цели обучения:**

**Общая цель** – Совершенствовать знания врачей-курсантов по диагностике и лечению различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного, пременопаузального, постменопаузального возраста.

УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.

**Учебная цель**

обучающийся должен знать:

- вопросы диагностики и лечения патологии эндометрия.

- современную классификацию гиперпластических процессов эндометрия

- алгоритм обследования при различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия

обучающийся должен уметь:

- проводить дифференциальную диагностику различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия

обучающийся должен владеть:

- современными методами гормональной консервативной терапии различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия (гестагены, антагонисты гонадотропинов, агонисты Гн-РГ и др.).

- хирургическими методами лечения различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

1. Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:

2. Особенности эндометрия как ткани-мишени: эндометрий в течение нормального менструального цикла, возрастная инволюция эндометрия.

3. Изменение эндометрия при типичных клинических ситуациях: влияние экзогенных гормонов на эндометрий, влияние ВМК на эндометрий, изменение эндометрия при беременности.

4. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия: морфологическая картина железистой гиперплазия ндометрия, морфологическая картина аденоматоза эндометрия, морфологическая характеристика полипов эндометрия (классификациияХмельницкого О. К. (1994)

5. Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия

6. Гистологические картины, отражающие избыточное влияние гормонов:

8. Классификация гиперпластических процессов эндометрия. (классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1975)

9. Этиопатогенез гиперпластических процессов эндометрия Механизмы активации пролиферации.

10. Диагностика гиперпластических процессов эндометрия

11. Лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

12. Выбор режима гормонотерапии: циклический, контрацептивный и непрерывный режимы гормонотерапии.

13. Типы гормональных препаратов, используемых для лечения ГПЭ: гестагены, антигонадотропины, агонисты Гн-РГ).

14. Показания к хирургическому лечению при ГПЭ.

15. Диспансеризация больных с ГПЭ

**5.2. Основные понятия и положения темы**:

Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:

 Железистый полип функционального типа характеризуется зрелым типом строения, циклическими изменениями в течение цикла. Различают секреторный, пролиферативный, гиперпластический варианты.

 Железистый полип эндометрия базального типа – наиболее частый вариант полипов в репродуктивном возрасте. Состоит из незрелого эндометрия базального слоя, гормонально мало зависим. Различают индифферентный, гиперпластический, пролиферативный варианты.

 Пролиферирующий железистый полип характеризуется активной пролиферацией эпителия.

 Аденомиоматозный полип - в строении участвуют гладкомышечные волокна.

 Аденоматозный полип характеризуется явлениями тканевого и структурного атипизма.

 Стромальный эндометриальный полип – редкий вариант полипа как проявление стромального эндометриоза. Необходима дифференциальная диагностика с полиповидной эндометриальной саркомой.

1.Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия. Гистологические картины, отражающие избыточное влияние гормонов. Гистологические картины, отражающие недостаток эстрогенов. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия.

2. Классификация гиперпластических процессов эндометрия.

 Классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1975)

1. Эндометриальная гиперплазия;

2. Эндометриальные полипы;

3. Атипическая гиперплазия эндометрия.

 Классификация Б. И. Железнова (1977) 1) железистая (железисто-кистозная) гиперплазия эндометрия; 2) гиперплазия с секреторным превращением; 3) гиперплазия базального слоя; 4) стромальная гиперплазия.

 Классифиация Я. В. Бохмана (1985) 1) фоновые процессы эндометрия (железистая гиперплазия, эндометриальные полипы); 2) предрак эндометрия (атипическая гиперплазия эндометрия).

Современная классификация патологических процессов эндометрия (ВОЗ, 1993)

1. Гиперплазия эндометрия (пролиферация эндометриальных желез без клеточной атипии).

1.1 Простая гиперплазия эндометрия

1.2 Аденоматозная (комплексная) гиперплазия эндометрия

2. Атипическая гиперплазия эндометрия (имеются проявления клеточной дисплазии).

2.1 Простая гиперплазия эндометрия

2.1 Аденоматозная (комплексная) гиперплазия эндометрия.

Классификация основана на разделении понятий клеточный атипии (дисплазии) и тканевой (структурной) атипии, т.е. аденоматоза. В рамках понятия тканевой атипии выделяется простая гиперплазия эндометрия, характеризующаяся ненарушенным соотношением железистого и стромального компонентов и аденоматозная (комплексная) гиперплазия. Последняя проявляется в выраженном тканевом атипизме, т.е. нарушении архитектоники эндометрия за счет чрезмерной пролиферации желез и уменьшения стромального компонента. Клеточная атипия (дисплазия) может сопровождать любой морфологический вариант строения эндометрия.

3. Этиопатогенез гиперпластических процессов эндометрия Механизмы активации пролиферации.

4. Диагностика гиперпластических процессов эндометрия:

1. Раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) полости матки является ведущим методом диагностики патологии эндометрия и первым этапом лечения гиперпластических процессов.

2. Аспирационная биопсия эндометрия Цитологическая диагностика аспирата выявляет лишь степень клеточной дисплазии. Однако Pipelle – аспирационная биопсия, в результате которой получают биоптат эндометрия, может быть рекомендована в качестве мониторинга состояния эндометрия в ходе гормонотерапии.

3. Гистероскопия, предваряющая плановое РДВ, позволяет изучить состояние эндометрия, провести топическую диагностику патологического процесса.

4. Ультразвуковой метод исследования - скрининг ГПЭ. Имеется высокая степень корреляции (70-90%) данных трансвагинальной эхографии с гистологической картиной удаленного эндометрия. Гистеросальпингоультрасонография, то есть введение гиперэхогенных растворов (эховист, левовист) в полость матки в момент ультразвукового исследования, позволяет уточнить характер внутриматочной патологии.

5. Диагностическую лапароскопию и определение базального уровня эстрадиола целесообразно проводить при рецидивирующих ГПЭ для исключения гормонально активных опухолей яичников, СПКЯ.

6. Исследование аспирата из полости матки с количественным определением иммуноглобулинов M, G, A. При хроническом эндометрите уровень суммарных иммуноглобулинов превышает показатели здоровых женщин в 100 раз и в 3 раза - при остром эндометрите.

5.Лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

Ведение больных с гиперпластическими процессами эндометрия предполагает определенную последовательность:

1 этап – остановка кровотечения путем симптоматического, гормонального или хирургического гемостаза (раздельное диагностическое выскабливание);

2 этап – контроль состояния эндометрия гормональными препаратами в течение 6 месяцев после РДВ с оценкой эффективности лечения (УЗИ, биопсия эндометрия);

3 этап – диспансерное наблюдение в течение 1 года после стойкой нормализации цикла или стойкой постменопаузы при простой гиперплазии эндометрия, 2 лет – при аденоматозной гиперплазии эндометрия. При наличии факторов риска патологии эндометрия (хроническая ановуляция, метаболический синдром) срок диспансерного наблюдения не регламентируется.

На всех этапах ведения больных с ГПЭ проводится лечение (при их наличии) метаболического синдрома, хронического эндометрита

5.1.Мероприятия первого этапа – остановка кровотечения.

Негормональный гемостаз Негормональная гемостатическая терапия продолжается при хорошем гемостатическом эффекте - 7 дней. Если после трех дней ее проведения отсутствует клинический эффект или кровянистые выделения (даже скудные) продолжаются более 7 дней проводится гормональный гемостаз.

5.2 Мероприятия второго этапа (контроль состояния эндометрия после РДВ).

Ведение больных на этом этапе определяется рациональным выбором: 1) режима гормонотерапии, 2) типа гормонального средства, 3) продолжительности лечения и контроля за состоянием эндометрия.

Выбор режима гормонотерапии. Различают циклический, контрацептивный и непрерывный режимы гормонотерапии.

Выбор режима гормонотерапии зависит от ряда факторов: 1) морфологического варианта патологии эндометрия; 2) возраста пациентки; 3) наличия сопутствующих пролиферативных процессов молочной железы, матки, эндометриоза; 4) характера течения ГПЭ, его склонности к рецидивированию; 5) типа используемого гормонального средства; 6) сопутствующей экстрагенитальной патологии, наличия метаболического синдрома и, наконец, от материального положения больной. Все перечисленное позволяет предложить следующий вариант индивидуализации режимов гормонотерапии при ГПЭ:

Циклический режим

1. Простая гиперплазия эндометрия в репродуктивном возрасте (до 45-47 лет);

2. Регуляция цикла и профилактика рецидивов при сохраняющейся хронической ановуляции.

Контрацептивный режим

1. Простая гиперплазия эндометрия в пременопаузе;

2. Сопутствующие простой гиперплазии миома матки, мастопатия.

Непрерывный режим

1. Атипическая гиперплазия эндометрия в любом возрасте;

2. Отсутствие эффекта или неполный эффект от циклической гормонотерапии простой гиперплазии эндометрия;

3. Сопутствующие эндометриоз, мастопатия, миома матки;

4. При использовании следующих типов гормональных препаратов: антиэстрогенов, антагонистов гонадотропинов, аналогов гонадотропин-рилизинг гормона.

Типы гормональных препаратов, используемых для лечения ГПЭ. При лечении гиперпластических процессов эндометрия используются следующие группы гормональных препаратов: гестагены, комбинированные оральные контрацептивы, антигонадотропины, антиэстрогены, агонисты Гн-РГ. Их действие выражается: 1) в секреторной трансформации эндометрия (при назначении гестагенов только во вторую фазу цикла); 2) в децидуализации эндометрия с последующего атрофией (КОК, применения гестагенов в контрацептивном или непрерывном режиме); 3) в атрофии эндометрия без первого этапа децидуализации (антигонадотропины, агонисты Гн-РГ).

6.Показания к хирургическому лечению при ГПЭ.

Хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками или эндоскопическая аблация эндометрия выполняется при наличии следующих показаний:

1) аденоматозная гиперплазия эндометрия в пери- и постменопаузе;

2) рецидивирование аденоматоза;

3) отсутствие эффекта от консервативного лечения аденоматоза;

4) рецидивы простой гиперплазии эндометрия в пери- и постменопаузе;

5) наличие противопоказаний к гормонотерапии

7.Диспансеризация больных с ГПЭ (мероприятия третьего этапа).

Диспансерное наблюдение за больными с ГПЭ осуществляется на протяжении 12 месяцев при простой гиперплазии эндометрия или 24 месяца при аденоматозных его изменениях. Сохраняющаяся ановуляция, наличие метаболических нарушений предполагают динамическое длительное наблюдение за пациенткой, не регламентируемое сроками.

На этапе диспансеризации рекомендуются следующие профилактические мероприятия:

1) Коррекция веса и метаболических нарушений (контроль уровня глюкозы, липидов крови 1 раз в год);

2) Транвагинальная эхография два раза в год;

3) Вакуум-кюретаж эндометрия (Pipelle) один раз в год;

При сохраняющейся ановуляции в репродуктивном возрасте периодически назначаются гестагены во вторую фазу цикла; при наличии мастопатии, миомы матки, потребности контрацепции целесообразно назначение КОК . Условием снятия с диспансерного учета является нормализации цикла или стойкая постменопауза.

Патоморфологические варианты патологических процессов эндометрия

1. «Активная форма железистой гиперплазии эндометрия» является следствием абсолютной гиперэстрогении.

2. «Покоящаяся форма железистой гиперплазии эндометрия» возникает в условиях хронической ановуляции при низком уровне эстрогенов.

3. «Базальная гиперплазия эндометрия» чаще носит очаговый характер и сопровождает хронический эндометрит. Для диагностики этого состояния выскабливание следует производить на 6-7 дни цикла. Клинически это состояние эндометрия выражается длительными болезненными месячными вследствие замедленного отторжения эндометрия.

4. «Переходный эндометрий» характеризует состояние эндометрия в пременопаузе. Сочетает в себе картину нефункционирующего эндометрия и покоящейся формы железистой гиперплазии эндометрия. В дальнейшем превращается в атрофичный эндометрий.

5. «Гиперпластический смешанный эндометрий»; «Гиперплазия с секреторным превращением» отражает воздействие гестагенов (эндо- или экзогенных) на исходно гиперплазированный эндометрий.

6. «Ультраменструальная гиперплазия» возникает на фоне персистенции полноценного желтого тела. Дифференциальная диагностика проводится с беременностью малых сроков только на основании клиники, поскольку морфологических различий в удаленном эндометрии нет.

7. «Полипоз эндометрия» характеризуется образованием поверхностных выступов на слизистой. Гистологически эквивалентен железистой гиперплазии эндометрия.

8. Гистологические картины, отражающие недостаток эстрогенов.

9. «Нефункционирующий (покоящийся) эндометрий» нередко сочетается с «гипопластическим эндометрием» и отражает низкую эстрогенпродуцирующую функцию яичников.

10. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия. «Эндометрий в фазе обратного развития» диагностируется на 4-5 день цикла и характеризуется неглубоким отторжением функционального слоя эндометрия с последующей регенерацией из сохранившихся маточных желез. Это состояние эндометрия является следствием медленного падения плазменного прогестерона (гиполютеинизм).

11. «Dysmenoreha membranocea» - отражает нарушение десквамации эндометрия без его предварительного распада и аутолиза. При этом эндометрий отторгается крупными кусками или слепком, что сопровождается альгодисменореей. Гистологически определяется сильное развитие компактного слоя, децидуализация стромы со скудным развитием желез. Одной из причин данной морфологической картины может быть персистенция желтого тела с медленным падением уровня гормонов.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

1. Особенностями нормального менструального цикла являются

а) овуляция

б) образование желтого тела в яичке

в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

2. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием

а) простагландинов

б) рецепторов

в) специфических ферментов

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

3. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать

а) с беременностью (прогрессирующей)

б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем

в) с подслизистой миомой матки

г) верно б) и в)

д) со всем перечисленным

4. Отсутствие эффекта от диагностического выскабливания матки у больной с нарушением менструального цикла часто свидетельствует

а) о наличии внутреннего эндометриоза тела матки

б) о неполном удалении содержимого полости матки

в) о наличии хронического (базального) эндометрита

г) верно а) и б)

д) о всем перечисленном

5. Противопоказаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью является 1) фиброзно-кистозная мастопатия молочных желез 2) миома матки 3) эндометриоз 4) рак матки

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6. Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является 1) проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза 2) терапия, направленная на подавление функции яичников 3) лечение сопутствующей соматической патологии 4) проведение циклической гормональной терапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. Для корригирующей терапии у больных с ДМК климактерического периода применяется: 1) метилтестостерон 2) норколут 3) тестостерон-пропионат 4) эстрадиол-дипропионат.

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8. Женщины с ДМК составляют группу риска 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности 2) по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил 3) по развитию опухолей гениталий 4) по развитию опухолей молочных желез

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) по всему перечисленному

г) верно 4

д) ни по чему из перечисленного

9. Методы исследования, используемые обычно при ДМК 1) ТФД 2) гистероскопия 3) диагностическое выскабливание матки 4) лапароскопия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. Принципы лечения ДМК у больных 1) применение лечебно-диагностического выскабливания матки в репродуктивном и климактерическом периодах жизни женщины 2) нормализация менструальной функции в детородном возрасте 3) прекращение менструальной функции в пременопаузе 4) применение витаминотерапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

**Задача № 1**

В гинекологическое отделение поступила больная 53 лет с кровотечением из половых путей.

Менопауза 3 года. Было 4 беременности: 3 срочных родов, 1 мед. аборт. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете у эндокринолога по поводу ожирения III, сахарного диабета. При поступлении было произведено фракционное диагностическое выскабливание. Гистология соскоба: полипоз эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача №2**

Больная 60 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. Менопауза 10 лет. Было 2 родов. В 30 лет лечилась по поводу аднексита. Последние 5 лет по поводу кровотечения дважды было диагностическое выскабливание полости матки и диагностирован полипоз эндометрия. Получала 17 ОПК. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. В зеркалах: Шейка "сочная", слизистая без видимой патологии. Вагинально: НПО б/о. Влагалище свободное, шейка цилиндрическая. Тело матки несколько увеличено, плотное. Область придатков без особенностей. Диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза?

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача №3**

М. 47 лет, По поводу ациклических кровотечений произведено диагностическое выскабливание матки. Гистологически: фиброзный полип, эндометрий в фазе пролиферации.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Л. 16 лет, нарушение месячных с менархе по типу гиперменструального синдрома. По поводу длительного маточного кровотечения, анемии (Hb 60 г/л), произведено диагностическое выскабливание матки. В соскобе аденоматозная гиперплазия эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 5**

В гинекологическое отделение поступила больная 60 лет с кровотечением из половых путей.

Менопауза 10 года. Было 1 беременности: 1срочных родовт. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете у эндокринолога по поводу ожирения III, сахарного диабета. При поступлении было произведено фракционное диагностическое выскабливание. Гистология соскоба: полипоз эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

1. Клиническая симптоматика, диагностика и методы лечения трофобластической болезни.

2. Современная концепцию трофобластической болезни.

3. Эпидемиологи и факторы риска.

4. Морфологическую классификацию трофобластической болезни (ВОЗ):

• полный пузырный занос,

• частичный пузырный занос,

• инвазивный пузырный занос,

• хориокарцинома,

• трофобластическая опухоль плацентарного ложа,

• эпителиондная Трофобластическая опухоль,

• реакция плацентарного места,

• гидропическая дегенерация.

5. Прогностические факторы риска и метастазирование трофобластической болезни (ТБ).

6. Классификация хориокарциномы по стадиям ТNМ и группировка по стадиям.

**Тестовые задания по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

1. Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:

а) хорионического гонадотропина

б) трофобластического -глобулина

в) хорионического соматотропина

г) верно а и б

д) всего перечисленного

2. Наиболее часто хориокарцинома возникает после

а) абортов

б) пузырного заноса

в) нормальных родов

г) преждевременных родов

д) после 40 лет

3. Патогенетические варианты хориокарциномы

а) хориокарцинома после нормальной беременности

б) хориокарцинома после патологической беременности

в) хориокарцинома в постменопаузе

г) верно а и г

д) верно все перечисленное

4. Наличие лютеиновых кист у больных хориокарциномой матки влияет на прогноз

а) благоприятно

б) не благоприятно

в) не имеет влияния

г) неизвестно

д) нет правильного ответа

5. Химиотерапия у больных после удаления пузырного заноса

а) не рекомендуется

б) обязательно

в) зависит от морфологической картины

г) на усмотрение врача, в зависимости от клинических и лабораторных данных

д) не имеет значения

6. Больным с хориокарциномой в зависимости от распространенности процесса целесообразно проводить

а) монохимиотерапию

б) полихимиотерапия

в) противовоспалительную терапию

г) верно а и б

д) все перечисленное

7. Международная классификация по системе TNM обозначает 1) T-опухоль (тумор) 2) N-регионарные лимфатические узлы таза 3) М-отдаленные метастазы 4) G-дифференцировка опухоли

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8. В классификации по стадиям TNM используются дополнительные символы 1) G-степень дифференцировки 2) C-большой фактор надежности 3) r-для классификации рецидивов 4) f-для обозначения принадлежности к женскому организму

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9. Под трофобластической болезнью матки подразумевают 1) пузырный занос 2) инвазивный пузырный занос 3) хориокарциному 4) трофобластическую опухоль плацентарного места

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. В диагностике трофобластической болезни используется метод исследования 1) ультразвуковой 2) рентгенологический 3) гистологический 4) лабораторный (определение хорионического гонадотропина)

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

**Задача № 1**.

Больная 32-х лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на слабость, умеренные кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе год назад искусственное прерывание беременности при сроке 12 недель в связи с пузырным заносом. В послеоперационном периоде лечение не проводилось, больная к врачу не обращалась. При осмотре: кожные покровы бледные, гемоглобин 104 г/л, пульс 76 уд/мин. Живот не вздут, мягкий безболезненный. При консультации гинеколога высказано предположение о наличии у больной хориокарциномы.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?

3. Хориокарцинома наиболее часто развивается после:

4. Локализация метастазов хориокарциномы матки?

5. Основной метод лечения хориокарциномы?

**Задача № 2.**

Больная Л., 60 лет, менопауза 10 лет. При УЗ исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 4-5 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная В., 50 лет, менопауза 2 года. Планирует заместительную гормонотерапию в постменопаузе. При УЗ исследовании обнаружена толщина эндометрия 10 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Больная 30 лет поступила в отделение с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, повышение температуры до 38,5. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4 дня, умеренные, безболезненные. Последние нормальные месячные в январе. Беременностей - 4, родов – 2, нормальных, 2 артифициальных аборта. В феврале этого года был пузырный занос. Считает себя больной с февраля, когда через неделю после выскабливания по поводу пузырного заноса появились кровянистые выделения, которые постепенно усилива¬лись. 10 марта была госпитализирована и ввиду обильного кровотечения, было произведено повторное выскабливание стенок полости матки. При гистологическом исследовании соскоба были обнаружены остатки элементов пузырного заноса. Выделения прекратились, больная была выписана. Через 10 дней вновь появились кровянистые выделения. С 18 мая температура повысилась до 38,5°, появилась слабость и больная госпитализирована в отделение. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые бледные с желтушным оттенком. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения из зева кровянистые в незначительном количестве. Слизистая шейки цианотична. На передней стенке влагалища в нижней трети имеется образование сине-багрового цвета 1x1,5 см. Наружный зев закрыт. Матка увеличена до 10 недель беременности, неравномерной консистенции, подвижная, безболезненная. С обеих сторон в области придатков определяются образования 6х6, 6х8 см., эластичной консистенции, безболезненные, подвижные. Своды глубокие, параметрии свободные.

1. Предварительный диагноз?

2. Тактика ведения?

3. Дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Прогноз в отношении репродуктивной функции?

**Задача №5**.

Больная Л., 60 лет, менопауза 10 лет. При УЗ исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 4-5 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**1. Занятие № 13**

**Тема: «Современные принципы диагностики и лечения трофобластической болезни».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3.Значение изучения темы**: Современная концепция трофобластической болезни (ТБ) позволяет рассматривать простой, пролиферирующий, инвазивный пузырный занос (ПЗ) и хориокарциному (ХК) как последовательную цепь биологически взаимосвязанных заболеваний.

ТБ – сравнительно редкое заболевание, судить о истинной частоте трудно, потому что приводятся только госпитальные данные. Общая заболеваемость в мире, вероятно, может достигать 150 000 наблюдений в год. Эксперты ВОЗ полагают, что один ПЗ приходится на 1000 родов, а у 2 женщин из 100 000 после родов или аборта возникает ХК.

Возраст больных ТБ от 20 до 40 лет, реже до 20 лет и после 40 лет.

Наиболее часто патология трофобласта встречается в Азии, заболеваемость в европейских странах в 30-40 раз ниже. Так, в Индии:

1 ПЗ приходится на 228 беременностей;

1 инвазивный ПЗ – 606 беременностей;

1 ХК – 953 –995 беременностей.

**4. Цели обучения:**

**Общая цель:**использовать теоретические знания по вопросу современных и наиболее рациональных методов лечения трофоблатической болезни.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**Учебная цель**:

обучающийся должен знать:

- принципы планирования лечения трофоблатической болезни в зависимости от гистотипа опухоли и возраста больной

- морфологическую классификацию трофоблатической болезни ВОЗ.

- алгоритм обследования

обучающийся должен уметь:

- использовать теоретические знания по проблеме

- провести0 дифференциальную диагностику.

обучающийся должен владеть:

- хирургическими методами лечения трофоблатической болезни.

- вопросами реабилитации репродуктивной функции после химитерапевтического лечения трофоблатической болезни .

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

1. Клиническая симптоматика, диагностика и методы лечения трофобластической болезни.

2. Современная концепцию трофобластической болезни.

3. Эпидемиологи и факторы риска.

4. Морфологическая классификация трофобластической болезни (ВОЗ):

5. Прогностические факторы риска и метастазирование трофобластической болезни (ТБ).

6. Классификация хориокарциномы по стадиям ТNМ и группировка по стадиям.

7. Дифференциальная диагностика хориокарциномы с:

• самопроизвольным абортом,

• внематочной беременностью,

• миомой матки, раком шейки матки,

• раком эндометрия.

8. Методы диагностики трофобластической болезни:

9.Современные принципы лечения пузырного заноса и хориокарциномы.

**5.2. Основные понятия и положения темы**:

Современная концепция трофобластической болезни (ТБ) позволяет рассматривать простой, пролиферирующий, инвазивный пузырный занос (ПЗ) и хориокарциному (ХК) как последовательную цепь биологически взаимосвязанных заболеваний.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ТБ – сравнительно редкое заболевание, судить о истинной частоте трудно, потому что приводятся только госпитальные данные. Общая заболеваемость в мире, вероятно, может достигать 150 000 наблюдений в год. Эксперты ВОЗ полагают, что один ПЗ приходится на 1000 родов, а у 2 женщин из 100 000 после родов или аборта возникает ХК.

Возраст больных ТБ от 20 до 40 лет, реже до 20 лет и после 40 лет.

Наиболее часто патология трофобласта встречается в Азии, заболеваемость в европейских странах в 30-40 раз ниже. Так, в Индии:

1 ПЗ приходится на 228 беременностей;

1 инвазивный ПЗ – 606 беременностей;

1 ХК – 953 –995 беременностей.

Увеличение заболеваемости ТБ в развивающихся странах Азии связано с высокой фертильностью, большим числом беременностей с короткими интервалами между ними, что сопровождается иммунодефицитным состоянием.

ФАКТОРЫ РИСКА

1. Недостаток каротина в пище;

2. Дефицит витамина А;

3. Возраст беременной выше 35 лет в 2 раза повышает риск полного ПЗ, после 40 – в 7,5 раза.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ

Пузырный занос (ПЗ) – имеет 2 разновидности: полный и частичный. Общими морфологическими признаками для обеих форм являются отек отдельных или всех ворсин и гиперплазия трофобласта.

Полный ПЗ характеризуется:

1. Отсутствием плода;

2. Выраженным отеком и увеличением плацентарных ворсин;

3. Отчетливой гиперплазией обоих слоев трофобласта;

4. Утратой васкуляризации материнской соединительной ткани за счет сдавления центральной цистерной сформированной из отечных ворсин.

Частичный ПЗ:

1. Наличием плода с тенденцией к ранней гибели;

2. Частичным отек ворсин плаценты с образованием цистерны;

3. Частичной гиперплазией трофобласта (обычно только синцитиотрофобласта);

4. Наличием части неповрежденных ворсин;

5. Исчезновением васкуляризации ворсин вслед за гибелью плода.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

1. Длительность латентного периода более 4 месяцев;

2. Длительность клинических симптомов свыше 6 месяцев;

3. Роды, как исход предшествующей беременности;

4. Размеры матки, соответствующие 7-недельной беременности к началу лечения;

5. Наличие метастазов и их локализация;

6. Титр ХГ в моче 100 000 МЕ/л и более к началу лечения.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Удаление ПЗ производят с помощью вакуум-аспирации вне зависимости от величины матки.

2. Динамическое наблюдение за уровнем ХГ сыворотки крови (нормализация должна произойти в сроки 6-8 нед., иногда до 16 нед).

3. При выявлении повышения или стабилизации уровня ХГ в сыворотке крови при 2-ух повторных исследованиях в течение 3 нед. После эвакуации ПЗ проводят УЗИ бр.полости и м/таза и R-легких.

4. При отсутствии признаков болезни (по данным обследования) определяют уровень ХГ крови 1 раз в 2 нед. до нормализации показателей.

5. Последующее наблюдение осуществляют на основании определения уровня ХГ через каждые 6 нед. первые 6 мес., затем через каждые 8 нед. в последующие 6 мес. Рекомендуется ведение менограммы и предохранение от беременности в течение 1 года после нормализации ХГ. На 2 году после эвакуации ПЗ уровень ХГ определяют 1раз в 4 мес., 3 и 4 год – 1 раз в год.

6. При повторном выявлении стабилизации или повышения уровня ХГ и отсутствия других проявлений болезни (повторно УЗИ и R-легких) больным с низким риском резистентности назначают ХТ.

7. При первичном выявлении стабилизации или повышения уровня ХГ после эвакуации ПЗ и наличии других признаков болезни (данные УЗИ и R-легких) рекомендуется проведение ХТ в соответствии с оценкой риска по шкале ВОЗ.

8. При метастазах в головной мозг следует проводить облучение головного мозга по схеме: на весь головной мозг – при разовых дозах 2-3 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 30 Гр и локальными полями на опухолевый очаг при разовой дозе 2 Гр до суммарной дозы 10 Гр. При проведении облучения с целью предотвращения или уменьшения отека головного мозга необходимо проводить дегидратационную терапию.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

1. Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:

а) хорионического гонадотропина

б) трофобластического -глобулина

в) хорионического соматотропина

г) верно а и б

д) всего перечисленного

2. Наиболее часто хориокарцинома возникает после

а) абортов

б) пузырного заноса

в) нормальных родов

г) преждевременных родов

д) после 40 лет

3. Патогенетические варианты хориокарциномы

а) хориокарцинома после нормальной беременности

б) хориокарцинома после патологической беременности

в) хориокарцинома в постменопаузе

г) верно а и г

д) верно все перечисленное

4. Наличие лютеиновых кист у больных хориокарциномой матки влияет на прогноз

а) благоприятно

б) не благоприятно

в) не имеет влияния

г) неизвестно

д) нет правильного ответа

5. Химиотерапия у больных после удаления пузырного заноса

а) не рекомендуется

б) обязательно

в) зависит от морфологической картины

г) на усмотрение врача, в зависимости от клинических и лабораторных данных

д) не имеет значения

6. Больным с хориокарциномой в зависимости от распространенности процесса целесообразно проводить

а) монохимиотерапию

б) полихимиотерапия

в) противовоспалительную терапию

г) верно а и б

д) все перечисленное

7. Международная классификация по системе TNM обозначает 1) T-опухоль (тумор) 2) N-регионарные лимфатические узлы таза 3) М-отдаленные метастазы 4) G-дифференцировка опухоли

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8. В классификации по стадиям TNM используются дополнительные символы 1) G-степень дифференцировки 2) C-большой фактор надежности 3) r-для классификации рецидивов 4) f-для обозначения принадлежности к женскому организму

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9. Под трофобластической болезнью матки подразумевают 1) пузырный занос 2) инвазивный пузырный занос 3) хориокарциному 4) трофобластическую опухоль плацентарного места

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. В диагностике трофобластической болезни используется метод исследования 1) ультразвуковой 2) рентгенологический 3) гистологический 4) лабораторный (определение хорионического гонадотропина)

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

**Задача № 1**

Больная 32-х лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на слабость, умеренные кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе год назад искусственное прерывание беременности при сроке 12 недель в связи с пузырным заносом. В послеоперационном периоде лечение не проводилось, больная к врачу не обращалась. При осмотре: кожные покровы бледные, гемоглобин 104 г/л, пульс 76 уд/мин. Живот не вздут, мягкий безболезненный. При консультации гинеколога высказано предположение о наличии у больной хориокарциномы.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?

3. Хориокарцинома наиболее часто развивается после чего?

4. Локализация метастазов хориокарциномы матки?

5. Основной метод лечения хориокарциномы?

**Задача №2**

Больная Л., 60 лет, менопауза 10 лет. При УЗ исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 4-5 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 3**

Больная В., 50 лет, менопауза 2 года. Планирует заместительную гормонотерапию в постменопаузе. При УЗ исследовании обнаружена толщина эндометрия 10 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**Задача № 4**

Больная 30 лет поступила в отделение с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, повышение температуры до 38,5. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4 дня, умеренные, безболезненные. Последние нормальные месячные в январе. Беременностей - 4, родов – 2, нормальных, 2 артифициальных аборта. В феврале этого года был пузырный занос. Считает себя больной с февраля, когда через неделю после выскабливания по поводу пузырного заноса появились кровянистые выделения, которые постепенно усилива¬лись. 10 марта была госпитализирована и ввиду обильного кровотечения, было произведено повторное выскабливание стенок полости матки. При гистологическом исследовании соскоба были обнаружены остатки элементов пузырного заноса. Выделения прекратились, больная была выписана. Через 10 дней вновь появились кровянистые выделения. С 18 мая температура повысилась до 38,5°, появилась слабость и больная госпитализирована в отделение. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые бледные с желтушным оттенком. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения из зева кровянистые в незначительном количестве. Слизистая шейки цианотична. На передней стенке влагалища в нижней трети имеется образование сине-багрового цвета 1x1,5 см. Наружный зев закрыт. Матка увеличена до 10 недель беременности, неравномерной консистенции, подвижная, безболезненная. С обеих сторон в области придатков определяются образования 6х6, 6х8 см., эластичной консистенции, безболезненные, подвижные. Своды глубокие, параметрии свободные.

1. Предварительный диагноз?

2. Тактика ведения?

3. Дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Прогноз в отношении репродуктивной функции?

**Задача №5**

Больная Л., 60 лет, менопауза 10 лет. При УЗ исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 4-5 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**6. Домашнее задание по теме занятия:**

**Вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

* Факторы риска травмы соседних органов.
* Какие могут быть осложнения при гинекологических операциях.
* Методы диагностики травмы мочевого пузыря, мочеточника.
* Что такое фистулография и её диагностические возможности.
* Значение цистоскопии и экскреторной урографии при диагностики травм мочевыводящих путей.
* Тактика гинеколога при интраоперациооной травме мочевого пузыря.
* Тактика гинеколога при интраоперационной травме кишечника.
* Профилактика интраоперационных осложнений.

**Тестовые задания**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

1.К факторам риска травмы мочевого пузыря относятся:

1. Первое вхождение в брюшную полость.
2. Хорошее знание анатомии передней брюшной стенки.
3. Переполненный мочевой пузырь.
4. Хорошее знание техники операции.
5. Повышенной артериальное давление.

2.Для травмы мочевого пузыря характерно:

1. Отсутствие подтекания мочи из влагалища.
2. Отсутствие гематурии.
3. Нормальня температура.
4. Нормальные показания анализа мочи.
5. Наличие гематурии.

3.Тактика врача при мочеполовом свище:

1. Физиотерапия.
2. Консультация уролога.
3. Консультация эндокринолога.
4. Применение антибиотиков.
5. Применение мочегонных.

4.Тактика врача при прямокишечном свище:

1. Физиотерапия.
2. Консультация хирурга.
3. Консультация уролога.
4. Применение антибиотиков.
5. Применение мочегонных.

5.Для травмы кишечника характерно:

1. Гематурия.
2. Гипотермия.
3. Раннее начало перитонита.
4. Гипертония.
5. Запоры.

6.К факторам риска травмы мочевого пузыря относятся:

1. Первое вхождение в брюшную полость.
2. Хорошее знание анатомии передней брюшной стенки.
3. Переполненный мочевой пузырь.
4. Хорошее знание техники операции.
5. Повышенной артериальное давление.

7.Для травмы мочевого пузыря характерно:

1. Отсутствие подтекания мочи из влагалища.
2. Отсутствие гематурии.
3. Нормальня температура.
4. Нормальные показания анализа мочи.
5. Наличие гематурии.

8.Тактика врача при мочеполовом свище:

1. Физиотерапия.
2. Консультация уролога.
3. Консультация эндокринолога.
4. Применение антибиотиков.
5. Применение мочегонных.

9.Тактика врача при прямокишечном свище:

1. Физиотерапия.
2. Консультация уролога.
3. Консультация эндокринолога.
4. Применение антибиотиков.
5. Применение мочегонных.

10.Для травмы кишечника характерно:

1. Гематурия.
2. Гипотермия.
3. Раннее начало перитонита.
4. Гипертония.
5. Запоры.

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

**Задача №1**

Больная Н., 30 лет, поступила для оперативного лечения по поводу множественной миомы тела матки с перешеечной локализацией одного из узлов. В анамнезе: две операции кесарева сечения, послеоперационный период осложнился метроэндометритом, длительный фибрилитетом. Во время операции при отсепаровки пузырно-маточной складки при контроле мочи по постоянному катетеру обнаружена гематурия.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Причина возникшего осложнения?
3. Какой диагностический прием целесообразно применить в данной ситуации?
4. Тактика врача-гинеколога во время операции?
5. Особенности ведения послеоперационного периода?

**Задача №2**

Больная К., 38 лет, оперирована по поводу распространенного наружного эндометриоза придатков матки и тазовой брюшины со спаечным процессом в малом тазу 3-4 ст. При выделении придатков матки из спаек произошло десерозирование петли толстого кишечника, примерно, на протяжении 5-6 см. Врач игнорировал данное осложнение. В послеоперационном периоде со вторых суток отмечался парез кишечника, повышение температуры, боли в животе. При осмотре: парез кишечника сохраняется, не смотря на применение Прозерина. Температура до 38.5, сохраняются боли, сухость во рту, перистальтика кишечника не прослушивается в анализе крови лейкоцитоз 18х10х9, палочкоядерный сдвиг до 12, СОЭ 50 мм/ч.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Предполагаемая причина возникшего осложнения?
3. Тактика врача-гинеколога?
4. Тактика хирурга?
5. Профилактика данного осложнения?

**Задача №3**

Больная Б, 68 лет, поступила для оперативного лечения по поводу неполного выпадения матки с цисторектоцеле. Во время операции при отсепаровки лоскута слизистой передней стенки влагалища отмечались технические сложности, в виде выраженной атрофии слизистой и рубцовых изменений. Проведено влагалищная экстирпация матки с передней и задней кольпорафией, леваторо- и перенеопластикой. При выведении мочи отмечалось умеренная гематурия после операции. Мочевой пузырь промыт раствором фурацилина, назначен Диценон, антибактериальная терапия. В послеоперационном периоде отмечалась субфибрильная температура. При осмотре: на кресле на восьмые сутки послеоперационого периода обнаружено обильное жидкое отделяемое соломенного цвета из влагалища.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Причина предполагаемого осложнения?
3. Какое обследование для подтверждения диагноза целесообразно?
4. К какому специалисту целесообразно направить больную?
5. Дальнейшая тактика лечения?

**Задача №4**

Больная Д, 25 лет поступила в гинекологическое отделения по поводу эндометриоидной кисты яичника. В анамнезе 2 лапаротомии: флегмонозный аппендицит, острая кишечная непроходимость. На операции в брюшной полости обнаружено множество плоскостных спаек между кишечником и передней брюшной стенкой, между петлями кишечника. При попытке разъединить спайки между петлями кишечника произошло десерозирование участка кишки на протяжении 2-3см. Врач-гинеколог самостоятельно восстановил целостность кишки. В послеоперационном периоде пациентка жаловалась на постоянные тупые боли в животе. При осмотре: язык сухой, обложен белым налётом, температура тела 38.8, при применении Прозерина парез кишечника сохраняется, в послеоперационном периоде стула не было, перистальтика кишечника не выслушивается. В анализах крови лейкоцитоз.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Предполагаемая причина возникшего осложнения?
3. Тактика врача-гинеколога?
4. Тактика хирурга?
5. Профилактика данного осложнения?

**Задача №5**

Больная Б, 75 лет, поступила для оперативного лечения по поводу полного выпадения матки. Во время операции при отсепаровки лоскута слизистой передней стенки влагалища отмечались технические сложности, в виде выраженной атрофии слизистой и рубцовых изменений. Проведено влагалищная экстирпация матки. При контроле мочи по катетеру, отмечается гематурия. Мочевой пузырь промыт раствором фурацилина, назначен Диценон, антибактериальная терапия. В послеоперационном периоде на 6 сутки больная жалуется на обильное жидкое отделяемое из влагалища соломенного цвета, субфебрильную температуру.

1. Предполагаемый диагноз?

2. Причина предполагаемого осложнения?

3. Какое обследование для подтверждения диагноза целесообразно?

4. К какому специалисту целесообразно направить больную?

5. Дальнейшая тактика лечения?

**1. Занятие № 14**

**Тема: «Методы функциональной диагностики менструального цикла. Тесты функциональной диагностики».**

**2. Форма организации занятия:**семинарское занятие.

**3.Значение изучения темы**: Знание этапов нейрогуморальной регуляции менструального цикла позволит на должном уровне проводить диагностику заболеваний встречающихся в гинекологической эндокринологии, в то время как владение основами интерпретации методов функциональной диагностики позволит проводить дифференциальную диагностику между наиболее часто встречающимися заболеваниями в гинекологической эндокринологии.

**4. Цели обучения:**

**-общая:** обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями:УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

**- учебная:**

обучающийся должен знать

- уровни регуляции менструального цикла и методы функциональной диагностики, как и функциональные пробы применяемые с целью выявления нарушений нейрогуморальной регуляции менструального цикла

обучающийся должен уметь

- Интерпретировать данные полученные в результате проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб для дальнейшей верификации уровня нарушения нейрогуморальной регуляции менструального цикла.

обучающийся должен владеть

- Техникой проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

- Тесты функциональной диагностики применимые в гинекологии?

- Назвать уровни регуляции менструального цикла?

-Второй уровень регуляции менструального цикла и его влияние на ниже лежащие структуры?

-Физиологическая продолжительность менструации?

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Функциональное состояние репродуктивной системы регулируется определенными связующими звеньями между составляющими ее подсистемами:  
а) длинной петлей между яичниками и ядрами гипоталамуса;  
б) длинной петлей между гормонами яичников и гипофизом;  
в) ультракороткой петлей между гонадотропин-рилизинг-гормоном и нейроцитами гипоталамуса. Взаимоотношения между этими подсистемами основаны на принципе обратной связи, которая имеет как отрицательный (взаимодействие типа «плюс—минус»), так и положительный (взаимодействие типа «плюс—плюс») характер. Гармоничность процессов, происходящих в репродуктивной системе, определяется: полноценностью гонадотропной стимуляции; нормальным функционированием яичников, особенно правильным протеканием процессов в граафовом пузырьке и формирующемся затем на его месте желтом теле; правильным взаимодействием периферического и центрального звеньев — обратной афферентацией.

Уровни регуляции менструального цикла:

1) Кора головного мозга

2) Гипоталамус

3) Гипофиз

4) Яичники

5) Органы мишени

Тесты функциональной диагностики

Феномен зрачка

Феномен папоротника (феномен арборизации)

Феномен растяжения шеечной слизи

Тест базальной (ректальной) температуры

Кольпоцитология (исследование отделяемого влагалища на гормональный фон)

Функциональные пробы

Пробы с гестагенами

Проба с эстрогенами и гестагенами

Проба с гонадотропином

Проба с кломифеном

Проба с дексаметазоном

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

- работа с историями болезни

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Основная триада жалоб гинекологических больных

1. Боли, тошнота, кровотечения
2. Бели, боли в пояснице, бесплодие
3. Повышение температуры тела, боли, бели
4. Боли, бели, кровотечения
5. Бели, кровотечения, бесплодие

2. Какие виды кольпоскопии существуют

1. Простая и расширенная
2. Сложная и простая
3. Двойная
4. Моно и биконтрастная
5. Все перечисленные

3.Для диагностики каких заболеваний показана пункция брюшной полости через задний свод влагалища

1. Прервавшаяся трубная беременность
2. Разрыв капсулы кистомы яичника
3. Апоплексия яичника
4. Перфорация пиосальпинкса
5. Все перечисленное

4.Какой наиболее благоприятный период для раздельного диагностического выскабливания стенок матки при гиперпластических процессах в эндометрии

1. 1 фаза менструального цикла
2. Перед менструацией
3. Середина менструального цикла
4. Сразу после менструации
5. Все перечисленное

5.Для диагностики каких заболеваний показана гистеросальпингография

1. Субмукозная миома матки
2. Трубное бесплодие
3. Аномалии развития матки
4. Аденомиоз
5. Все перечисленное

6.Какие эндоскопические методы диагностики вы знаете? Выберите неправильный ответ.

1. Кульдоскопия
2. УЗИ
3. Гистероскопия
4. Лапароскопия
5. Кольпоскопия

7.В каких случаях производится ректо-абдоминальное исследование?

1. Во всех при гинекологическом осмотре
2. У девственниц
3. При воспалении придатков матки
4. При миоме матки
5. При бесплодии

8.В каких случаях производится зондирование матки?

1. Перед раздельным диагностическим выскабливанием стенок матки
2. Перед введением ВМС
3. При диагностике атрезии цервикального канала
4. При диагностике субмукозной миомы матки
5. Во всех перечисленных

9.Форма шейки матки у нерожавших женщин?

1. Коническая
2. Бочкообразная
3. Цилиндрическая
4. Продолговатая
5. Шаровидная

10.Какой эпителий покрывает влагалищную часть шейки матки?

1. Цилиндрический
2. Кубический
3. Многослойный плоский
4. Призматический
5. Атипический

**Ситуационные задачи.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

# Задача № 1

Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

# Задача № 2

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

# Задача № 3

Пациентка 26 лет ,жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

**Задача №4**

Больная 50ет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

**Задача №5**

Больная 25лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1) Частота встречаемости СПКЯ.

2) Патогенез СПКЯ.

3) Клиническая картина СПКЯ.

4) Методы диагностики СПКЯ.

5) Лечение СПКЯ.

**Тесты**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. Положительная проба (малый тест) с дексаметазоном свидетельствует о том, что

а) источником гиперандрогении являются яичники

б) источником гиперандрогении являются надпочечники

в) гиперандрогения связана с аденомой гипофиза

г) гиперандрогения обусловлена кортикостеромой надпочечника

д) не представляет диагностической ценности

1. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты применяются с лечебной целью у больных

а) с гиперандрогенией, обусловленной склерокистозом яичников

б) с гиперандрогенией, обусловленной арренобластомой яичника

в) с адреногенитальным синдромом

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

1. Положительная проба с гестагенами для диагностики склерокистоза яичников заключается

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

1. Лечебно-диагностический эффект дексаметазона при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ

1. Лечебно-диагностический эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом

1. При выявлении адреногенитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать

а) с момента установления диагноза

б) после установления менструальной функции

в) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)

г) только после родов

д) время начала лечения не имеет значения

1. Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) более 5 лет

1. Гиперандрогения яичникового генеза часто сопровождается

а) гиперсекрецией ЛГ

б) повышением индекса ЛГ/ФСГ

в) умеренной гиперпролактинемией

г) верно а) и б)

д) всем перечисленным

1. Проба с дексаметазоном считается положительной, если в ответ на применение дексаметазона наблюдается следующее изменение уровня 17-кетостероидов в суточном количестве мочи

а) повышение на 50% и более

б) повышение на 10-20%

в) понижение на 10-20%

г) понижение на 50% и более

д) не изменяется

1. Применение дексаметазона с лечебной целью показано у больных 1) ссочетанной формой склерокистоза яичников 2) с адреногенитальным синдромом 3) с гиперандрогенией любого генеза 4) с арренобластомой яичника

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача № 1**

Пациентка К., 23 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Лечение?
  3. Какое дообследование целесообразно?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Профилактика?

**Задача № 2**

Пациентка К., 24 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Обследование?
  3. Лечение?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Показания для хирургического лечения?

**Задача №3**

Больная 28 лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

**Задача № 4**

Пациентка Л, 0года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Лечение?
3. Какое дообследование целесообразно?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Профилактика?

**Задача № 5**

Пациентка К., 27года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Обследование?
3. Лечение?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Показания для хирургического лечения?

**1. Занятие № 15**

**Тема: «Нарушения менструального цикла. Аменорея центрального генеза».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам лечения расстройств менструального цикла.

-УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12

**- учебная**:

знать основные методы лечения расстройств менструального цикла, принципы гормонального лечения

уметь выявлять показания и противопоказания к гормональной терапии

владеть способностью назначать гормональную терапию при расстройствах менструального цикла.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1). Какие методы применяются при лечении нарушений менструального цикла.

2). Основные принципы гормональной терапии.

3). Препараты выбора при нарушениях менструального цикла.

4). Какое значение имеет восстановление режима труда и отдыха у женщин репродуктивного возраста при нарушениях менструального цикла.

**5.2. Основные понятия и положения темы**

При назначении лечения нарушений менструального цикла врач отталкивается от причины его вызвавшей. И в каждом отдельном случае лечение будет подобрано индивидуально.

Чаще всего используются следующие методы лечения:

Коррекция режима работы и отдыха, с уклоном на уменьшение стрессов и нормализацию питания. Психотерапия, физиотерапия.Лечение основных не гинекологических заболеваний.Гормональная терапия. Лечение гормонами зависит от вида нарушения менструального цикла. Применяют препараты эстрогена и гестагенов (комбинированные препараты или монотерапия), гормоны щитовидной железы (левотироксин), глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон).Хирургические виды лечения применяют при опухолевых процессах, врожденных пороках развития женских половых органов, опухолях в ЦНС, макроаденоме гипофиза и некоторых других патологиях.

Кроме этого применяются следующие группы лекарственных средств:

Препараты, снимающие боль при менструациях: обезболивающие препараты (ибупрофен), спазмолитики (папаверин).

Препараты, снижающие выработку пролактина гипофизом (бромокриптин), экстракт плодов прутняка обыкновенного (Agnus сastus). Их используют при аменорее и предменструальном синдроме.

Противовоспалительные препараты, антибиотики (при инфекционных заболеваниях женской половой сферы). При назначении лечения нарушений менструального цикла врач отталкивается от причины его вызвавшей. И в каждом отдельном случае лечение будет подобрано индивидуально.

Чаще всего используются следующие методы лечения:

Коррекция режима работы и отдыха, с уклоном на уменьшение стрессов и нормализацию питания. Психотерапия, физиотерапия.

Лечение основных не гинекологических заболеваний.

Гормональная терапия. Лечение гормонами зависит от вида нарушения менструального цикла. Применяют препараты эстрогена и гестагенов (комбинированные препараты или монотерапия), гормоны щитовидной железы (левотироксин), глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон).

Хирургические виды лечения применяют при опухолевых процессах, врожденных пороках развития женских половых органов, опухолях в ЦНС, макроаденоме гипофиза и некоторых других патологиях.

Кроме этого применяются следующие группы лекарственных средств:

Препараты, снимающие боль при менструациях: обезболивающие препараты (ибупрофен), спазмолитики (папаверин).

Препараты, снижающие выработку пролактина гипофизом (бромокриптин), экстракт плодов прутняка обыкновенного (Agnus сastus). Их используют при аменорее и предменструальном синдроме.

Противовоспалительные препараты, антибиотики (при инфекционных заболеваниях женской половой сферы).

Гормональная терапия нарушений менструального цикла направлена на нормализацию нейрогормональных взаимоотношений, лежащих в основе клинических проявлений патологии. Основными принципами гормональной терапии являются замещение недостающей функции эндокринной железы при ее первичном нарушении (заместительная терапия) или стимуляция деятельности железы тройными гормонами, если патология является следствием нарушения регуляторных влияний (стимулирующая терапия). Однако это разделение на стимулирующую и заместительную терапию в значительной мере условно, так как заместительная терапия по отношению к одной железе может быть стимулирующей к зависимой от нее железе.

Для гормональной терапии нарушений менструального цикла имеются определенные схемы, которые могут быть положены в основу лечения. Однако схема отражает только основной принцип лечения, который в каждом конкретном случае должен быть индивидуализирован.

1.Заместительная терапия.

Заместительная терапия показана при первичном понижении деятельности яичников (гипоплазия яичников), вызывающем аменорею II степени, или после кастрации.

Создание маточного менструального цикла является вариантом заместительной терапии. При выраженной гипоплазии матки и отсутствии достаточной пролиферации эндометрия с помощью эстрогенов и прогестерона можно воспроизвести эндометриальный цикл, т. е. создать выраженную пролиферацию эндометрия до состояния, соответствующего средней фолликулиновой фазе цикла, а затем получить путем введения прогестерона секреторные преобразования. Кроме того, периодическое введение гормонов в определенном ритме (если гипоплазия яичников вызвана нарушением регуляторных влияний) изменяет функциональное состояние гипоталамо-гипофизарной системы и приводит к дальнейшему самостоятельному налаживанию пускового механизма менструального цикла.

Циклическая заместительная терапия должна проводиться не менее 3-5 циклов подряд.

2.Стимулирующая терапия.

Стимулирующая терапия имеет целью налаживание овуляторного менструального цикла. Она применяется в тех случаях, когда аменорея и другие нарушения цикла являются следствием регуляторных влияний, и неэффективна при поражении паренхимы яичников.

Стимулирующая терапия может быть направлена на: а) восстановление функции яичников введением гонадотропных гормонов; б) восстановление функции гипоталамических центров, регулирующих деятельность гипофиза, что достигается введением ударных доз эстрогенов и прогестерона, введением препаратов нестероидной природы типа кломифена.

3.Лечение гонадотропинами.

Принцип лечения гонадотропными гормонами заключается в том, чтобы вызвать созревание фолликулов яичника при помощи фолликулостимулирующего гормона, а затем создать фазу желтого тела лютеинизирующим гормоном. В ряде случаев, например, при некоторых ановуляторных циклах, когда имеется достаточный рост и развитие фолликулов, рекомендуется проводить лечение только препаратами с лютеинизирующим действием, в качестве которых используется хорионический гонадотропин (ХГ). ХГ рекомендуется вводить через день по 1500 ЕД с 12-го дня цикла 3-4 раза.

4.Лечение ударными дозами прогестерона и эстрогенов.

При отсутствии выраженной атрофии половых органов и, в частности атрофии эндометрия, можно рекомендовать ударные дозы прогестерона и прогестерона с эстрогенами. При этом в следующих за лечением циклах может закрепиться правильная цикличность деятельности гипоталамических центров, достигнутая во время лечения. Ударные дозы прогестерона рекомендуются преимущественно при наличии нормального состояния половых органов при выраженных пролиферативных мазках, что является косвенным признаком пролиферации эндометрия и наличия достаточно развитых фолликулов. При наличии атрофических изменений в половых органах необходима предварительная эстрогенная терапия до возможно более высоких степеней пролиферации. Соотношение доз эстрогенов с прогестероном должно быть 1/20 или 1/30.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.К тестам функциональной диагностики относятся все нижеперечисленные, кроме:

а)кариопикнотический индекс (КПИ);

б)симптом «зрачка»;

в)измерение базальной температуры;

г)проба с гестагенами;

д)симптом папоротника.

2. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:

1. двухфазность менструального цикла;
2. уровень эстрогенной насыщенности организма;
3. наличие овуляции;
4. полноценность лютеиновой фазы цикла;
5. все перечисленное.

3. Кариопикнотический индекс – это процентное отношение:

1. эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
2. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке;
3. базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
4. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам;
5. ничто из перечисленного.

4. Тест базальной температуры основан:

а)на воздействии эстрогенов на гипоталамус;

б)на влиянии простагландинов на гипоталамус;

в)на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса;

г)ни на чем из перечисленного.

д)все верно

5. Тест функциональной диагностики, указывающий на гиперэстрогению:

1. длина растяжения цервикальной слизи 2-3 см;
2. базальная температура тела 37ºС;
3. кариопикнотический индекс 50-60% и более;\*
4. атрофический эндометрий.
5. нет верного ответа

6. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует:

а)повышение базальной температуры в первую фазу цикла;

б)повышенпролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла;

в)симптом «зрачка» (+ + +).

г)все перечисленное

д)ничего из перечисленного

7. Монотонная кривая базальной температуры характерна:

а)для двухфазного менструального цикла;

б)для двухфазного менструального цикла с укорочением в)лютеиновой фазы до 5 дней;

г)для ановуляторного менструального цикла;

д)ни для чего из перечисленного;

е)для всего перечисленного.

8. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при 28-дневном менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее:

1. 4-6 дней;
2. 6-8 дней;
3. 8-10 дней;
4. 10-12 дней.
5. нет верного ответа

9. Положительный симптом «зрачка» в течение всего менструального цикла свидетельствует:

а)о наличии гиперандрогении;

б)об укорочении II фазы цикла;

в)о наличии ановуляторного цикла;

г)обо всем перечисленном;

д)ни о чем из перечисленного.

10. Для ановуляторного менструального цикла характерно:

1. циклические изменения в организме;
2. длительная персистенция фолликула;
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла;
4. преобладание гестагенов в первой фазе цикла.
5. нет верного ответ

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача№1**

У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации через 28 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Существует ли альтернативный метод остановки кровотечения у девушек-подростков?

**Задача№2**

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача№3**

Больная, 21 год, обратилась к врачу гинекологу с жалобами на не регулярные менструации с задержками от 1 до 6 мес., рост волос на лице, вокруг сосков на грудных железах, на передней брюшной стенке и нижних конечностях. Живет половой жизнью 2 года не предохраняясь, беременность не наступала. Муж обследован - здоров. Принимала гормональное лечение - эффект отсутствовал.

При объективном исследовании рост волос по мужскому типу, конституция нормостеническая.

P.S.: Шейка матки чистая. Выделения молочные.

Р.V.: матка обычных размеров, яичники с обеих сторон увеличены 3х4 см. безболезненны при исследовании.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача № 4**

У пациентки Д., 44 лет, через 2 недели после операции экстирпации матки с придатками по поводу распространенного наружно-внутреннего эндометриоза появились жалобы на слабость, частые смены настроения, приливы жара до 20 раз в сутки, плохой сон, подавленное настроение. Обратилась к гинекологу в ж/к..

Соматические заболевания в анамнезе отрицает. При гинекологическом осмотре: наружные гениталии без особенностей. Влагалище в виде слепого мешка, слизистая влагалища без воспалительных явлений. Матка и придатки отсутствуют. Инфильтратов нет. Выделения слизистые, очень скудные.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?

2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?

3. Необходимо ли дополнительное обследование?

4. Лечение?

5. Каков прогноз течения заболевания и профилактика?

**Задача № 5**

Женщина, 26 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструаций на 6 месяцев, которые до этого были регулярными.

1)Диагноз?

2)Тактика врача?

3) Будет ли необходимо лечение

4)Дифференциальный диагноз

5) необходимо ли хирургическое лечение?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. Алгоритм ведения пациентки в перименопаузе.
2. Противопоказания к проведению ЗГТ
3. Особые обстоятельства при назначении ЗГТ.
4. Особые показания для назначения парентеральной ЗГТ.
5. “Новые показания” к заместительной гормональной терапии.
6. Стратегия заместительной гормональной терапии.
7. Краткосрочные показания к проведению ЗГТ
8. Долговременные показания к проведению ЗГТ
9. Профилактическое применение ЗГТ
10. Выбор оптимального режима ЗГТ.
11. Условия выбора режима ЗГТ.
12. Режимы ЗГТ: непрерывный, циклический.
13. Выбор оптимальной дозы эстрогенов.
14. Показания к низкодозированной ЗГТ.
15. Динамический мониторинг в процессе ЗГТ.
16. Особенности ЗГТ при различных вариантах климактерического синдрома.
17. Общие принципы заместительной гормональной терапии.

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Главным эстрогенным гормоном в организме женщины в периоде постменопаузы является

а) эстрадиол

б) эстрон

в) эстриол

г) эстрадиол-дипропионат

д) нет верного ответа

2.При длительности постменопаузы 2,5 года какой режим ЗГТ является оптимальным

а) циклический

б) непрерывный

в) монокомпонентный

г) комбинированный

д) нет верного ответа

3.В случае удаления матки по поводу аденомиоза какой режим гормонотерапии является оптимальным: 1)циклический; 2)непрерывный; 3)монокомпонентный; 4)комбинированный

а) 1,4

б) 2,4

в) 3,2

г) 2

д) нет верного ответа

4.Противопоказаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью является 1) фиброзно-кистозная мастопатия молочных желез 2) миома матки 3) эндометриоз 4) рак матки

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является 1) проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза 2) терапия, направленная на подавление функции яичников 3)лечение сопутствующей соматической патологии 4)проведение циклической гормональной терапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6.Для корригирующей терапии у больных с ДМК климактерического периода применяется 1) метилтестостерон 2) норколут 3) тестостерон-пропионат 4) эстрадиол-дипропионат

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7.Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются 1) гипофункция яичников 2) ложный мужской гермафродитизм у больной с женским гражданским полом 3) синдром Шерешевского - Тернера 4) гипофизарный нанизм

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно 1) сухость слизистых 2) боли в области сердца 3) остеопороз 4) ларингит

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Для атипичной формы климактерического синдрома характерно 1) симпато-адреналовые кризы 2)трансформированный предменструальный синдром 3)тяжелое течение бронхиальной астмы 4) тяжелое течение сахарного диабета

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.При лечении больных с климактерическим синдромом применяют 1) бальнеотерапию 2) витамины А и Е 3) шейно-лицевую гальванизацию 4) парлодел

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача №1**

Л. 50 лет, менопауза 2 года. Планирует заместительную гормональную терапию в постменопаузе. При УЗ исследовании обнаружена толщина эндометрия 3 мм.

1.Показано ли диагностическое выскабливание полости матки

2.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3.Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4.Какие препараты используют для ЗГТ

5.Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Задача №2**

Л. 56 лет, менопауза 10 лет. При УЗ-исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 5 мм.

1. Является ли такая толщина эндометрия патологией?
2. Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?
3. Показано ли РДВПМ?
4. Показано ли контроль УЗИ 3 месяца?
5. Ни чего не делать?

**Задача №3**

Л. 55 лет, менопауза 2 года. Гинекологические заболевания не обнаружены. Планирует заместительную гормональную терапию. Противопоказаний нет.

1.Показано ли диагностическое выскабливание полости матки перед ЗГТ?

2.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3.Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4.Какие препараты используют для ЗГТ

5.Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Задача №4**

Л. 50 лет, менопауза 1 год. Планирует заместительную гормональную терапию в постменопаузе. При УЗ-исследовании обнаружена миома матки – одиночный интрамуральный узел 2 см в диаметре.

1.Показано ли диагностическое выскабливание полости матки?

2.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3.Какие обследования необходимо провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4.Какой препарат для ЗГТ будет предпочтительнее в данном случае?

5.Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Задача №5**

Л. 50 лет, менопауза хирургическая, матка и придатки удалены по поводу миомы. Планирует заместительную гормональную терапию.

1.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

2.Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

3.Какие препараты будут преимуществом в данном случае?

4.Контроль каких анализов необходимо проводить в данном случае в динамике?

5 На какой срок назначите препарат?

**1.Занятие № 16**

**Тема: « Патогенез, клиника, диагностика яичниковой формы аменореи. Патогенез, клиника, диагностика маточной формы аменореи»**

**2.Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3.Значение изучения темы:**Частота аменореив последние годы увеличивается по ряду причин: влияние стрессовых факторов, психоэмоциональные перегрузки, чрезмерные физические нагрузки во время занятий спортом или танцами в подростковом возрасте, значительные колебания массы тела, нерациональное использование гормональных препаратов и др. У женщин, имеющих в анамнезе аменорею, чаще, чем в популяции, выявляют эндокринное бесплодие, привычную потерю беременности, аденокарциному эндометрия, рак молочных желёз, атеросклероз и остеопороз.

**4.Цели обучения:**

**- общая**: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

**-учебная**: обучающийся должен

знатьосновные клинические формы аменорей,

уметьсобрать жалобы и гинекологический анамнез, оценить менструальный календарь, проводить, читать и оценить тесты функциональной диагностики,

владетьсовременными методами диагностики и лечения аменореи.

**5. План изучения темы**

**5.1 Контроль исходного уровня знаний**

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1). Клинические формы нарушений менструальной функции.

2). Аменорея первичная, вторичная.

3). Формы первичной яичниковой аменореи.

4). Обследование пациенток с аменореей.

5). Вторичная яичниковая аменорея. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

6). Синдром Шерешевского-Тернера. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

7). Причины маточной формы аменореи. Клиника. Лечение.

**5.2 Основные понятия и положения темы**

**Аменорея – отсутствие менструаций,** может быть физиологической и патологической. Патологическая аменорея может быть первичной и вторичной.

**Первичная** аменорея – отсутствие менархе у девушек в 16 лет при нормальном и своевременном развитии вторичных половых признаков.

Первичная аменорея может быть выявлена и в 14 лет при условии отсутствия развития вторичных половых признаков.

**Вторичная** аменорея – прекращение менструаций у женщин репродуктивного возраста на 6 и более месяцев.

**Клиническая классификация аменорей**(В.П.Сметник**,** Л.Г.Тумилович**,** 2005):

Первичная аменорея с задержкой или отсутствием полового развития

1. Пороки развития гонад

1.1.Дисгенезия гонад

2. Функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарной системы

2.1.Конституциональная задержка полового развития

2.2.Изолированный гипогонадизм

3. Органические нарушения гипоталамо-гипофизарной системы

3.1.Ольфактогенитальная дисплазия

3.2.Опухоли гипоталамуса и гипофиза

***Первичная аменорея без задержки полового развития***

1. Пороки развития влагалища и матки

1.1.Гинатрезии

1.2.Аплазия матки

Вторичная аменорея

1. Маточные формы

2. Яичниковые формы

2.1. Синдром резистентных яичников

2.2. Синдром истощения яичников

2.3. Аутоиммунные поражения яичников

2.4. Ятрогенные нарушения функции яичников

3. Функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарной системы

3.1. Аменорея на фоне потери массы тела

3.2. Психогенная аменорея

3.3. Аменорея спортсменок

3.4. Синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза (ятрогенная форма)

4. Органические нарушения гипоталамо-гипофизарной системы

4.1. Синдром «пустого» турецкого седла

4.2. Послеродовой гипопитуитаризм

**5.3.Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4.Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания по теме**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Что такое меноррагия?

А) Регулярные обильные менструации длительностью более 7 дней

Б) Нерегулярные менструации

В) Отсутствие менструации

Г) Болезненные менструации

Д) Редкие менструации, наступающие через 37 дней и более

2.Пациентки с физиологической аменореей нуждаются в

А)индукции овуляции

Б)циклической витаминотерапии

В)циклической гормонотерапии

Г)психотерапии

Д)в лечении не нуждаются

3.Что такое аменорея?

А) Короткие менструации

Б)Редкие менструации

В)Скудные менструации

Г)Отсутствие менструаций

Д)Болезненные менструации

4. Для клиники синдрома Шерешевского-Тернера характерно все, кроме

А)низкого роста

Б)гипоплазии наружных половых органов

В)первичной аменореи

Г)рецидивирующих маточных кровотечений

Д)крыловидных складок кожи на шее

5. Что такое персистенция фолликула?

## А)Отсутствие овуляции

Б)Длительное существование зрелого фолликула

В)Длительное существование желтого тела

Г)Начало развития фолликула

Д)Разрыв зрелого фолликула

6. Диагноз синдрома поликистозных яичников ставится на основании следующих признаков

А)клинические, включая гормональные данные

Б)ультразвуковые

В)лапароскопические

Г)патоморфологические

Д)нет верного ответа

7.Прогестеронова проба при аменорее позволяет оценить

А)функцию желтого тела

Б)концентрацию в крови ФСГ и ЛГ.

В)наличие или отсутствия эндометрия в полости матки

Г)уровень эстрогенной насыщенности

Д)нет верного ответа

8.Важнейшими элементами патогенеза ПКЯ являются

А)нарушение секреции релизинг-гормона ЛГ в гипоталамусе

Б)нарушение выделения в гипофизе гонадотропных гормонов

В)нарушение фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках

Г)избыточное образование андрогенов в яичниках

Д)нет верного ответа

9.Причинами хронической ановуляции и аменореи являются

А)повышение уровня пролактина

Б)нарушение секреции андрогенов

В)гипоталамо-гипофизарная недостаточность или дисфункция

Г)синдром резистентных яичников

Д)все перечисленное в пунктах А), Б), В), Г)

10.При нормопонирующем двуфазном менструальном цикле симптом арборизации цервикальной слизи (+ - -) соответствует

А) 4-му дню менструального цикла

Б) 7-му дню менструального цикла

В) 10-му дню менструального цикла

Г) 13-му дню менструального цикла

Д) 16-му дню менструального цикла

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача № 1**

У пациентки Д., 44 лет, через 2 недели после операции экстирпации матки с придатками по поводу распространенного наружно-внутреннего эндометриоза появились жалобы на слабость, частые смены настроения, приливы жара до 20 раз в сутки, плохой сон, подавленное настроение. Обратилась к гинекологу в ж/к..

Соматические заболевания в анамнезе отрицает. При гинекологическом осмотре: наружные гениталии без особенностей. Влагалище в виде слепого мешка, слизистая влагалища без воспалительных явлений. Матка и придатки отсутствуют. Инфильтратов нет. Выделения слизистые, очень скудные.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?
2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?
3. Необходимо ли дополнительное обследование?
4. Лечение?
5. Каков прогноз течения заболевания и профилактика?

**Задача №2**

Женщина, 26 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструаций на 6 месяцев, которые до этого были регулярными.

1) Диагноз?

2) Тактика врача?

3) Будет ли необходимо лечение

4) Дифференциальный диагноз

5) необходимо ли хирургическое лечение?

**Задача № 3.**

На приемк врачу обратилась девочка в возрасте 12 лет, с жалобамина распирающие боли внизу живота, головокружение, слабость. Оволосение по женскому типу, вход во влагалище закрыт  
тонкой перегородкой, через которую просвечивается гемолизированная кровь.

1) Диагноз?

2) Тактика врача?

3) Будет ли необходимо лечение

4) Дифференциальный диагноз

5) необходимо ли хирургическое лечение?

**Задача № 4**

В женскую консультацию обратилась больная 24 лет с жалобами на отсутствие месячных в течение 7 месяцев, повышенный рост волос на лице и туловище, бесплодие. Менструации с 16 лет, нерегулярные, по 3 - 4 дня, безболезненные, скудные. Последняя менструация 7 месяцев назад. Половая жизнь с 22 лет, в браке. Беременностей – 0, от беременности не предохранялась. Больная повышенного питания. На лице, бёдрах, по белой линии живота усиленный рост волос.

Наружные половые органы развиты правильно.

Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения серозные.

Тело матки нормальной величины, плотное, безболезненное, подвижное. В области придатков с обеих сторон определяются увеличенные, плотные яичники. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?

2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?

3. Необходимо ли дополнительное обследование?

4. Лечение?

5. Каков прогноз течения заболевания и профилактика?

**Задача № 5**

Больная 18 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструаций. Родилась недоношенным ребёнком с массой 1500 кг. Менструации не было ни одного раза. Половой жизнью не живёт.

Больная ростом 152 см., диспропорционального телосложения, грудная клетка бочкообразной формы, деформация ушных раковин, низкий рост волос, крыловидная складка на шее. Молочные железы не развиты, рост волос на лобке и в подмышечных впадинах скудный. Живот мягкий, безболезненный.

Тело матки рудиментарное 1,5 х 1,0 см., плотное, придатки не определяются.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?

2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?

3. Необходимо ли дополнительное обследование?

4. Лечение?

5. Необходимо ли хирургическое лечение?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1). Клинические формы нарушений менструальной функции.

2). Дисменорея первичная. Клиника. Диагностика. Лечение.

3). Дисменорея вторичная. Клиника. Диагностика. Лечение.

4). Олигоменорея. Клиника. Диагностика.

5). Аменорея первичная, вторичная.

6). Клиническая классификация аменорей.

7). Обследование пациенток с аменореей.

8). Синдром Шихана. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

9). Синдром Киари-Фроммеля. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

10).Синдром Форбса-Олбрайта. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

11).Синдром Шерешевского-Тернера. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

12).Тестикулярная феминизация. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Что такое меноррагия?

1. Регулярные обильные менструации длительностью более 7 дней
2. Нерегулярные менструации
3. Отсутствие менструации
4. Болезненные менструации
5. Редкие менструации, наступающие через 36 дней и более

2.Что такое персистенция фолликула?

1. Отсутствие овуляции
2. Длительное существование зрелого фолликула
3. Длительное существование желтого тела
4. Начало развития фолликула
5. Разрыв зрелого фолликула

3.Морфологическая характеристика эндометрия при длительной персистенции фолликула?

1. Атрофический эндометрий
2. Ранняя пролиферативная фаза эндометрия
3. Секреторная фаза эндометрия
4. Железистая гиперплазия эндометрия
5. Все перечисленное

4.Какая лечебно-диагностическая операция производится при кровотечении в климактерии?

1. Гистеросальпингография
2. Лапароскопия
3. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки с последующимгистологическим исследованием полученного соскоба
4. Тотальная гистерэктомия с придатками с последующим гистологическимисследованием удалённого препарата
5. Сальпингоовариэктомия

5.Какой из перечисленных методов следует применить при лечении дисфункционального маточного кровотечения, начавшегося впервые у женщины в перименопаузальном периоде?

1. Гормонотерапия
2. Сокращающие матку средства
3. Лучевая терапия
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии
5. Фитотерапия

6.Какая фаза маточного цикла выпадает при длительной персистенции фолликула?

1. Десквамации
2. Регенерации
3. Пролиферации
4. Секреции
5. Все перечисленное

7.Каково состояние гормонального фона при длительной персистенции фолликула?

1. Гипоэстрогения
2. Нормоэстрогения
3. Гиперэстрогения
4. Полное отсутствие содержания эстрогенов
5. Все перечисленное

8.Выберите основную причину дисфункциональных маточных кровотечений

1. Полипы эндометрия
2. Миома матки
3. Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы
4. Эндоцервицит
5. Системная красная волчанка

9.Какая базальная температура характерна для недостаточности желтого тела?

1. Постоянно повышенная
2. Постоянно низкая
3. Гипертермическая фаза 14 дней
4. Гипертермическая фаза менее 10 дней
5. Гипертермическая фаза более 28 дней

10.Лечение дисфункционального маточного кровотечения в репродуктивном возрасте начинают с

1. утеротонических препаратов
2. гемостатических средств
3. противовоспалительного лечения
4. хирургического гемостаза
5. гормонального гемостаза

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача № 1**

Больная И. 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, б/б. Последняя менструация была год назад, последний год приходят через 2-3 месяца. Половая жизнь с 20 лет, брак первый, родов 2, абортов 2 без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, А/Д-115/75 мм.рт.ст. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологии нет. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки чистые,наружный зев щелевидын, из зева отходят кровянистые выделения.

Вагинально: НПО развиты правильно, оволосение по женскому типу, Влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, нар. зев закрыт. Матка немного больше нормы, округлой формы, в нормальном положении, плотной консистенции, б/б. Придатки не пальпируются, своды свободные. Выделения из шейки матки обильные.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача №2**

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца.

Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта.

Половая жизнь в браке, регулярная, без контрацепции.

При осмотре: АД 160/100 мм рт.ст., PS 68. ИМТ = 34. Acantosis nigricans (+).

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Клитор нормальных размеров. Слизистая входа во влагалище розовая, блестит, без воспалительных явлений.

PS. Шейка матки коническая, не эрозирована. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения.

PV. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача №3**

Больная 52 лет впервые обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 19 дней, которые начались после задержки menses на 4 месяца.

Из анамнеза: Трое срочных родов, б/о. Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь в браке, эпизодически, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача № 4**

Больная 29 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость. В детстве часто ОРВИ, в 16 лет тонзилэктомия. Менструации с 15 лет, установились через 6 месяцев, через 30 дней, по 6 дней, безболезненные. Последняя менструация 2 месяца назад. Половая жизнь с 24 лет, в браке. Беременность – 1, закончилась срочными родами. Последние пол года месячные нерегулярные (задержки до 2 – 3 месяцев). Данное кровотечение началось после 2 – х месячной задержки. Кожные покровы бледные. АД 115/70 мм. рт. ст., пульс 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно.Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения кровянистые, обильные. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача № 5**

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровотечение из половых путей. Детские инфекционные заболевания.

Менструации с 14 лет, установились сразу, через 29 дней, по 4 - 5 дней, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2 года назад. Половая жизнь с 25 лет, брак первый. Беременностей – 3, 2 из них закончились срочными родами, 1 – артифициальным абортом. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2 – 4 месяца. 15 дней назад у больной после 2 – х месячного отсутствия менструации началось кровотечение. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно.Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения кровянистые, обильные. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**1. Занятие № 17**

**Тема: «АМК. Определение, этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3.Значение изучения темы**: Актуальность изучения этой темы обусловлена высокой частотой этой патологии среди всех гинекологических заболеваний. Перед гинекологом часто встает задача диагностирования и лечения аномального маточного кровотечения (АМК). Жалобы на АМК составляют более трети всех предъявляемых при визите к гинекологу. Тот факт, что половиной показаний к гистерэктомии в Соединенных Штатах бывает АМК, указывает на то, какой серьезной может быть эта проблема.

Невозможность обнаружить какую-либо гистологическую патологию в 20% удаленных при гистерэктомии образцах свидетельствует о том, что причиной таких кровотечений могут стать потенциально излечимые гормональные или соматические состояния.

В репродуктивном возрасте АМК составляет 10 - 30%, в перименопаузе достигает 50%. АМК являются одной из основных причин железодефицитных анемий, снижают работоспособность и качество жизни женщин. АМК занимают 2-е место среди причин госпитализации женщин в гинекологические стационары, служат показанием для 2/3 производимых гистерэктомий и аблаций эндометрия.

Каждый гинеколог должен стремиться найти наиболее подходящий, экономически оправданный и успешный метод лечения АМК. Точная диагностика и адекватное лечение зависят от знания самых вероятных причин этой патологии.

**4. Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам аномальных маточных кровотечений, их диагностики, лечению, профилактики.

УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.

**- учебная:**

знать основные виды аномальных маточных кровотечений, диагностические и лечебные мероприятия

уметь интерпретировать данные клинико-лабораторных и инструментальных обследований

владеть консервативными и хирургическими методами лечения.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1). Параметры нормального менструального цикла. Клинические формы нарушений менструальной функции.

2). Классификация АМК

3). Этиология АМК (в соответствии с классификацией PALM-COEIN)

4). Возможные причины АМК по типу обильных менструальных кровотечений

5). Возможные причины АМК по типу межменструальных кровотечений

6). Методы обследования больных с АМК при подозрении на внутриматочную патологию

7). Методики обследование пациенток с АМК при подозрении на нарушение овуляции

8). Инструментальные методы обследования больных при АМК

9). Методики обследования больных с ОМК

10). Лечение больных с полипами эндометрия

11). Методы консервативного лечения АМК

12). Методы хирургического лечения АМК

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Аномальное[маточное кровотечение](https://meduniver.com/Medical/Neotlogka/431.html)(АМК) - маточное кровотечение, выходящее за пределы параметров нормальной менструации у женщин детородного возраста.

Нормальной менструацией (эуменореей) считают маточное кровотечение длительностью 4–8 дней, общей кровопотерей от 40 до 80 мл и частотой каждые 24-38 дней. Общий объем кровопотери за период нормальной менструации составляет не более 80 мл, хотя точный объем сложно определить клинически из-за большого содержания в менструальных выделениях отторгнутого слоя эндометрия. В нормальных менструальных выделениях отсутствуют видимые сгустки. Следовательно, АМК - любое маточное кровотечение, выходящее за рамки вышеизложенных параметров.

Причины возникновения.

Причины АМК имеют возрастные особенности.  У молодых девушек АМК чаще связаны с наследственными нарушениями системы гемостаза и инфекциями. Приблизительно 20% подростков и 10% женщин репродуктивного возраста с обильными менструациями  имеют  заболевания крови (коагулопатии), такие как болезнь Виллебранда, тромбоцитопения, реже острую лейкемию, а также заболевания печени.В репродуктивном возрасте среди причин АМК можно выделить органические нарушения эндо- и миометрия (субмукозная миома матки, аденомиоз, полипы, гиперплазия и рак эндометрия), а также неорганическая патология (нарушения свертывающей системы крови, внутриматочные устройства, хронический эндометрит, овуляторная дисфункция, прием лекарственных препаратов - некоторые антибиотики, антидепрессанты, тамоксифен, кортикостероиды). Во многих случаях причиной являются эндокринопатии и нервно-психическое напряжение (например, синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, гиперпролактинемия, ожирение, анорексия, резкая потеря веса или экстремальные спортивные тренировки). Кровотечения «прорыва» на фоне приема гормональных препаратов чаще наблюдаются у курящих женщин, что связывают со снижением уровней  стероидов в кровотоке из-за усиления их  метаболизма в печени.В перименопаузе АМК возникают на фоне ановуляции и различной органической патологии матки. С возрастом увеличивается вероятность злокачественных поражений эндо- и миометрия.

В 2010 г. Международной федерацией гинекологов и акушеров (FIGO) предложено принять в качестве формального соглашения следующую номенклатуру причин АМК "PALM-COEIN": полип, аденомиоз, лейомиома, малигнизация, гиперплазия-коагулопатия, нарушение овуляции, нарушения в структуре эндометрия, ятрогенные причины, а также неклассифицируемые  причины в том случае, если конкретный диагноз не установлен после стандартного исследования.

Клинические проявления.

В зависимости от характера нарушений выделяют различные симптомы АМК:

– нерегулярные, длительные маточные кровотечения   (менометроррагии);

– чрезмерные (более 80 мл) или длительные менструации (более 8 дней) с регулярным интервалом в 24–38 дней (обильные менструальные кровотечения (ОМК));

 – нерегулярные, межменструальные кровянистые выделения из матки, как правило (межменструальные кровотечения (ММК));

– частые менструации с интервалом менее 24 дней (полименорея)

Методы диагностики АМК:

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза;  
- физикальное обследование: вес/индекс массы тела, пальпация щитовидной железы, осмотр кожи, пальпация живота, гинекологическое исследование;  
- трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ) для оценки состояния полости матки и эндометрия – первая линия обследования (УД I,А).

 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- общий анализ крови (ОАК);

- определение содержания прогестерона ИФА методом (во вторую фазу цикла – за 7 дней до предполагаемой менструации или на 21-23 день цикла у женщин с регулярным циклом для определения овуляторного или ановуляторного цикла);

- коагулология: исследование агрегации тромбоцитов, определение волчаночного антикоагулянта в плазме крови, определение АЧТВ в плазме крови, определение количества Д-димера в плазме крови (у женщин с анамнезом тяжелых менструальных кровотечений после начала менархе или при наличии личного или семейного анамнеза АМК);

- МРТ малого таза (пороки развития матки);

- гистероскопия для оценки состояния полости матки, эндометрия, миометрия (УД I, А);

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза;

- физикальное обследование (вес/индекс массы тела, пальпация щитовидной железы, осмотр кожи, пальпация живота, гинекологическое исследование);

- ОАК (6 параметров);

- ОАМ;

- коагулограмма (ПВ, фибриноген, АЧТВ, МНО);

- биохимический анализ крови (общий белок, АлАТ, АсАТ, глюкоза, общий билирубин);

- определение группы крови по системе ABO цоликлонами;

- определение резус-фактора крови;

- реакция Вассермана в сыворотке крови;

- определение антигена p24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;

- определение HbeAg вируса гепатита В в сыворотке крови ИФА-методом;

- определение суммарных антител к вирусу гепатита C в сыворотке крови ИФА-методом;

- ТВУЗИ органов малого таза;

- ЭКГ.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- гистероскопия (у женщин с АМК при подозрении на полип эндометрия, гиперплазию эндометрия, на субмукозный миоматозный узел);

- диагностическое выскабливание полости матки (эндометрия) под контролем гистероскопа (УД II-2A) с последующим гистологическим исследованием биоптата, показана женщинам:

старше 40 лет с АМК; при отсутствии эффекта медикаментозной терапии АМК; молодым женщинам АМК с факторами риска рака эндометрия (УД II-2A); у женщин с редкими менструациями и ановуляторными циклами; у женщин с АМК с семейным риском неполипозного рака толстой или прямой кишки; у женщин с персистирующей АМК неясного генеза, по поводу которого было принято безуспешное лечение;

- МРТ малого таза:

миома матки (перед проведением терапевтической эмболизации сосудов миомы матки); пороки развития матки.  
Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- изучение жалоб и анамнеза;

- физикальное обследование (оценка дыхания, АД, пульса, осмотр и пальпация живота).

Инструментальные исследования:   
ТВУЗИ: наличие полипов эндометрия/цервикального канала, субмукозной лейомиомы, аденомиоза, гиперплазии эндометрия;  
Гистероскопия: наличие подслизистого миоматозного узла, либо полипа, либо синехий, либо гиперплазии;  
МРТ органов малого таза: наличие узлов и их расположение (субсерозный, интрамуральный с центропитальным или центробежным ростом), пороки развития матки.  
Показания для консультации специалистов:

- консультация онколога (при выявлении атипической гиперплазии);

- консультация гематолога (при выявлении коагулопатии).

Методы  лечения АМК.

Лечение АМК осуществляется на основании современных международных и российских клинических рекомендаций. Принципы терапии  АМК преследуют 2 основные цели: остановку кровотечения и профилактику его рецидивов. В каждом конкретном случае при назначении медикаментозной терапии  учитываются не только эффективность препаратов, но и возможные побочные эффекты, возраст женщины, заинтересованность в беременности или контрацепции. При АМК, не связанных с органической патологией,  используются нехирургические методы лечения (негормональные и гормональные препараты).

При наличии органической патологии (аденомиоз, миома матки, полипы эндометрия, атипическая гиперплазия эндометрия) могут применяться хирургические методики лечения.

Хирургические методы лечения АМК включают:

- выскабливание полости (слизистой) матки;

- полипэктомия (удаление полипа матки с помощью гистероскопа);

- гистерорезектоскопия;

- миомэктомия;

- гистерэктомия;

- аблацию эндометрия.

Дальнейшее ведение:

- осмотр акушера-гинеколога один раз в 6 месяцев.

- УЗИ исследование один раз в 6-12 месяцев.

Проведение в целях профилактики рецидива кровотечения длительной гормонотерапии (в зависимости от причины кровотечения).

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1.Что такое АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ?

1. маточное кровотечение, првышающее параметры нормального менструального цикла по длительности, частоте или объему кровотечения
2. Нерегулярные и очень обильные менструации
3. Отсутствие менструации
4. Болезненные менструации
5. Редкие менструации, наступающие через 36 дней и более

2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:

а) окситоцин

б) КОК,

б) агонисты гонадолиберина,

в) настойку пустырника,

г) метилтестостерон,

д) все перечисленное верно

3. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ АМК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЮТСЯ:

а) тяжелое состояние больной, анемия III степени,

б) тяжелое заболевание печени,

в) ревматизм, активная фаза,

г) подозрение на выраженную патологию эндометрия по УЗИ,

д) верно все перечисленное.

1. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОСТАНОВКИ ОСТРОГО АМК У БОЛЬНОЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) экстирпации матки,

б) выскабливание слизистой матки,

в) гормональный гемостаз,

г) назначение утеротоников,

д) все ответы правильные.

1. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОСТАНОВКИ ОСТРОГО АМК У БОЛЬНОЙ ПЕРИОДА МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) экстирпации матки,

б) выскабливание слизистой матки,

в) гормональный гемостаз,

г) назначение утеротоников,

д) эмболизация маточных артерий

6. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ АМК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА:

а) полипы эндометрия,

б) гипотиреоз,

в) воспалительные заболевания органов малого таза,

г) овуляторная дисфункция,

д) болезнь Виллебранда.

7. КАКАЯ ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ АМК?

а) миома матки

б) полипы эндометрия,

в) аденомиоз

г) рак эндометрия

д) все перечисленное верно

8. КАКИЕ ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ АМК?

а) Зондирование матки

б) Цитологическое исследование аспирата из полости матки

в) Ультразвуковое исследование

г) Лапароскопия

д) Общий анализ крови

9.Морфологическая характеристика эндометрия при длительной персистенции фолликула?

1. Атрофический эндометрий
2. Ранняя пролиферативная фаза эндометрия
3. Секреторная фаза эндометрия
4. Железистая гиперплазия эндометрия
5. Все перечисленное

10. Какая лечебно-диагностическая операция производится при кровотечении в ПОСТМЕНОПАУЗЕ?

1. Гистеросальпингография
2. Лапароскопия
3. Выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующимгистологическим исследованием полученного соскоба
4. Тотальная гистерэктомия с придатками с последующим гистологическимисследованием удалённого препарата
5. Сальпингоовариэктомия

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

**Задача № 1**

Больная И. 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 2 месяца назад. В течение последнего года месячные приходят через 2-3 месяца. Половая жизнь с 20 лет, брак первый, родов 2, абортов 2 без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, А/Д-115/75 мм.рт.ст. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологии нет. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии,наружный зев щелевидын, из матки - обильные кровянистые выделения.

Вагинально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, округлой формы, в нормальном положении, плотной консистенции, безболезненная. Придатки не пальпируются, своды свободные. Выделения из шейки матки обильные.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования больной в условиях стационара?
5. Лечение?

**Задача №2**

У девушки 16 лет обильные, со сгустками, регулярные менструации через 28 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1.Предполагаемый диагноз?

2.Составьте план обследования больной.

3.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

4.Какова лечебная тактика?

5. Методом выбора остановки острого АМК у девушек-подростков является?

**Задача №3**

У пациентки 55 лет с ожирением и сахарным диабетом на фоне постменопаузы (постменопауза в течение 5 лет) неожиданно появились кровянистые выделения из половых путей. Больная доставлена в гинекологический стационар. При гинекологическом осмотре выявлено: в зеркалах – слизистая влагалища атрофична, без воспалительных явлений. Шейка матки без видимой патологии. Выделения из матки кровянистые в умеренном количестве без сгустков. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, подвижно, безболезненно, грушевидной формы. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?

2. Необходимое обследование больной для уточнения диагноза?

3. Какие гинекологические заболевания в данном возрасте могут сопровождаться маточным кровотечением?

4. Тактика врача гинекологического отделения по оказанию неотложной помощи?

5. От чего зависит дальнейшая тактика ведения больной?

**Задача № 4**

Больная 39 лет обратилась к гинекологу в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные (около 10 дней) со сгустками и болезненные месячные, слабость. Из анамнеза: данные жалобы беспокоят больную около года. Менструации с 15 лет, установились через 6 месяцев, продолжительность менструального цикла 30 дней, месячные по 7-10 дней, обильные, болезненные (боли носят схваткообразный характер). Последняя менструация была около 10 дней назад. Половая жизнь с 24 лет, в браке. Беременность – 1, закончилась срочными родами. Контрацепция барьерная.

При осмотре: кожные покровы бледные. АД 115/70 мм. рт. ст., пульс 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно.Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения слизистые. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, шаровидное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План необходимого дообследования?
4. Лечение при наличии субмукозной миомы матки?
5. Варианты лечения при аденомиозе

**Задача № 5**

Больная 43 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные месячные и периодически возникающие межменструальные кровянистые выделения из половых путей. Вышеописанные жалобы беспокоят больную последние 6-8 месяцев.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, установились сразу, цикл 29-30 дней, месячные по 5 дней, обильные, иногда болезненные. в течение последних 3-х месяцев отметила появление необильных межменструальных кровянистых выделений. Последняя нормальная менструация была около 3-х недель назад. Половая жизнь с 25 лет. Беременностей – 3, 2 из них закончились срочными родами, 1 – медикаментозным абортом. Контрацепция - прерванный половой акт.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: наружные половые органы развиты правильно.Слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии. Выделения на момент осмотра слизистые. Вагинально:тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Лечение?
5. тактика при подозрении на полип эндометрия по УЗИ?
6. **Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1). Какие методы диагностики применяются при обследовании больных с нарушениями менструального цикла?

2). Какие методики визуализационной диагностики вы знаете?

3). Препараты выбора для остановки острого аномального маточного кровотечения в пубертатном периоде .

4). Какое значение имеет восстановление режима труда и отдыха у женщин репродуктивного возраста при нарушениях менструального цикла?

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АМК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

а) эстрогены

б) КОК

в) гестагены

г) андрогены

д) транексам

2. ЛЕЧЕНИЕ АМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ НАЧИНАЮТ С:

а) гормонотерапии

б) сокращающих

в) фитотерапии

г) выскабливания слизистой матки

д) гистерэктомии

3. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНОЙ С МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) гистероскопия с выскабливанием слизистой матки

б) кольпоскопия

в) коагулограмма

г) МРТ малого таза

д) лапароскопия

4. ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКИХ АМК У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) миома матки

б) эндометриоз матки

в) полипы эндометрия

г) патология гемостаза

д) все перечисленное верно

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АМК У ПАЦИЕНТОК В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) овуляторная дисфункция

б) миома матки

в) заболевания крови

г) недостаточность функции желтого тела

д) эндометриоз

6. К МЕТОДАМ ВИЗУАЛИЗАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АМК ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) гистероскопии

б) УЗИ

в) развернутого анализа крови

г) МРТ малого таза

д) лапароскопия

7. ЛЕЧЕНИЕ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:

а) введения сокращающих матку средств

б) гистерэктомии

в) назначения гормонального гемостаза

г) гемостатических препаратов

д) проведения гистероскопии с выскабливанием (биопсией) эндометрия

8. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ:

а) гемостатических препаратов

б) гормональных препаратов

в) аднексэктомии

г) выскабливания слизистой матки под контролем гистероскопии

д) НПВС

9. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОЙ С АМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) развернутого анализа крови

б) анализа крови на ХГЧ

в) УЗИ органов малого таза

г) гинекологического осмотра

д) лапароскопии

10. ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ АМК МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ:

а) КОК

б) гестагены

в) антигонадотропины

г) агонисты гонадолиберина

д) все перечисленное

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

**Задача№1**

У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации через 28 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Существует ли альтернативный метод остановки кровотечения у девушек-подростков?

**Задача№2**

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача№3**

Больная, 21 год, обратилась к врачу гинекологу с жалобами на не регулярные менструации с задержками от 1 до 6 мес., рост волос на лице, вокруг сосков на грудных железах, на передней брюшной стенке и нижних конечностях. Живет половой жизнью 2 года не предохраняясь, беременность не наступала. Муж обследован - здоров. Принимала гормональное лечение - эффект отсутствовал.

При объективном исследовании рост волос по мужскому типу, конституция нормостеническая.

P.S.: Шейка матки чистая. Выделения молочные.

Р.V.: матка обычных размеров, яичники с обеих сторон увеличены 3х4 см. безболезненны при исследовании.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Задача № 4**

Женщина 36 лет направлена в клинику для обследования в связи с наличием обильных и длительных менструаций со сгустками и вторичной анемии (гемоглобин 80 г/л). В анамнезе 2 беременности, закончившиеся 2 срочными родами без осложнений. Контрацепция – барьерная. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, нормальных размеров, зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные.

Пациентка не желает подвергаться оперативному вмешательству с удалением матки.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Профилактика данного заболевания?

**Задача № 5**

Женщина 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные менструации, слабость, снижение трудоспособности. Считает себя больной в течение 6 месяцев. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 78 уд/мин, ритмичный. АД 125/80 мм.рт.ст., уровень гемоглобина 80 г/л. При бимануальном исследовании и осмотре с помощью зеркал: матка увеличена до размеров, соответствующих 6-7 неделям беременности, округлой формы, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Шейка матки не изменена, выделения из половых путей слизистые.

1. Предположительный диагноз?

2. Составьте план обследования больной.

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Какова лечебная тактика в случае подтверждения предполагаемого вами диагноза?

5. Реабилитационные мероприятия?

**1. Занятие № 18**

**Тема: «Патология периода перименопаузы. Принципы МГТ (показания, противопоказания, мониторинг)»**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

Перименопауза – обязательный и естественный этап в жизни каждой женщины. Наступление которого с паническим ужасом ожидают большинство дам. Вызвано наступающим дефицитом женских половых гормонов, что сказывается на функционировании многих органов и систем. Использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ) позволяет женщине оставаться активной, бодрой и жизнерадостной, да же перешагнув «порог зрелости»! В России только около 1% дам применяют ЗГТ, на Западе – почти каждая четвертая!

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики патологии перименопаузы, принципах ЗГТ.

-УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10

**- учебная:**

знать клинику, диагностику патологии перименопаузы, основные принципы ЗГТ

уметь выявлять показания и противопоказания к ЗГТ

владеть способностью назначать ЗГТ при патологии перименопаузы.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

1. Алгоритм ведения пациентки в перименопаузе.
2. Противопоказания к проведению ЗГТ
3. Особые обстоятельства при назначении ЗГТ.
4. Особые показания для назначения парентеральной ЗГТ.
5. “Новые показания” к заместительной гормональной терапии.
6. Стратегия заместительной гормональной терапии.
7. Краткосрочные показания к проведению ЗГТ
8. Долговременные показания к проведению ЗГТ
9. Профилактическое применение ЗГТ
10. Выбор оптимального режима ЗГТ.
11. Условия выбора режима ЗГТ.
12. Режимы ЗГТ: непрерывный, циклический.
13. Выбор оптимальной дозы эстрогенов.
14. Показания к низкодозированной ЗГТ.
15. Динамический мониторинг в процессе ЗГТ.
16. Особенности ЗГТ при различных вариантах климактерического синдрома.
17. Общие принципы заместительной гормональной терапии.

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Климактерический период (пременопаузальный) — от 45 лет до наступления менопаузы. Согласно гипотезе, выдвинутой в 1958 г. В. М. Дильманом и развитой в его последующих работах (1968—1983), в этот период наблюдается старение гипоталамуса, что проявляется повышением порога его чувствительности к эстрогенам, постепенным прекращением пульсирующего ритмичного синтеза и выделения ГТ-РГ. Нарушается меха­низм отрицательной обратной связи, увеличивается выделение гонадотропинов (повышение содержания ФСГ с 40 лет, ЛГ с 25 лет). Нарушения функции гипоталамуса усугубляют нарушения гонадотропной функции ги­пофиза, фолликуло- и стероидогенеза в яичниках. Увеличивается образова­ние в тканях мозга катехоламинов. Вероятно, происходят возрастные изме­нения в рецепторном аппарате — уменьшение эстрадиоловых рецепторов в гипоталамусе, гипофизе и тканях-мишенях. Нарушение передачи нервных импульсов связано с возрастными дегенеративными изменениями в окон­чаниях дофамин- и серотонинергических нейронов гипоталамуса и надгипоталамических структур. Ускоряется процесс гибели ооцитов и атрезии примордиальных фолликулов, уменьшается число слоев клеток гранулезы и тека-клеток. Уменьшение образования эстрадиола в яичниках нарушает ову-ляторный выброс ЛГ и ФСГ, не происходит овуляция, не образуется желтое тело. Постепенно снижается гормональная функция яичников и наступает менопауза.

Менопауза — это последняя менструация, которая в среднем насту­пает в возрасте 50,8 года. Постменопаузальный период начинается после менопаузы и длится до смерти женщины. В Постменопаузальный период уровень ЛГ возрастает в 3 раза, а ФСГ — в 14 раз по сравнению с секрецией в репро­дуктивный период. В глубокой постменопаузе уменьшается образование дофамина, серотонина, норадреналина. Основным путем синтеза эстрогенов становится внеяичниковый (из андрогенов), а основным эстрогеном стано­вится эстрон: 98% его образуется из андростендиона, секретирующегося в строме яичников. В дальнейшем только 30% эстрогенов образуется в яич­никах, а 70% —в надпочечниках. Через 5 лет после менопаузы в яичниках обнаруживаются единичные фолликулы; уменьшается масса яичников и матки. К 60 годам масса яичников уменьшается до 5,0 г, а объем до 3 см3 (в репродуктивном возрасте объем яичников в среднем равен 8,2 см ). Менопауза - естественный физиологический процесс угасания репродуктивной системы женщины, генетически предопределенный возрастным диапазоном 50 лет. Постменопауза - классическое дефицитное состояние.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

1.Главным эстрогенным гормоном в организме женщины в периоде постменопаузы является

а) эстрадиол

б) эстрон

в) эстриол

г) эстрадиол-дипропионат

д) нет верного ответа

2.При длительности постменопаузы 2,5 года какой режим ЗГТ является оптимальным

а) циклический

б) непрерывный

в) монокомпонентный

г) комбинированный

д) нет верного ответа

3.В случае удаления матки по поводу аденомиоза какой режим гормонотерапии является оптимальным: 1)циклический; 2)непрерывный; 3)монокомпонентный; 4)комбинированный

а) 1,4

б) 2,4

в) 3,2

г) 2

д) нет верного ответа

4.Противопоказаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью является 1) фиброзно-кистозная мастопатия молочных желез 2) миома матки 3) эндометриоз 4) рак матки

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является 1) проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза 2) терапия, направленная на подавление функции яичников 3) лечение сопутствующей соматической патологии 4) проведение циклической гормональной терапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6.Для корригирующей терапии у больных с ДМК климактерического периода применяется 1) метилтестостерон 2) норколут 3) тестостерон-пропионат 4) эстрадиол-дипропионат

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7.Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются 1) гипофункция яичников 2) ложный мужской гермафродитизм у больной с женским гражданским полом 3) синдром Шерешевского - Тернера 4) гипофизарный нанизм

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно 1) сухость слизистых 2) боли в области сердца 3) остеопороз 4) ларингит

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Для атипичной формы климактерического синдрома характерно 1) симпато-адреналовые кризы 2) трансформированный предменструальный синдром 3) тяжелое течение бронхиальной астмы 4) тяжелое течение сахарного диабета

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.При лечении больных с климактерическим синдромом применяют 1) бальнеотерапию 2) витамины А и Е 3) шейно-лицевую гальванизацию 4) парлодел

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

**Задача №1**

С. 50 лет, менопауза 2 года. Планирует заместительную гормональную терапию в постменопаузе. При УЗ исследовании обнаружена толщина эндометрия 3 мм.

1.Показано ли диагностическое выскабливание полости матки

2.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3.Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4.Какие препараты используют для ЗГТ

5.Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Задача №2**

Л. 56 лет, менопауза 10 лет. При УЗ-исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 5 мм.

1. Является ли такая толщина эндометрия патологией?
2. Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?
3. Показано ли РДВПМ?
4. Показано ли контроль УЗИ 3 месяца?
5. Ни чего не делать?

**Задача №3**

Л. 55 лет, менопауза 2 года. Гинекологические заболевания не обнаружены. Планирует заместительную гормональную терапию. Противопоказаний нет.

1.Показано ли диагностическое выскабливание полости матки перед ЗГТ?

2.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3.Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4.Какие препараты используют для ЗГТ

5.Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Задача №4**

Л. 50 лет, менопауза 1 год. Планирует заместительную гормональную терапию в постменопаузе. При УЗ-исследовании обнаружена миома матки – одиночный интрамуральный узел 2 см в диаметре.

1.Показано ли диагностическое выскабливание полости матки?

2.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3.Какие обследования необходимо провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4.Какой препарат для ЗГТ будет предпочтительнее в данном случае?

5.Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Задача №5**

Л. 50 лет, менопауза хирургическая, матка и придатки удалены по поводу миомы. Планирует заместительную гормональную терапию.

1.Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

2.Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

3.Какие препараты будут преимуществом в данном случае?

4.Контроль каких анализов необходимо проводить в данном случае в динамике?

5 На какой срок назначите препарат?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

1. Классификация нарушения половой дифференцировки.
2. Дисгенезия половых желез (хромосомная обусловленность) формы: типичная, чистая, смешанная. Клиника, диагностика, лечение.
3. Псевдогермафродитизм (генные факторы, тератогенные) формы: :женский (врождённая гиперплазия надпочечников, трансплацентарная вирилизация), мужской (тестикулярная феминизация) Клиника, диагностика, лечение.
4. Истинный гермафродитизм (химеризм, мозаицизм, транслокация H-YAг) Клиника, диагностика, лечение. 4)реверсия пола. Клиника, диагностика, лечение.
5. Значение генетической и хромосомной патологии в развитии ряда заболеваний
6. Пренатальная диагностика наследственной и хромосомной патологии
7. Значение роли хромосомных аберраций в привычном самопроизвольном выкидыше, бесплодии
8. Целесообразность медико-генетического консультирования: установление диагноза, определение типа наследования в данной семье, прогнозирование, собеседованне по результатам обследования.
9. Цитогенетические методики (оценка хромосомного аппарата в культурах лимфоцитов, клетки околоплодных вод, культура фибробластов, изучение телец Барра в мазках и др.).
10. Биопсия хориона, кордоцентез, амниоцентез.
11. Ультразвуковые маркеры хромосомных дефектов плода.

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

1. ФСГ стимулирует

а) рост фолликулов в яичнике

б) продукцию кортикостероидов

в) продукцию ТТГ в щитовидной железе

г) все перечисленное

д)нет верно ответа

1. Малые дозы эстрогенов

а) стимулируют продукцию ФСГ

б) подавляют продукцию ФСГ

в) усиливают продукцию ЛГ

г) подавляют продукцию ЛТГ

д) нет верного ответа

1. Основное действие эстрогенов на организм

а) блокируют рецепторы к окситоцину

б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии

в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Эстрогены обладают следующим действием

а) способствуют перистальтике матки и труб

б) усиливают процессы окостенения

в) стимулируют активность клеточного иммунитета

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено

а) на стимуляцию функции яичников

б) на получение менструальноподобной реакции

в) на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств

г) на все перечисленное

д) ни на что из перечисленного

1. Аменорея - это отсутствие менструации в течение

а) 4 мес

б) 5 мес

в) 6 мес

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Объективные данные, имеющие значение в диагностике аменореи

а) масса тела, рост женщины

б) развитие половых органов

в) величина артериального давления, уровень сахара в крови

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

1. Синдром Шерешевского - Тернера - это

а) "чистая" форма дисгенезии гонад

б) типичная форма дисгенезии гонад

в) "смешанная" форма дисгенезии гонад

г) ложный мужской гермафродитизм

д) ничего из перечисленного

1. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно

а) к вирилизации

б) к малигнизации

в) к феминизации

г) ко всему перечисленному

д) ни к чему из перечисленного

1. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано

а) проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме

б) лапароскопия и биопсия яичников

в) лапароскопия и удаление гонад

г) прогестероновая проба

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

**Задача№1**

У пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, обнаружены хорошо развитые молочные железы, скудное вторичное оволосение, женственный фенотип. Наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище заканчивается слепо, длиной 4 см. При УЗ исследовании матка и придатки не визуализируются. Кариотип 46 XY, гормональное обследование ФСГ - 4,6 МЕ/л ; пролактин - 125 МЕ/л ; эстрадиол - 40 пМ/л.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№2**

У пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, обнаружен женственный фенотип, хорошо развитые молочные железы и достаточное вторичное оволосение. Наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище заканчивается слепо, длиной 2 см. При УЗ исследовании матка не визуализируется, яичники 2,8\*3,2\*1,5 см , в яичниках определяются эхонегативные образования диаметром 4-8 мм. Кариотип 46 XX. Гормональное обследование: ФСГ - 9,8 МЕ/л ; эстариол - 120 пМ/л ; пролактин - 360 МЕ/л ; тестостерон - 2,6 нМ/л .

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№3**

У 16 летней пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, чрезмерный рост волос на теле, множественные акне, обнаружен: гетеросексуальный морфотип, низкий рост (150 см), выраженный гипертрихоз, гипоплазия молочных желез. При осмотре наружных половых органов определятся персистенция урогенитального синуса, значительное увеличение клитора. При УЗ исследовании матка гипопластична, эндометрий не визуализируется, яичники 2,1\*1,8\*1,2 см . Кариотип 46 XX. Гормональное обследование: ФСГ - 1,2 МЕ/л ; эстрадиол - 20 пМ/л ; тестостерон - 12,1 нМ/л; ДЭА-S (­), пролактин - 200 МЕ/л ; кортизол - 200 нМ/л.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№4**

У 14 летней пациентки с отсутствием полового развития обращает на себя внимание низкий рост, множественные стигмы дисэмбриогенеза, наличие аутоиммунного тиреоидита с явлением гипотиреоза. При гинекологическом обследовании выявлено инфантильное строение наружных половых органов и матки. При УЗ исследовании: резкая гипоплазия матки, эндометрий не визуализируется, яичники в виде тяжей, фолликулярный аппарат отсутствует. Кариотип 45 X0. Гормональное обследование: ФСГ -80 МЕ/л ; эстрадиол - 10 пМ/л ; ТТГ - 13,6 мкМЕ/мл.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№5**

Н. 26 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на отсуствие месячных в течение 6 месяцев, подъем АД, головокружение, головные боли, прибавку веса за последний год на 12 кг. Месячные с 14 лет, нерегулярные. Живет регулярной половой жизнью, беременностей - 0. Пациентка низкого роста (152 см), морфотип - евнухоидный, имеются стигмы дисэмбриогенеза. Кариотип 45 X/46 XX . При УЗ исследовании: матка гипопластична, эндометрий 2мм, яичники уменьшены в объеме, фолликулярный аппарат отсуствует. Имеются клинические признаки гипотиреоза. Гормональное обследование: ФСГ - 35 МЕ/л ; эстрадиол - 20 пМ/л.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**1. Занятие № 19**

**Тема: Гипергонадотропные нарушения репродуктивной системы – дисгенезия гонад, синдром истощения яичников».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

Обе формы представляют следствие генетически ассоциированного дефицита яичниковых гормонов. Если дисгенезия гонад – представляет собой I гипогонадизм, с нарушением развития гонад в раннем эмбриональном периоде и таких больных следует отнести в группу абсолютного риска по бесплодию. Вероятность рождения здоровых детей – весьма низка! Синдром истощения яичников (СИЯ) – как проявления II дефицита яичниковых гормонов! В основе так же лежат хромосомные аномалии, при которых любое экзогенное воздействие способствует развитию СИЯ, как проявления аутоиммуных расстройств. У большинства больных неблагоприятные факторы действовали в период внутриутробного развития (гестозы, инфекции, экстагенитальная патология). Только ЭКО с донорской яйцеклеткой – позволят этой категории женщин иметь детей! Категория больных – тяжелая, требующая пожизненного участия генетика и эндокринолога!

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам гипергонадотропных нарушений репродуктивной системы.

-ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

**- учебная:**

знать классификацию нарушений репродуктивной системы, диагностику, лечение,

уметь выявлять различные виды гипергонадотропных нарушений репродуктивной системы

владеть основными видами лечения.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Классификация нарушения половой дифференцировки.
2. Дисгенезия половых желез (хромосомная обусловленность) формы: типичная, чистая, смешанная. Клиника, диагностика, лечение.
3. Псевдогермафродитизм (генные факторы, тератогенные) формы: :женский (врождённая гиперплазия надпочечников, трансплацентарная вирилизация), мужской (тестикулярная феминизация) Клиника, диагностика, лечение.
4. Истинный гермафродитизм (химеризм, мозаицизм, транслокация H-YAг) Клиника, диагностика, лечение. 4)реверсия пола. Клиника, диагностика, лечение.
5. Значение генетической и хромосомной патологии в развитии ряда заболеваний
6. Пренатальная диагностика наследственной и хромосомной патологии
7. Значение роли хромосомных аберраций в привычном самопроизвольном выкидыше, бесплодии
8. Целесообразность медико-генетического консультирования: установление диагноза, определение типа наследования в данной семье, прогнозирование, собеседованне по результатам обследования.
9. Цитогенетические методики (оценка хромосомного аппарата в культурах лимфоцитов, клетки околоплодных вод, культура фибробластов, изучение телец Барра в мазках и др.).
10. Биопсия хориона, кордоцентез, амниоцентез.
11. Ультразвуковые маркеры хромосомных дефектов плода.

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Классификация нарушения половой дифференцировки:

1) дисгенезия половых желез (хромосомная обусловленность) формы: типичная, чистая, смешанная,

2)псевдогермафродитизм (генные факторы, тератогенные) формы: :женский (врождённая гиперплазия надпочечников, трансплацентарная вирилизация), мужской (тестикулярная феминизация),

3)истинный гермафродитизм (химеризм, мозаицизм, транслокация H-YAг), 4)реверсия пола.

Типичная форма дисгенезии гонад - 45х (тернеровский фенотип)

Патогномоничные признаки:- низкий рост, соматические аномалии развития (стигмы), отсутствие полового развития

Принципы лечения:

1.Формирование морфотипа, увеличение роста

2.Развитие вторичных половых признаков

3.Возмещение дефицита эстрогенов с целью улучшения качества жизни до возраста менопаузы

Чистая форма дисгенезии гонад (46 хх, 46ху, 46хх/45х)

Патогномоничные признаки: нормальный, высокий рост, отсутствие соматических аномалий, отсутствие полового развития

Принципы лечения:

1. Формирование морфотипа, увеличение роста,

2. Развитие вторичных половых признаков,

3. Возмещение дефицита эстрогенов с целью улучшения качества жизни до возраста менопаузы

4. Удаление гонад сразу после уточнения диагноза при ХУ дисгенезии

Смешанная форма дисгенезии гонад ( 46ху, мозаицизм с присутствием У - хромосомы)

Патогномоничные признаки: частичное проявление вирилизации, усиливающееся с возрастом, нормальный, низкий рост, отсутствие полового развития (частично имеет место проявление вторичного оволосения)

Принципы лечения:

1. Формирование морфотипа,

2. Развитие вторичных половых признаков,

3. Возмещение дефицита эстрогенов с целью улучшения качества жизни до возраста менопаузы

4. Удаление гонад сразу после уточнения диагноза.

Тестикулярная феминизация (46 ху)

Патогномоничные признаки: хорошая феминизация при скудном вторичном оволосении, нормальный рост, отсутствие соматических аномалий, аплазия матки, влагалища, повышение ЛГ, “мужской” уровень ТС, обнаружение типичного строения яичек при биопсии

Принципы лечения:

1. Удаление гонад после завершения полового развития, кольпопоэз,

2. Заместительная терапия эстрогенами

Адреногенитальный синдром (изолированная надпочечниковая гиперандрогения, 46хх)

Патогномоничные признаки: вирилизация на разных этапах жизни, (в/утробная, пубертатная, постпубертатная), повышение ДЭА-S, 17-КС, 17-ОНП, положительная дексаметазоновая проба, задержка полового развития

Принципы лечения:

1. Адекватные дозы глюкокортикоидов,

2. Хирургическая коррекция нарушенных половых органов

3. Стимуляция полового развития эстрогенами

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. ФСГ стимулирует

а) рост фолликулов в яичнике

б) продукцию кортикостероидов

в) продукцию ТТГ в щитовидной железе

г) все перечисленное

д)нет верного ответа

1. Малые дозы эстрогенов

а) стимулируют продукцию ФСГ

б) подавляют продукцию ФСГ

в) усиливают продукцию ЛГ

г) подавляют продукцию ЛТГ

д)нет верного ответа

1. Основное действие эстрогенов на организм

а) блокируют рецепторы к окситоцину

б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии

в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Эстрогены обладают следующим действием

а) способствуют перистальтике матки и труб

б) усиливают процессы окостенения

в) стимулируют активность клеточного иммунитета

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено

а) на стимуляцию функции яичников

б) на получение менструальноподобной реакции

в) на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств

г) на все перечисленное

д) ни на что из перечисленного

1. Аменорея - это отсутствие менструации в течение

а) 4 мес

б) 5 мес

в) 6 мес

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Объективные данные, имеющие значение в диагностике аменореи

а) масса тела, рост женщины

б) развитие половых органов

в) величина артериального давления, уровень сахара в крови

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

1. Синдром Шерешевского - Тернера - это

а) "чистая" форма дисгенезии гонад

б) типичная форма дисгенезии гонад

в) "смешанная" форма дисгенезии гонад

г) ложный мужской гермафродитизм

д) ничего из перечисленного

1. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно

а) к вирилизации

б) к малигнизации

в) к феминизации

г) ко всему перечисленному

д) ни к чему из перечисленного

1. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано

а) проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме

б) лапароскопия и биопсия яичников

в) лапароскопия и удаление гонад

г) прогестероновая проба

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача№1**

У пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, обнаружены хорошо развитые молочные железы, скудное вторичное оволосение, женственный фенотип. Наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище заканчивается слепо, длиной 4 см. При УЗ исследовании матка и придатки не визуализируются. Кариотип 46 XY, гормональное обследование ФСГ - 4,6 МЕ/л ; пролактин - 125 МЕ/л ; эстрадиол - 40 пМ/л.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№2**

У пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, обнаружен женственный фенотип, хорошо развитые молочные железы и достаточное вторичное оволосение. Наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище заканчивается слепо, длиной 2 см. При УЗ исследовании матка не визуализируется, яичники 2,8\*3,2\*1,5 см , в яичниках определяются эхонегативные образования диаметром 4-8 мм. Кариотип 46 XX. Гормональное обследование: ФСГ - 9,8 МЕ/л ; эстариол - 120 пМ/л ; пролактин - 360 МЕ/л ; тестостерон - 2,6 нМ/л .

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№3**

У 16 летней пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, чрезмерный рост волос на теле, множественные акне, обнаружен: гетеросексуальный морфотип, низкий рост (150 см), выраженный гипертрихоз, гипоплазия молочных желез. При осмотре наружных половых органов определятся персистенция урогенитального синуса, значительное увеличение клитора. При УЗ исследовании матка гипопластична, эндометрий не визуализируется, яичники 2,1\*1,8\*1,2 см . Кариотип 46 XX. Гормональное обследование: ФСГ - 1,2 МЕ/л ; эстрадиол - 20 пМ/л ; тестостерон - 12,1 нМ/л; ДЭА-S (­), пролактин - 200 МЕ/л ; кортизол - 200 нМ/л.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№4**

У 14 летней пациентки с отсутствием полового развития обращает на себя внимание низкий рост, множественные стигмы дисэмбриогенеза, наличие аутоиммунного тиреоидита с явлением гипотиреоза. При гинекологическом обследовании выявлено инфантильное строение наружных половых органов и матки. При УЗ исследовании: резкая гипоплазия матки, эндометрий не визуализируется, яичники в виде тяжей, фолликулярный аппарат отсутствует. Кариотип 45 X0. Гормональное обследование: ФСГ -80 МЕ/л ; эстрадиол - 10 пМ/л ; ТТГ - 13,6 мкМЕ/мл.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Задача№5**

Н. 26 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на отсуствие месячных в течение 6 месяцев, подъем АД, головокружение, головные боли, прибавку веса за последний год на 12 кг. Месячные с 14 лет, нерегулярные. Живет регулярной половой жизнью, беременностей - 0. Пациентка низкого роста (152 см), морфотип - евнухоидный, имеются стигмы дисэмбриогенеза. Кариотип 45 X/46 XX . При УЗ исследовании: матка гипопластична, эндометрий 2мм, яичники уменьшены в объеме, фолликулярный аппарат отсуствует. Имеются клинические признаки гипотиреоза. Гормональное обследование: ФСГ - 35 МЕ/л ; эстрадиол - 20 пМ/л.

1.Возможный диагноз?

2.План обследования таких пациенток

3.Причина данной аменореи

4.Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1). Гиперандрогения надпочечникого генеза. Определение. Причины..

2). Клиника гиперандрогения надпочечникого генеза.

3). Методы диагностики.

4). Методы лечения гиперандрогения надпочечникого генеза

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Для клинической картины гиперандрогении надпочечникового генеза характерно:

А)раннее проявление вирильного синдрома;

Б) гирсутизм до и после начала первой менструации;

В) первая менструация может запаздывать или быть своевременной;

Г) гипоплазия молочных желез;

Д) все перечисленное.

2.Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии:

А)опухоли коркового слоя надпочечников;

Б) адреногенитального синдрома (АГС);

В)внейро-обменноэндокринного синдрома;

Г)синдрома склерокистозных яичников.

Д) нет верного ответа

3. Примером ложного женского гермафродитизма является:

А)синдром тестикулярной феминизации;

Б)синдром Шерешевского-Тернера;

В)врожденный адреногенитальный синдром;

Г)синдром Штейна-Левенталя.

Д)нет верного ответа

4. Причины вирильного синдрома у девушки:

А)нарушение функции коры надпочечников;

Б)маскулинизирующие опухоли яичников;

В)маскулинизирующие опухоли коры надпочечников;

Г)врожденный адреногенитальный синдром;

Д)все перечисленные.

5.Характерные особенности телосложения при адреногенитальном синдроме:

А)увеличение ширины плеч;

Б)узкий таз;

В)укорочение конечностей;

Г)все перечисленное.

Д) нет верного ответа

6. У больных с тестикулярной феминизацией имеет место:

А)первичная аменорея;

Б)нормальное развитие молочных желез;

В)отсутствие матки;

Г)ложный мужской гермафродитизм;

Д)все перечисленное.

7.Примером ложного мужского гермафродитизма является:

А)синдром тестикулярной феминизации;

Б)врожденный адреногенитальный синдром;

В)синдром Штейна-Левенталя;

Г)синдром Шерешевского-Тернера.

Д)нет верного ответа

8. Синдром Шерешевского-Тернера – это:

А) «чистая» форма дисгенезии гонад;

Б)типичная форма дисгенезии гонад;

В)«смешанная» форма дисгенезии гонад;

Г) ложный мужской гермафродитизм;

Д)ничего из перечисленного.

9. Признак синдрома Шерешевского-Тернера – это:

А)фенотип женский;

Б)первичная аменорея;

В)недоразвитие матки;

Г)аплазия или гипоплазия гонад;

Д)все перечисленное.

10. При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад, как правило, исключается восстановление:

А)менструальной функции;

Б)половой функции;

В)репродуктивной функции;

Г)всех перечисленных функций;

Д)ничего из перечисленного.

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача №1**

Пациентка, 23 лет. Жалобы на нарушение менструального цикла. Месячные с задержками до 40-50 дней, безболезненные, умеренные. Нарушение регуляции менструального цикла отмечает в течение последних 2х лет. Объективно при осмотре среднего роста, правильного телосложения, на внутренних поверхностях бедер, вокруг ареол молочной железы имеются единичные волосяные фолликулы, на лице отмечает акне. Вагинально: Матка нормальных размеров, подвижная, плотная. Придатки не определяются. Выделения светлые.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача №2**

Пациентка, 20 лет. Жалобы на нарушение менструального цикла. Месячные с задержками до месяца, безболезненные, умеренные. Объективно при осмотре среднего роста, правильного телосложения, на внутренних поверхностях бедер, вокруг ареол молочной железы имеются единичные волосяные фолликулы, на лице отмечает акне. Матка нормальных размеров, подвижная, плотная. Придатки не определяются. Выделения светлые.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача № 3**

Пациентка К., 23 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача №4**

Пациентка К., 24 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача №5**

Пациентка Р., 34 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле. Последние месячные 7 месяцевназад. Соматический анамнез не отягощен. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галакторея + . При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 2 мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 2 МЕ/л, ЛГ 22 МЕ\л, ТТГ 3,5 мМЕ\л, ПРЛ 620 мМЕ/л, ТС 3,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**1. Занятие № 20**

**Тема: «Гиперандрогения надпочечникого генеза. Этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики и лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

По данным многочисленных исследований, 46-77% нарушений менструального цикла, 60-74% эндокринного бесплодия и 21-32% невынашивания беременности в той или иной степени обусловлены гиперандрогенией. Развитие адреногенитального синдрома вызвано врожденной дисфункцией коры надпочечников. Около 90% - это больные с дефицитом С21-гидроксилазы! Высокий процент бесплодия и невынашивания – делают этих больных постоянными клиентками Центров репродукции и гинекологической эндокринологии. Положительные результаты в лечении данной патологии и возможность реализации репродуктивной функции – делают изучение данной проблемы ещё более востребованной!

**4.Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам гиперандрогении надпочечникого генеза.

-ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

**- учебная:**

знать этиологию, патогенез, клинику, принципы диагностики и лечения гиперандрогении надпочечникого генеза.

уметь интерпретировать данные клинико-лабораторного обследования, ставить диагноз на их основании;

владеть способностью правильно назначить лечение.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1). Гиперандрогения надпочечникого генеза. Определение. Причины..

2). Клиника гиперандрогения надпочечникого генеза.

3). Методы диагностики.

4). Методы лечения гиперандрогения надпочечникого генеза

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Гиперандрогения надпочечникого генеза - это формы адреногенитального синдрома - пубертатная и постпубертатная.

Нерезко выражены признаки вирилизации. Эти больные составляют 30% среди женщин, обратившихся с жалобами на бесплодие, гипоменструальный синдром, невынашивание, гипертрихоз.

Пубертатная форма адреногенитального синдрома.

Избыточное образование андрогенов начинается с наступлениеми пубертатного периода и совпадает с физиологической активацией функции надпочечников. Характерен быстрый рост, превышающий скачок роста, девушки оказываются выше своих сверстниц. Но затем зоны роста закрываются преждевременно под действием андрогенов, и рост останавливается. Телосложение: широкие плечи, суженный таз, отсутствие жировых отложений на бедрах и ягодицах, гипопластичные молочные железы - спортивный вид. Избыток андрогенов - анаболическое действие - хорошее развитие мускулатуры - спортивность, сила, выносливость (гребля, волейбол). Отсутствуют стрии на бедрах и ягодицах, характерные для пубертатного базофилизма, т.к. кортизол снижен.

Постоянный симптом - гипертрихоз, обычно выражен не очень сильно: единичные волосы над верхней губой, бакенбарды, вокруг сосков, на белой линии, промежности, бедрах, голенях. Множественные угри, пористая жирная кожа лица и спины. Кожа смуглая, с участками гиперпигментации. Умеренная гипоплазия половых губ, матки, увеличенное расстояние от основания клитора до наружного отверствия уретры. Некоторые отмечают уменьшение размеров молочных желез после появления гирсутизма.

Менархе наступает в 14-16 лет, нерегулярные менструации со склонностью к задержкам. После первой менструации остальные могут отсутствовать. Характер менструального цикла и гипертрихоз коррелируют со степенью гиперандрогении.

Постпубертатная форма адреногенитального синдрома.

Молодые женщины, живущие половой жизнью, обращаются по поводу бесплодия, нерегулярные скудные менструации, гипертрихоз. Нередки самопроизвольные аборты в 7-10 недель. Вскоре после менархе - задержки менструаций, половое оволосение сразу приобрело избыточный характер - начало гиперандрогении в пубертате. Поэтому существует мнение о необоснованности выделения двух форм позднего адреногенитального синдрома. До определенного возраста нерезко выраженный дефицит С21-гидроксилазы в надпочечниках компенсируется. На фоне активации функции надпочечников (адренархе, стрессы, половая жизнь, беременность) выявляется дефицит ферментной системы и нарушается синтез стероидов в сторону гиперандрогении.

Избыток андрогенов тормозит выделение гонадотропинов и нарушает циклические процессы в яичниках:

1. Подавляется рост и созревание фолликулов на ранних стадиях фолликулогенеза, возникает аменорея.

2. Тормозится рост, созревание фолликулов и яйцеклетки, неспособной овулировать - ановуляция и олигоменорея.

3. Неполноценность желтого тела, НЛФ при регулярных менструациях.

При всех трех формах развивается бесплодие. Беременность может возникнуть, но обычно прерывается самопроизвольно на ранних стадиях, до образования плаценты из-за неполноценности желтого тела. Прерванию беременности способствует также склерозирование сосудов эндо-, миометрия и хориона. В эндометрии возникают разрывы сосудов с кровоизлияниями в децидуальную оболочку. Образуются гематомы и отслойка хориальной ткани. Частота невынашивания при АГС - 26%, в 17% происходит гибель зародыша и прекращение развития беременности.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Для клинической картины гиперандрогении надпочечникового генеза характерно:

А)раннее проявление вирильного синдрома;

Б) гирсутизм до и после начала первой менструации;

В) первая менструация может запаздывать или быть своевременной;

Г) гипоплазия молочных желез;

Д) все перечисленное.

2.Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии:

А)опухоли коркового слоя надпочечников;

Б) адреногенитального синдрома (АГС);

В)внейро-обменноэндокринного синдрома;

Г)синдрома склерокистозных яичников.

Д) нет верного ответа

3. Примером ложного женского гермафродитизма является:

А)синдром тестикулярной феминизации;

Б)синдром Шерешевского-Тернера;

В)врожденный адреногенитальный синдром;

Г)синдром Штейна-Левенталя.

Д)нет верного ответа

4. Причины вирильного синдрома у девушки:

А)нарушение функции коры надпочечников;

Б)маскулинизирующие опухоли яичников;

В)маскулинизирующие опухоли коры надпочечников;

Г)врожденный адреногенитальный синдром;

Д)все перечисленные.

5.Характерные особенности телосложения при адреногенитальном синдроме:

А)увеличение ширины плеч;

Б)узкий таз;

В)укорочение конечностей;

Г)все перечисленное.

Д) нет верного ответа

6. У больных с тестикулярной феминизацией имеет место:

А)первичная аменорея;

Б)нормальное развитие молочных желез;

В)отсутствие матки;

Г)ложный мужской гермафродитизм;

Д)все перечисленное.

7.Примером ложного мужского гермафродитизма является:

А)синдром тестикулярной феминизации;

Б)врожденный адреногенитальный синдром;

В)синдром Штейна-Левенталя;

Г)синдром Шерешевского-Тернера.

Д)нет верного ответа

8. Синдром Шерешевского-Тернера – это:

А) «чистая» форма дисгенезии гонад;

Б)типичная форма дисгенезии гонад;

В)«смешанная» форма дисгенезии гонад;

Г) ложный мужской гермафродитизм;

Д)ничего из перечисленного.

9. Признак синдрома Шерешевского-Тернера – это:

А)фенотип женский;

Б)первичная аменорея;

В)недоразвитие матки;

Г)аплазия или гипоплазия гонад;

Д)все перечисленное.

10. При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад, как правило, исключается восстановление:

А)менструальной функции;

Б)половой функции;

В)репродуктивной функции;

Г)всех перечисленных функций;

Д)ничего из перечисленного.

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача №1**

Пациентка, 23 лет. Жалобы на нарушение менструального цикла. Месячные с задержками до 40-50 дней, безболезненные, умеренные. Нарушение регуляции менструального цикла отмечает в течение последних 2х лет. Объективно при осмотре среднего роста, правильного телосложения, на внутренних поверхностях бедер, вокруг ареол молочной железы имеются единичные волосяные фолликулы, на лице отмечает акне. Вагинально: Матка нормальных размеров, подвижная, плотная. Придатки не определяются. Выделения светлые.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача №2**

Пациентка, 20 лет. Жалобы на нарушение менструального цикла. Месячные с задержками до месяца, безболезненные, умеренные. Объективно при осмотре среднего роста, правильного телосложения, на внутренних поверхностях бедер, вокруг ареол молочной железы имеются единичные волосяные фолликулы, на лице отмечает акне. Матка нормальных размеров, подвижная, плотная. Придатки не определяются. Выделения светлые.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача № 3**

Пациентка К., 23 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача №4**

Пациентка К., 24 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Задача №5**

Пациентка Р., 34 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле. Последние месячные 7 месяцевназад. Соматический анамнез не отягощен. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галакторея + . При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 2 мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 2 МЕ/л, ЛГ 22 МЕ\л, ТТГ 3,5 мМЕ\л, ПРЛ 620 мМЕ/л, ТС 3,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Вопросы по теме:**

1. Бесплодие. Классификация. Причины. Диагностика (алгоритм обследования).
2. Трубный фактор. Перитонеальный фактор. Маточный фактор.
3. Шеечный и влагалищный фактор.
4. Бесплодие неясного генеза.
5. Гормональные формы бесплодия
6. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза: эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) в генезе бесплодия
7. Алгоритм обследования женщин с бесплодием (оптимальные сроки проведения и диагностическая значимость различных методов иссле­дования, возможные осложнения).
8. Основные методы обследования в при бесплодном браке: анамнез, специальные методы исследования (осмотр, тесты функпи- ональной диагностики, гормональное исследование, эндоскопия (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия), ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования.
9. Лечение бесплодия зависимости от формы
10. Методы стимуляции овуляции при различных формах эндокринного бесплодия
11. Возможные по­бочные действия и осложнения стимуляции овуляции (синдром гиперстимуляции яични­ков).
12. Новые методы лечения бесплодия (ЭКО и трансплантация эмбриона, искусственная инсеминация).
13. Использование бальнеологических факторов при ведении больных с бесплодием

**Тесты**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее

а) 0.5 года

б) 1 года

в) 2.5 лет

г) 5 лет

д) нет верного ответа

2. Сперматозоиды после проникновения в матку и трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение

а) 6-12 часов

б) 24-48 часов

в) 3-5 суток

г) 10 суток

д) нет верного ответа

3. Положительная проба с гестагенами для диагностики склерокистоза яичников заключается

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

4. Для восстановления генеративной функции при дисгенезии гонад необходимо

а) длительная циклическая терапия половыми гормонами

б) стимуляция овуляции

в) клиновидная резекция яичников

г) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

д) нет верного ответа

5. Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) нет верного ответа

6. Причиной бесплодия при дисгенезии гонад является отсутствие 1) ткани яичника или его резкое недоразвитие 2) матки или ее резкое недоразвитие 3) продукции гонадотропинов 4) чувствительности рецепторного аппарата нормально сформированного яичника к гонадотропинам

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. Повышенная продукция пролактина у больных с бесплодием может быть обусловлена 1) развитием новообразования в гипоталамусе 2) развитием аденомы гипофиза 3) снижением продукции в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора 4) длительным приемом нейролептиков

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

8. Суточная доза парлодела зависит 1) от длительности заболевания 2) от исходного уровня эстрогенов 3) от данных гистологического исследования соскоба эндометрия 4) от уровня пролактина в крови

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

9. При бесплодии, обусловленном адреногенитальным синдромом, у больных с признаками генитального инфантилизма показано 1) назначение дексаметазона (преднизолона) под контролем 17-кетостероидов в суточном количестве мочи 2) проведение двуфазной гормональной терапии (эстрогены в I фазу, гестагены во II фазу) прерывистыми циклами по 2-3 месяца с интервалом в 2 месяца 3) в интервале между гормональной терапией - назначение препаратов, стимулирующих овуляцию (кломифен, клостилбегит), витаминов Е и С во II фазу менструального цикла 4) при отсутствии эффекта от предшествующей консервативной терапии - проведение клиновидной резекции яичников

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. Методами, проведение которых помогает уточнить диагноз синдрома истощения яичников, являются 1) тесты функциональной диагностики 2) определение гонадотропных гормонов 3) определение половых гормонов 4) биопсия яичников

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача №1**

Больная М., 28 лет в браке состоит 8 лет. Беременностей не было, не предохраняется.

Менструация с 15 лет, нерегулярная через 2-3 мес. по 5 дней, умеренная. На лице угревая сыпь, кожа пористая, жирная. Вес 80кг при росте 160см.

При обследовании мужа спермограмма без патологии. По УЗИ гениталий – в яичниках множество атрофических фолликулов; размеры яичников 32\*42\*52мм. Базальная температура монофазная. В анализах сыворотки крови повышено содержание тестестерона.

1. Предположительный диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. С чего следует начинать лечение этой больной?
5. Реабилитация?

**Задача №2**

Больная А., 25 лет. Состоит в браке 3 года, не предохраняется, беременностей - 0. Гинекологические заболевания отрицает; соматически здорова. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Муж соматически здоров, в детстве оперирован по поводу крипторхизма. При обследовании спермы – аспермия.

1. Предположительный диагноз?
2. Следует ли обследовать женщину?
3. Тактика врача после обследования?
4. Следует ли лечить супруга, если да, то как?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная Р., 31 год состоит в браке в течение 9 лет, не предохранялась, беременностей - 0. У мужа брак 2-ой, в 1-м браке двое детей. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 12 лет по 5 дней через 28 дней, б/болезненные, умеренные.

При обследовании: гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Базальная температура 2-х фазная; трубы проходимы. Обследована на ИППП – не найдены. Спермограмма в пределах нормы. УЗИ гениталий – без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение рекомендовать при подтверждении диагноза?
4. Возможно ли наступление беременности?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная О., 27 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение 3-х лет. Контрацепцией не пользуется. При обследовании у гинеколога – патологии не выявлено. При обследовании супруга диагностирован хронический простатит с частыми рецидивами. При анализе спермы выявлено: сперматозоидов в 1мл-12 млн.; прогрессивно подвижных форм- 31%, дегенеративных форм-24%, лейкоцитов много в поле зрения.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Прогноз?
4. Показатели нормальной спермограммы?
5. Профилактика?

**1. Занятие № 21**

**Тема: «Бесплодный брак. Классификация бесплодия. Методы диагностики. Эндокринные формы бесплодия (диагностика, лечение)».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

Одним из наиболее важных и актуальных аспектов планирования семьи является лечение бесплодия, дающее возможность иметь желанных детей.В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты бесплодных браков. Причины, приводящие к увеличению числа бесплодных браков, многообразны. Наряду с наличием генетической детерминированности ряда эндокринных нарушений, ведущих к возникновению бесплодия, все большую роль играют социальные факторы и особенности репродуктивного поведения - раннее начало половой жизни, наличие нескольких половых партнеров, отсутствие контрацепции.

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам бесплодного брака, методов диагностики бесплодия, эндокринных форм бесплодия.

-ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10

**- учебная:**

знать причины бесплодия, классификацию форм бесплодия, принципы диагностики эндокринных форм бесплодия

уметь интерпретировать данные клинико-лабораторного обследования, гормонального обследования ставить диагноз на их основании;

владеть способностью правильно назначить лечение.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. Бесплодие. Классификация. Причины. Диагностика (алгоритм обследования).
2. Трубный фактор. Перитонеальный фактор. Маточный фактор.
3. Шеечный и влагалищный фактор.
4. Бесплодие неясного генеза.
5. Гормональные формы бесплодия
6. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза: эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) в генезе бесплодия
7. Алгоритм обследования женщин с бесплодием (оптимальные сроки проведения и диагностическая значимость различных методов иссле­дования, возможные осложнения).
8. Основные методы обследования в при бесплодном браке: анамнез, специальные методы исследования (осмотр, тесты функпи- ональной диагностики, гормональное исследование, эндоскопия (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия), ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования.
9. Лечение бесплодия зависимости от формы
10. Методы стимуляции овуляции при различных формах эндокринного бесплодия
11. Возможные по­бочные действия и осложнения стимуляции овуляции (синдром гиперстимуляции яични­ков).
12. Новые методы лечения бесплодия (ЭКО и трансплантация эмбриона, искусственная инсеминация).
13. Использование бальнеологических факторов при ведении больных с бесплодием

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Бесплодие – это состояние пары, при котором по определенным причинам, происходящим или в организме женщины или у мужчины, либо у обоих партнеров, беременность не наступает после 12 месяцев регулярной половой жизни без использования контрацепции, при условии детородного возраста супругов. Из сказанного следует, что для выяснения причин бесплодия необходимо параллельное обследование супругов. Методика обследования женщины: В анамнезе следует выяснить тип бесплодия, является оно первичным или вторичным. Первичное бесплодие означает, что женщина никогда не беременела ранее, а вторичное – беременности были. Необходимо выяснить количество и исходы предшествующих беременностей. При этом рекомендуется придерживаться терминологии, предлагаемой ВОЗ – роды жизнеспособным плодом, выкидыши, искусственные аборты, эктопическая беременность, пузырный занос. Важное значение имеет контрацептивный анамнез. Некоторые системные заболевания, диабет, туберкулез, заболевания щитовидной железы могут влиять на репродуктивную функцию. Кроме того, на фертильность могут влиять некоторые виды медикаментозной терапии (цитостатики, транквилизаторы, антидепрессанты), лучевая терапия, профессиональные вредности, чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков. При выяснении характера менструальной функции необходимо выяснить возраст наступления менархе. Менструальный цикл с постоянной продолжительностью, в пределах 25-35 дней, считается регулярным. Спонтанные менструации, возникающие в интервалах 36 дней – 6 мес. Называются олигоменореей. Циклы с постоянной продолжительностью, возникающие чаще 25 дней классифицируются как полименорея. Болезненные менструации – дисменорея. Если средняя частота половых сношений не превышает двух раз в месяц, можно предполагать о сексуальной дисфункции. Болезненность при половых сношениях (диспареуния) может быть поверхностной или глубокой (признак вагинизма, эндометриоза, фиксированного загиба матки).

После окончания обследования женщине выставляется диагноз в соответствии с реестром диагнозов ВОЗ:

1. Сексуальная дисфункция
2. Гиперпролактинемия
3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области
4. Аменорея с повышенным ФСГ
5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов
6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов
7. Олигоменорея
8. Нерегулярные менструации или овуляции
9. Ановуляция при регулярном цикле
10. Врожденная патология
11. Двухсторонняя непроходимость маточных труб
12. Спайки в тазу
13. Эндометриоз
14. Приобретенная патология матки или шейки
15. Приобретенная патология маточных труб
16. Приобретенная патология яичников
17. Туберкулез гениталий
18. Диагноз неизвестен (лапароскопия не произведена)
19. Ятрогенные причины
20. Отрицательный посткоитальный тест
21. Отсутствие видимых причин бесплодия

Диагноз 1 – сексуальная дисфункция устанавливается при редких половых сношениях (менее 2 раз в месяц), отсутствие знания и адекватного использования фертильного периода.

2. Гиперпролактинемия выставляется женщинам с повышенным содержанием пролактина, подтвержденным при повторном определении при отсутствии поражения гипоталамо-гипофизарной системы и гипотиреоидизма.

3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области – это наличие патологии в области турецкого седла, что может указывать на опухоль гипофиза (включая пролактиному) или поражение, приводящее к сдавлению гипофиза (менингиома, краниофарингиома)

4. Аменорея с повышенным содержанием ФСГ – это аменорея яичникового происхождения. Для установления диагноза нужны следующие критерии: наличие первичной или вторичной аменореи, повышенное содержание ФСГ и нормальный лейкоцитарный кариотип.

Следующие диагнозы (5, 6, 7, 8, 9) связаны с характером менструаций и выставляются только при отсутствии этиологических диагнозов, способных привести к нарушению овуляции. Критериями для этого служат:

1) отсутствие анамнестических данных о длительном применении медикаментов,

2) отсутствие системных заболеваний,

3) отсутствие вредных производственных факторов или условий внешней среды,

4) отсутствие данных о злоупотреблении алкогольными напитками или употреблении наркотиков,

5) нормальное содержание пролактина в сыворотке крови.

5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов - это первичная или вторичная аменорея, при которой обнаруживается положительный тест отмены прогестерона или нормальное содержание эстрадиола в крови.

6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов. Этот диагноз ставится при первичной или вторичной аменорее, при которой устанавливаются: отрицательный тест отмены прогестерона или понижение содержания эстрадиола в крови, нормальное содержание ФСГ, нормальная или повышенная тиреоидная функция.

7. Олигоменорея - это наличие менструального цикла, продолжительностью от 36 дней до 6 месяцев.

8. Нерегулярные менструации и/или овуляции. Установление этого диагноза возможно при нерегулярных менструациях, а также при регулярных циклах или полименорее с нечетким овуляторным статусом.

9. Ановуляция при регулярном менструальном ритме - это последовательно ановуляторный цикл на фоне регулярных месячных или полименореи.

10. Врожденная патология выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, лапароскопии, исследовании лейкоцитарного кариотипа.

11. Двусторонняя непроходимость маточных труб устанавливается с помощью гистеросальпингографии и/или лапароскопии.

12. Спайки в полости малого таза. Спаечный процесс разной степени выраженности устанавливается по данным лапароскопии.

13. Эндометриоз устанавливается с помощью диагностической лапароскопии.

14. Приобретенная патология шейки или тела матки может быть следствием электрокоагуляции, конизации, циркулярной биопсии или ампутации шейки, кюретажа или оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, миомэктомия). Диагноз устанавливается при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, гистеро- и лапароскопии.

15. Приобретенная патология маточных труб. К этой диагностической категории относится односторонняя непроходимость труб или их другая патология, кроме двухсторонней непроходимости.

16. Приобретенная патология яичников выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом исследовании и/или лапароскопии. Включает в себя кисты яичников и поликистоз.

17. Генитальный туберкулез подтверждается положительным результатом бактериологического исследования ткани эндометрия или менструальной крови.

18. Диагноз не известен (лапароскопия не произведена) - устанавливается при невыясненной причине бесплодия, если не произведена лапароскопия.

19. Ятрогенные причины - это овуляторные нарушения, обусловленные побочным действием некоторых медикаментов.

20. Системные причины. К этой диагностической категории относятся женщины с ановуляторным или несоответствующими менструальными циклами при наличии одного из следующих факторов:

1) наличие системных заболеваний,

2) возможность воздействия вредных факторов, влияющих на фертильность,

3) чрезмерное употребление алкогольных напитков или наркотиков,

4) нарушение функций щитовидной железы.

21. Патологический посткоитальный тест. Этот диагноз ставится при наличии отрицательного посткоитального теста у пар с отсутствием других видимых причин бесплодия у обоих партнеров.

22. Отсутствие видимых причин бесплодия - выставляется при соблюдении следующих условий: адекватная частота половых сношений в месяц, знание и использование фертильного периода, регулярный менструальный и овуляторный цикл, нормальное содержание пролактина, отсутствие патологии со стороны внутренних половых органов при лапароскопии, нормальная полость матки по данным ГСГ, нормальный посткоитальный тест, наличие причин бесплодия только у партнер

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ ПРИ НАЛИЧИИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ

а) 0.5 года

б) 1 года

в) 2.5 лет

г) 5 лет

д) нет верного ответа

2. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ

а) 6-12 часов

б) 24-48 часов

в) 3-5 суток

г) 10 суток

д) нет верного ответа

3. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ГЕСТАГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

4. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД НЕОБХОДИМО

а) длительная циклическая терапия половыми гормонами

б) стимуляция овуляции

в) клиновидная резекция яичников

г) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

д) нет верного ответа

5. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) нет верного ответа

6. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ 1) ТКАНИ ЯИЧНИКА ИЛИ ЕГО РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 2) МАТКИ ИЛИ ЕЕ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 3) ПРОДУКЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ 4) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОГО ЯИЧНИКА К ГОНАДОТРОПИНАМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА 1) РАЗВИТИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ 2) РАЗВИТИЕМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА 3) СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ В ГИПОТАЛАМУСЕ ПРОЛАКТИНИНГИБИРУЮЩЕГО ФАКТОРА 4) ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

8. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРЛОДЕЛА ЗАВИСИТ 1) ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2) ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЭСТРОГЕНОВ 3) ОТ ДАННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ 4) ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

9. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО 1) НАЗНАЧЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА (ПРЕДНИЗОЛОНА) ПОД КОНТРОЛЕМ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЧИ 2) ПРОВЕДЕНИЕ ДВУФАЗНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТРОГЕНЫ В I ФАЗУ, ГЕСТАГЕНЫ ВО II ФАЗУ) ПРЕРЫВИСТЫМИ ЦИКЛАМИ ПО 2-3 МЕСЯЦА С ИНТЕРВАЛОМ В 2 МЕСЯЦА 3) В ИНТЕРВАЛЕ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ - НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОВУЛЯЦИЮ (КЛОМИФЕН, КЛОСТИЛБЕГИТ), ВИТАМИНОВ Е И С ВО II ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ - ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ 1) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ 3) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ 4) БИОПСИЯ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

**Задача №1**

Больная М., 28 лет в браке состоит 8 лет. Беременностей не было, не предохраняется.

Менструация с 15 лет, нерегулярная через 2-3 мес. по 5 дней, умеренная. На лице угревая сыпь, кожа пористая, жирная. Вес 80кг при росте 160см.

При обследовании мужа спермограмма без патологии. По УЗИ гениталий – в яичниках множество атрофических фолликулов; размеры яичников 32\*42\*52мм. Базальная температура монофазная. В анализах сыворотки крови повышено содержание тестестерона.

1. Предположительный диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. С чего следует начинать лечение этой больной?
5. Реабилитация?

**Задача №2**

Больная А., 25 лет. Состоит в браке 3 года, не предохраняется, беременностей - 0. Гинекологические заболевания отрицает; соматически здорова. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Муж соматически здоров, в детстве оперирован по поводу крипторхизма. При обследовании спермы – аспермия.

1. Предположительный диагноз?
2. Следует ли обследовать женщину?
3. Тактика врача после обследования?
4. Следует ли лечить супруга, если да, то как?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная Р., 31 год состоит в браке в течение 9 лет, не предохранялась, беременностей - 0. У мужа брак 2-ой, в 1-м браке двое детей. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 12 лет по 5 дней через 28 дней, б/болезненные, умеренные.

При обследовании: гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Базальная температура 2-х фазная; трубы проходимы. Обследована на ИППП – не найдены. Спермограмма в пределах нормы. УЗИ гениталий – без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение рекомендовать при подтверждении диагноза?
4. Возможно ли наступление беременности?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная О., 27 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение 3-х лет. Контрацепцией не пользуется. При обследовании у гинеколога – патологии не выявлено. При обследовании супруга диагностирован хронический простатит с частыми рецидивами. При анализе спермы выявлено: сперматозоидов в 1мл-12 млн.; прогрессивно подвижных форм- 31%, дегенеративных форм-24%, лейкоцитов много в поле зрения.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Прогноз?
4. Показатели нормальной спермограммы?
5. Профилактика?
6. **Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. Лечение бесплодия зависимости от формы
2. Методы стимуляции овуляции при различных формах эндокринного бесплодия
3. Возможные по­бочные действия и осложнения стимуляции овуляции (синдром гиперстимуляции яични­ков).
4. Новые методы лечения бесплодия (ЭКО и трансплантация эмбриона, искусственная инсеминация).
5. Использование бальнеологических факторов при ведении больных с бесплодием

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) нет верного ответа

2. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ 1) ТКАНИ ЯИЧНИКА ИЛИ ЕГО РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 2) МАТКИ ИЛИ ЕЕ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 3) ПРОДУКЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ 4) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОГО ЯИЧНИКА К ГОНАДОТРОПИНАМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

3. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА 1) РАЗВИТИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ 2) РАЗВИТИЕМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА 3) СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ В ГИПОТАЛАМУСЕ ПРОЛАКТИНИНГИБИРУЮЩЕГО ФАКТОРА 4) ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

4. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРЛОДЕЛА ЗАВИСИТ 1) ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2) ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЭСТРОГЕНОВ 3) ОТ ДАННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ 4) ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

5. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО 1) НАЗНАЧЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА (ПРЕДНИЗОЛОНА) ПОД КОНТРОЛЕМ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЧИ 2) ПРОВЕДЕНИЕ ДВУФАЗНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТРОГЕНЫ В I ФАЗУ, ГЕСТАГЕНЫ ВО II ФАЗУ) ПРЕРЫВИСТЫМИ ЦИКЛАМИ ПО 2-3 МЕСЯЦА С ИНТЕРВАЛОМ В 2 МЕСЯЦА 3) В ИНТЕРВАЛЕ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ - НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОВУЛЯЦИЮ (КЛОМИФЕН, КЛОСТИЛБЕГИТ), ВИТАМИНОВ Е И С ВО II ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ - ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ 1) ТКАНИ ЯИЧНИКА ИЛИ ЕГО РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 2) МАТКИ ИЛИ ЕЕ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 3) ПРОДУКЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ 4) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОГО ЯИЧНИКА К ГОНАДОТРОПИНАМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА 1) РАЗВИТИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ 2) РАЗВИТИЕМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА 3) СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ В ГИПОТАЛАМУСЕ ПРОЛАКТИНИНГИБИРУЮЩЕГО ФАКТОРА 4) ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

8. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРЛОДЕЛА ЗАВИСИТ 1) ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2) ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЭСТРОГЕНОВ 3) ОТ ДАННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ 4) ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

9. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО 1) НАЗНАЧЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА (ПРЕДНИЗОЛОНА) ПОД КОНТРОЛЕМ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЧИ 2) ПРОВЕДЕНИЕ ДВУФАЗНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТРОГЕНЫ В I ФАЗУ, ГЕСТАГЕНЫ ВО II ФАЗУ) ПРЕРЫВИСТЫМИ ЦИКЛАМИ ПО 2-3 МЕСЯЦА С ИНТЕРВАЛОМ В 2 МЕСЯЦА 3) В ИНТЕРВАЛЕ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ - НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОВУЛЯЦИЮ (КЛОМИФЕН, КЛОСТИЛБЕГИТ), ВИТАМИНОВ Е И С ВО II ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ - ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ 1) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ 3) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ 4) БИОПСИЯ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

**Задача №1**

Больная А., 25 лет. Состоит в браке 3 года, не предохраняется, беременностей - 0. Гинекологические заболевания отрицает; соматически здорова. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Муж соматически здоров, в детстве оперирован по поводу крипторхизма. При обследовании спермы – аспермия.

* 1. Предположительный диагноз?
  2. Следует ли обследовать женщину?
  3. Тактика врача после обследования?
  4. Следует ли лечить супруга, если да, то как?
  5. Профилактика?

**Задача №2**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная Р., 31 год состоит в браке в течение 9 лет, не предохранялась, беременностей - 0. У мужа брак 2-ой, в 1-м браке двое детей. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 12 лет по 5 дней через 28 дней, б/болезненные, умеренные.

При обследовании: гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Базальная температура 2-х фазная; трубы проходимы. Обследована на ИППП – не найдены. Спермограмма в пределах нормы. УЗИ гениталий – без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение рекомендовать при подтверждении диагноза?
4. Возможно ли наступление беременности?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная О., 27 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение 3-х лет. Контрацепцией не пользуется. При обследовании у гинеколога – патологии не выявлено. При обследовании супруга диагностирован хронический простатит с частыми рецидивами. При анализе спермы выявлено: сперматозоидов в 1мл-12 млн.; прогрессивно подвижных форм- 31%, дегенеративных форм-24%, лейкоцитов много в поле зрения.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Прогноз?
4. Показатели нормальной спермограммы?
5. Профилактика?

**1. Занятие № 22**

**Тема: «Дифференциально-диагностические критерии и планирование лечения больных с различными формами женского бесплодия»**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**: Бесплодие – одна из самых актуальных проблем! **В России живёт примерно 3 млн. граждан репродуктивного возраста которые не могут иметь детей (это 2,05% от общей численности населения). В Украине в последние годы по статистическим данным почти 20% супружеских пар также не могут завести ребенка. И та и другая цифра больше аналогичных показателей во многих других странах мира.**

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам дифференциальной диагностики и лечению больных с различными формами бесплодия

-УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

**- учебная:**

знать причины бесплодия, классификацию форм бесплодия, принципы лечения различных форм бесплодия;

уметь интерпретировать данные клинико-лабораторного обследования, гормонального обследования ставить диагноз на их основании;

владеть способностью правильно подобрать лечение.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Вопросы по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

* + - 1. Бесплодие. Классификация. Причины. Диагностика (алгоритм обследования).
      2. Трубный фактор. Перитонеальный фактор. Маточный фактор.
      3. Шеечный и влагалищный фактор.
      4. Бесплодие неясного генеза.
      5. Гормональные формы бесплодия
      6. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза: эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) в генезе бесплодия
      7. Алгоритм обследования женщин с бесплодием (оптимальные сроки проведения и диагностическая значимость различных методов иссле­дования, возможные осложнения).
      8. Основные методы обследования в при бесплодном браке: анамнез, специальные методы исследования (осмотр, тесты функпи- ональной диагностики, гормональное исследование, эндоскопия (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия), ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования.
      9. Лечение бесплодия в зависимости от формы.

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Бесплодие – это состояние пары, при котором по определенным причинам, происходящим или в организме женщины или у мужчины, либо у обоих партнеров, беременность не наступает после 12 месяцев регулярной половой жизни без использования контрацепции, при условии детородного возраста супругов. Из сказанного следует, что для выяснения причин бесплодия необходимо параллельное обследование супругов. Методика обследования женщины: В анамнезе следует выяснить тип бесплодия, является оно первичным или вторичным. Первичное бесплодие означает, что женщина никогда не беременела ранее, а вторичное – беременности были. Необходимо выяснить количество и исходы предшествующих беременностей. При этом рекомендуется придерживаться терминологии, предлагаемой ВОЗ – роды жизнеспособным плодом, выкидыши, искусственные аборты, эктопическая беременность, пузырный занос. Важное значение имеет контрацептивный анамнез. Некоторые системные заболевания, диабет, туберкулез, заболевания щитовидной железы могут влиять на репродуктивную функцию. Кроме того, на фертильность могут влиять некоторые виды медикаментозной терапии (цитостатики, транквилизаторы, антидепрессанты), лучевая терапия, профессиональные вредности, чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков. При выяснении характера менструальной функции необходимо выяснить возраст наступления менархе. Менструальный цикл с постоянной продолжительностью, в пределах 25-35 дней, считается регулярным. Спонтанные менструации, возникающие в интервалах 36 дней – 6 мес. Называются олигоменореей. Циклы с постоянной продолжительностью, возникающие чаще 25 дней классифицируются как полименорея. Болезненные менструации – дисменорея. Если средняя частота половых сношений не превышает двух раз в месяц, можно предполагать о сексуальной дисфункции. Болезненность при половых сношениях (диспареуния) может быть поверхностной или глубокой (признак вагинизма, эндометриоза, фиксированного загиба матки).

*Данные физикального обследования:*

Необходимо выяснить индекс Гарро ( Вес/рост ). Изменение веса более чем на 10% за последний год может сочетаться с нарушением овуляции и снижением восприимчивости к стимуляторам овуляции.

Если у женщины имеется гирсутизм, необходимо подсчитать число Ферримана-Галвея. Если сумма баллов превышает 13, можно думать о гиперандрогении. При недостаточном развитии молочных желез, указывающем на гипоэстрогению, необходимо отметить степень их развития по Таннеру.

Наличие галактореи (отделяемое из сосков, похожее на молозиво) определяется при слабом нажатии пальцами ареолярной области. Может указывать на гиперпролактинемию. Необходимо подвергнуть отделяемое микроскопическому исследованию, для исключения органических заболеваний молочной железы.

При осмотре наружных половых органов необходимо обратить внимание на размеры клитора. Увеличение его длины более чем на 2 см. или диаметра окружности более чем 1 см. свидетельствует о вирилизме.

При бимануальном исследовании можно выявить врожденную или приобретенную патологию. *Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:*

Первейшим среди дополнительных методов исследования является ультразвуковое скенирование, которое проводится ежедневно с 7 по 14 день менструального цикла (при 28-дневном менструальном цикле). Целью его, кроме выявления врожденной или приобретенной патологии гениталий, является биометрия доминирующего фолликула (подтверждение овуляции).

Следующим методом в порядке обследования является лапароскопия, которая выполняется на 18 день менструального цикла. Она позволяет решить вопрос о проходимости маточных труб, подтверждении овуляции (стигма желтого тела), наличие врожденной или приобретенной патологии матки и яичников, эндометриоза. В случае обнаружения эндометриоза необходимо отметить его стадию, придерживаясь классификации Американского общества по фертильности. В случае невозможности выполнения лапароскопии необходимо сделать гистеросальпингографию на 6-8 день менструального цикла. Информацию о проходимости маточных труб можно получить с помощью кимопертубации, которая делается в дни предполагаемой овуляции.

О состоянии полости матки можно судить по данным гистероскопии, которая выполняется между 20 и 24 днями менструального цикла, когда при биопсии эндометрия, в случае овуляции, в нем наблюдаются секреторные изменения.

С целью исключения туберкулеза необходимо произвести бактериологическое исследование эндометрия или менструальной крови.

Поскольку значительная роль в происхождении бесплодия в семье принадлежит нейро-эндокринной патологии, необходимо исследование эндокринного профиля. У каждой женщины необходимо в обязательном порядке определять содержание пролактина в крови на 3-5 день менструального цикла. Забор крови для определения пролактина не должен производиться после влагалищного исследования или осмотра молочных желез. При повышенном содержании пролактина необходимо повторить его определение в течении месяца. Целесообразно, для подтверждения гиперпролактинемии, забирать для анамнеза 3-4 образца крови с 15-минутными интервалами при помощи постоянной иглы. Повышенное содержание пролактина при утреннем заборе крови может являться результатом естественного повышения пролактина в ночное время. При превышении содержания пролактина необходимо исключить аденому гипофиза путем R-графии черепа (sellaturcica), KT, ЯМРТ и исследования полей зрения.

Причиной гиперпролактинемии может явиться гипотиреоз, поэтому при гиперпролактинемии необходимо изучить функцию щитовидной железы. При выявлении пониженного содержания тироксина в сыворотке крови и высокого содержания ТТГ- устанавливается диагноз гипотиреоидизма. Изучение функции щитовидной железы, необходимо и у женщин с аменореей, олигоменореей или полименореей, у которых нарушение менструального цикла может быть обусловлено гипо- или гипертиреоидизмом.

Для определения эстрогенной насыщенности организма следует провести пробу с прогестероном. В течение 5 дней, ежедневно назначается 15 мг норэтистерона. Если в течение первой последующей недели появляется менструально-подобное кровотечение - тест считается положительным.

У женщин с аменореей необходимо выяснить уровень эндогенных эстрогенов путем определения содержания эстрадиола в плазме или сыворотке крови. При неадекватном содержании эндогенных эстрогенов необходимо определить ФСГ в сыворотке крови. В случае повышенного ФСГ на фоне аменореи речь идет о гипергонадотропном гипогонадизме, что является показанием к исследованию лейкоцитарного кариотипа. Для определения овуляторного статуса необходимо измерение содержания прогестерона в крови между 20 и 24 днями менструального цикла (при 28-дневном менструальном цикле). Овуляторным считается цикл, если содержание прогестерона в эти сроки превышает 18 нмоль/л. Для подтверждения овуляции, кроме опре­деления прогестерона в середине лютеиновой фазы необходимо принимать во внимание данные базального термометрирования (2-х фазная температурная кривая), а также результаты предыдущего обследования: стигма желтого тела при лапароскопии на 18 день менструального цикла, секреторные изменения в эндометрии между 20 и 24 днями менструального цикла при биопсии во время гистероскопии, УЗ-мониторинг доминирующего фолликула. При соответствии данных, полученных разными методами, цикл классифицируется как последовательно овуляторный или последовательно ановуляторный. Цикл классифицируется как нерегулярный при несоответствии результатов 2-х или более тестов.

При бесплодии неясного генеза, для исключения нарушений проницаемости цервикальной слизи проводится посткоитальный тест на 12-14 день менструального цикла. Сущность метода заключается в выявлении подвижных сперматозоидов в цервикальной слизи через 6-10 часов после полового сношения. Тест проводится в дни предполагаемой овуляции после 2-х дневного воздержания от половой жизни. После окончания обследования женщине выставляется диагноз в соответствии с реестром диагнозов ВОЗ:

1. Сексуальная дисфункция
2. Гиперпролактинемия
3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области
4. Аменорея с повышенным ФСГ
5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов
6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов
7. Олигоменорея
8. Нерегулярные менструации или овуляции
9. Ановуляция при регулярном цикле
10. Врожденная патология
11. Двухсторонняя непроходимость маточных труб
12. Спайки в тазу
13. Эндометриоз
14. Приобретенная патология матки или шейки
15. Приобретенная патология маточных труб
16. Приобретенная патология яичников
17. Туберкулез гениталий
18. Диагноз неизвестен (лапароскопия не произведена)
19. Ятрогенные причины
20. Отрицательный посткоитальный тест
21. Отсутствие видимых причин бесплодия

Диагноз 1 – сексуальная дисфункция устанавливается при редких половых сношениях (менее 2 раз в месяц), отсутствие знания и адекватного использования фертильного периода.

2. Гиперпролактинемия выставляется женщинам с повышенным содержанием пролактина, подтвержденным при повторном определении при отсутствии поражения гипоталамо-гипофизарной системы и гипотиреоидизма.

3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области – это наличие патологии в области турецкого седла, что может указывать на опухоль гипофиза (включая пролактиному) или поражение, приводящее к сдавлению гипофиза (менингиома, краниофарингиома)

4. Аменорея с повышенным содержанием ФСГ – это аменорея яичникового происхождения. Для установления диагноза нужны следующие критерии: наличие первичной или вторичной аменореи, повышенное содержание ФСГ и нормальный лейкоцитарный кариотип.

Следующие диагнозы (5, 6, 7, 8, 9) связаны с характером менструаций и выставляются только при отсутствии этиологических диагнозов, способных привести к нарушению овуляции. Критериями для этого служат:

1) отсутствие анамнестических данных о длительном применении медикаментов,

2) отсутствие системных заболеваний,

3) отсутствие вредных производственных факторов или условий внешней среды,

4) отсутствие данных о злоупотреблении алкогольными напитками или употреблении наркотиков,

5) нормальное содержание пролактина в сыворотке крови.

5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов - это первичная или вторичная аменорея, при которой обнаруживается положительный тест отмены прогестерона или нормальное содержание эстрадиола в крови.

6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов. Этот диагноз ставится при первичной или вторичной аменорее, при которой устанавливаются: отрицательный тест отмены прогестерона или понижение содержания эстрадиола в крови, нормальное содержание ФСГ, нормальная или повышенная тиреоидная функция.

7. Олигоменорея - это наличие менструального цикла, продолжительностью от 36 дней до 6 месяцев.

8. Нерегулярные менструации и/или овуляции. Установление этого диагноза возможно при нерегулярных менструациях, а также при регулярных циклах или полименорее с нечетким овуляторным статусом.

9. Ановуляция при регулярном менструальном ритме - это последовательно ановуляторный цикл на фоне регулярных месячных или полименореи.

10. Врожденная патология выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, лапароскопии, исследовании лейкоцитарного кариотипа.

11. Двусторонняя непроходимость маточных труб устанавливается с помощью гистеросальпингографии и/или лапароскопии.

12. Спайки в полости малого таза. Спаечный процесс разной степени выраженности устанавливается по данным лапароскопии.

13. Эндометриоз устанавливается с помощью диагностической лапароскопии.

14. Приобретенная патология шейки или тела матки может быть следствием электрокоагуляции, конизации, циркулярной биопсии или ампутации шейки, кюретажа или оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, миомэктомия). Диагноз устанавливается при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, гистеро- и лапароскопии.

15. Приобретенная патология маточных труб. К этой диагностической категории относится односторонняя непроходимость труб или их другая патология, кроме двухсторонней непроходимости.

16. Приобретенная патология яичников выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом исследовании и/или лапароскопии. Включает в себя кисты яичников и поликистоз.

17. Генитальный туберкулез подтверждается положительным результатом бактериологического исследования ткани эндометрия или менструальной крови.

18. Диагноз не известен (лапароскопия не произведена) - устанавливается при невыясненной причине бесплодия, если не произведена лапароскопия.

19. Ятрогенные причины - это овуляторные нарушения, обусловленные побочным действием некоторых медикаментов.

20. Системные причины. К этой диагностической категории относятся женщины с ановуляторным или несоответствующими менструальными циклами при наличии одного из следующих факторов:

1) наличие системных заболеваний,

2) возможность воздействия вредных факторов, влияющих на фертильность,

3) чрезмерное употребление алкогольных напитков или наркотиков,

4) нарушение функций щитовидной железы.

21. Патологический посткоитальный тест. Этот диагноз ставится при наличии отрицательного посткоитального теста у пар с отсутствием других видимых причин бесплодия у обоих партнеров.

22. Отсутствие видимых причин бесплодия - выставляется при соблюдении следующих условий: адекватная частота половых сношений в месяц, знание и использование фертильного периода, регулярный менструальный и овуляторный цикл, нормальное содержание пролактина, отсутствие патологии со стороны внутренних половых органов при лапароскопии, нормальная полость матки по данным ГСГ, нормальный посткоитальный тест, наличие причин бесплодия только у партнера.

Методика обследования мужчин.

Обследование супруга проводится по следующим параметрам:

История бесплодия - сюда входят данные о типе бесплодия (первичное, вторичное), предыдущих обследовании и лечении. Патология (бронхоэктазия, хронические синуситы, бронхиты, эпидидимиты, орхиты, травмы и т.д.) и применение лекарственных средств, способных повлиять на репродуктивный аппарат (транквилизаторы, антидепрессанты, цитостатики).

Сексуальная и эякуляторная функции - данные о частоте половых сношений в месяц (не менее 2-х), состояние эрекции (адекватное, если достаточна для совершения влагалищного полового акта), эякуляции (адекватна, если происходит регулярно и внутривлагалищно ).

Общефизическое развитие, урогенитальное обследование - состояние пениса ( рубцы, индурация, гипо-, эписпадия и т.д.), яичек (упругость, консистенция, объём ), мошонки ( паховая грыжа, варикоцеле ). Ректально - состояние простаты.

Основополагающим звеном в диагностике мужского бесплодия является исследование эякулята, которое проводится после 3-5-дневного полового воздержания. Сперму получают путём мастурбации в чистый стеклянный сосуд. К исследованию приступают после полного разжижения эякулята, не позднее 60 минут после эякуляции.

*Нормальный анализ спермы:* сперма с нормальными сперматозоидами, без агглютинации и с нормальной семенной жидкостью и лейкоцитами, то есть: сперматозоиды -

- плотность: >=20 млн/мл

- подвижность: >=25% сперматозоидов имеют подвижность степенью (а) в течение 60 минут после эякуляции

- морфология: >=50% нормальных форм

-MAR-тест: <10% подвижных сперматозоидов атакованы антителами

- агглютинация отсутствует семенная жидкость - объём: >=2,0 мл

- проявление и вязкость: молочно-белый или желтоватый цвет, без примеси слизи или крови; вязкость - 0,1 - 0,5 см

- рН: от 7,2 до 7,8

- лейкоциты: <1,0 млн/мл

- культура - отрицательная, т.е. менее 1000 бактерий/мл

- биохимия: фруктоза - 13 мкмоль и более в эякуляте.

Для характеристики функционального состояния центральных звеньев регуляции сперматогенеза выполняются гормональные исследования: ФСГ - у мужчин с плотностью спермы меньше 5 млн/мл. Пролактин - у пациентов с сексуальной дисфункцией. Плазменный тестостерон - у пациентов с гипоандрогенизмом и нормальным значением ФСГ.

У пациентов с азооспермией и повышенным уровнем ФСГ при малом объёме яичек (< 10 мл с каждой стороны) определяется лейкоцитарный кариотип.

С целью верификации иммунологического фактора бесплодия определяется уровень антиспермальных аутоантител.

На основании полученных данных выставляется диагноз в соответствии с реестром диагностических категорий, предлагаемых группой экспертов ВОЗ:

*1*. Сексуальная и/или эякуляторная дисфункция

2. Недемонстрируемая причина бесплодия

3. Изолированное нарушение семенной жидкости

4. Ятрогенные причины

5 .Системные заболевания

6 . Врожденные аномалии развития

7. Приобретенное поражение тестикул

8. Варикоцеле

9 . Инфекция дополнительных половых желез

10. Иммунологические причины

11. Эндокринные причины

12. Бесплодие с идеопатической астенозооспермией

13. Бесплодие с идеопатическойолигозооспермией

14. Бесплодие с идеопатической тератозооспермией

15. Обструкимвная азооспермия

16. Бесплодие *с идиопатической азооспермией*

*Диагноз 1 –* сексуальная и/или эякуляторная дисфункция устанавливается в случае неадекватной эрекции на почве психосексуальных или органических нарушений или неадекватной частоте половых сношений, эякуляторных нарушений, при которых половые сношения имеют место, но либо эякуляция не наступает, либо происходит вне влагалища, например при гипоспадии, ретроградной эякуляции – специфической форме нарушения эякуляции, при которой сперма не изливается наружу, а поступает в мочевой пузырь. В этом случае у пациента наблюдается аспермия, а в посторгазмной моче содержатся сперматозоиды. Все последующие диагнозы предусматривают адекватную сексуальную и эякуляторную функции.

2. Недемонстрируемая причина бесплодия – если сексуальная и эякуляторная функции адекватны, а классификация спермы – нормоспермия.

3. Изолированное нарушение семенной жидкости – предусматривает нормальные параметры сперматозоидов при нарушении физических, биохимических или бактериологических показателях семенной плазмы, или при увеличенных количествах лейкоцитов, или при наличии агглютинации с отрицательным МАR-тестом

Все последующие диагнозы ставятся только в случаях, если сперма классифицируется азооспермия или патология сперматозоидов.

4. Ятрогенные причины – когда патология сперматозоидов рассматривается как следствие медицинского или хирургического вмешательства.

5. Системные заболевания в качестве диагноза мужского бесплодия фигурируют, если патологию сперматозоидов рассматривают как следствие системных заболеваний или излишнего употребления алкоголя, лекарств или воздействия факторов внешней среды, недавно перенесенной высокой температуры.

6. Врожденные аномалии развития - включают нарушение кариотипа и крипторхизм.

7. Приобретенное поражение тестикул – диагноз правомерен, если патология сперматозоидов рассматривается как следствие пренесенного эпидемического паротита с орхитом или патологии, вазывающей поражение тестикул с уменьшением объема менее 15 мл или их атрофией с одной или двух сторон.

8. Варикоцеле как причина бесплодия должно сопровождаться патологией спермы. Если пациент имеет варикоцеле и нормоспермию, то варикоцеле не является причиной бесплодия и в этом случае ставится диагноз «недемонстрируемая причина бесплодия».

9. Инфекция добавочных половых желез диагностируется, если пациент имеет олиго- или астено- или тератозооспермию и выполняются следующие условия:

а) история инфекции мочевого тракта, эпидидимита, ИППП, и/или болезненность придатка яичка, утолщение семявыносящего протока, патология, выявляемая при ректальном обследовании.

б) патология простатического сока или мочи после пассажа простаты

в) эякуляторные признаки: более 1 млн лейкоцитов в 1мл эякулята, более 1000 бактеримй/мл, нарушение проявления или вязкости, рН семенной жидкости.

10. Иммунологическая причина диагностируется, если при исследовании спермы обнаруживаются спермавтозоиды, атакованные антителами.

11. Эндокринные причины – диагноз ставится в случае нормальных значений ФСГ в сыворотке крови и низких уровней тестостерона или повторно повышенных значений пролактина.

Следующие диагнозы являются описательными и выставляются лишь в случае, если ни один из предшествующих диагнозов неприемлим.

12. Идиопатическая олигозооспермия - при плотности спермы менее 20 миллионов/мл.

13. Идиопатическая астенозооспермия - при нормальной плотности спермы, но сниженной подвижности: менее, чем 25% сперматозоидов имеют подвижность степени /а/.

14. Идиопатическая тератозооспермия диагностируется при нормальной плотности и подвижности спермы, но низкой морфологии (нормальные формы имеют менее 50% сперматозоидов).

15. Обструктивная азооспермия выставляется в случае, если классификация спермы - азооспермия, при нормальном уровне ФСГ и нормальном объеме яичек.

16. Идиопатическая азооспермия - диагноз правомерен, когда происхождение азооспермии у пациента неизвестно (низкий тестикулярный объем или повышенный уровень ФСГ).

После завершения обследования обоих партнеров устанавливается окончательный диагноз для женщины и для мужчины, на основании которого определяется прогноз наступления беременности и подбирается, при необходимости, патогенетически обоснованная терапия.

При применении современных методов обследования, соответствующих унифицированной методологии ВОЗ, время обследования сокращается до 2-3 месяцев вместо 1,5-2 лет, при этом суммарные затраты меньше в 4-6 раз.

Симптомокомплексы эндокринных расстройств, ведущих к нарушению менструального цикла (ВОЗ):

* гипоталамо-гипофизарная недостаточность,
* гипоталамо-гипофизарная дисфункция,
* яичниковая недостаточность,
* врожденные или приобретенные нарушения половой системы,
* гиперпролактиенемия при наличии опухоли гипофиза,
* функциональная гиперпролактинемия,
* аменорея на фоне опухоли гипоталамо-гипофизарной области

Классификация эндокринного бесплодия (Овсянникова Т.В.)

*Эндокринное бесплодие при гиперпролактинемии:*

* функциональная гиперпролактинемия,
* органическая гиперпролактинемия,*.*

*Эндокринное бесплодие при нормопролактинемии:*

* *г*ипоталамо-гипофизарная дисфункция,
* гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипогонадотропная аменорея), поликистозные яичники,
* яичниковая недостаточность (гипергонадотропная аменорея),

*Бесплодие на фоне гиперпролактинемии* (68% органического генеза, 2% на фоне гипотиреоза),

Диагностика: клиника (аменорея,олигоменорея, галакторея, нарушение овуляции), уровень пролактина, функциональные фармакологические тесты с церукалом, парлоделом, краниография, КТГ, ЯМР; иследование ТТГ, Т3, Т4,

Лечение: Функциональная гиперпролактинемия: агонисты дофамина 6 месяцев (парлодел, норпролак, достинекс), органическая гиперпролактинемияна фоне микроаденомы гипофиза: агонисты дофамина 12 мес, на фоне макроаденомы гипофиза: агонисты дофамина 24 мес, Контроль лечения: определение пролактина ежемесячно на 7 день цикла до его нормализации

*Бесплодие на фоне поликистозных яичников* (хроническая ановуляция, олигоменорея, повышение базального уровня ЛГ, коэффициент ЛГ/ФСГ более чем в 2 раза, ТС верхняя граница нормы, 12% гиперпролактинемия, НЭС). Лечение: Подготовительный этап: коррекция веса, гестагены циклически, дексаметазон 0,25 непрерывно, парлодел. При высоком уровне ЛГ - КОК, агонисты Гн-Рг, Основной этап: КОК 2-3 мес (диане 35), Кломифен (3-6 мес),ЧМГ, лапароскопическая клиновидная резекция яичников, каутеризация яичников

*Бесплодие на фоне гипоталамо-гипофизарной недостаточности* (первичная аменорея, вторичная аменорея при опухолевом генезе, отрицательная прогестероновая проба, снижение ЛГ, ФСГ, Е2) Лечение: Подготовительный этап: исключение опухоли ГГ области циклическая гормональная терапия, Основной этап: ЧМГ,

*Бесплодие на фоне гипоталамо-гипофизарной дисфункции*: (олигоменорея, вторичная аменорея, положительная прогестероновая проба, нормальный базальный уровень ЛГ, ФСГ, НЭС) Лечение:

Подготовительный этап: Коррекция веса и метаболических нарушений, ноотропные препараты, циклическая гормональная терапия, КОК (ребаунд-эффект),Основной этап: Кломифен, ХГ (3-4 цикла), ЧМГ, Кломифен, ЧМГ, ХГ,

*Бесплодие на фоне яичниковой недостаточности*: (повышение ЛГ, ФСГ, отрицательная прогестероновая проба, снижение эстрадиола) Лечение: Первичная форма (дисгенезия гонад) Вторичная форма (СИЯ, СРЯ) – ЗГТ, донорская яйцеклетка, НЛФ: Натуральные гестагены циклически, КОК 2-3 цикла, кломифен, дексаметазон, парлодел, противовоспалительная терапия (при хр. аднексите).

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

1. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ ПРИ НАЛИЧИИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ

а) 0.5 года

б) 1 года

в) 2.5 лет

г) 5 лет

д) нет верного ответа

2. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ

а) 6-12 часов

б) 24-48 часов

в) 3-5 суток

г) 10 суток

д) нет верного ответа

3. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ГЕСТАГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

4. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД НЕОБХОДИМО

а) длительная циклическая терапия половыми гормонами

б) стимуляция овуляции

в) клиновидная резекция яичников

г) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

д) нет верного ответа

5. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) нет верного ответа

6. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ 1) ТКАНИ ЯИЧНИКА ИЛИ ЕГО РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 2) МАТКИ ИЛИ ЕЕ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 3) ПРОДУКЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ 4) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОГО ЯИЧНИКА К ГОНАДОТРОПИНАМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА 1) РАЗВИТИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ 2) РАЗВИТИЕМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА 3) СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ В ГИПОТАЛАМУСЕ ПРОЛАКТИНИНГИБИРУЮЩЕГО ФАКТОРА 4) ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

8. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРЛОДЕЛА ЗАВИСИТ 1) ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2) ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЭСТРОГЕНОВ 3) ОТ ДАННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ 4) ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

9. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО 1) НАЗНАЧЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА (ПРЕДНИЗОЛОНА) ПОД КОНТРОЛЕМ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЧИ 2) ПРОВЕДЕНИЕ ДВУФАЗНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТРОГЕНЫ В I ФАЗУ, ГЕСТАГЕНЫ ВО II ФАЗУ) ПРЕРЫВИСТЫМИ ЦИКЛАМИ ПО 2-3 МЕСЯЦА С ИНТЕРВАЛОМ В 2 МЕСЯЦА 3) В ИНТЕРВАЛЕ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ - НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОВУЛЯЦИЮ (КЛОМИФЕН, КЛОСТИЛБЕГИТ), ВИТАМИНОВ Е И С ВО II ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ - ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ 1) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ 3) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ 4) БИОПСИЯ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

**Задача №1**

Больная М., 28 лет в браке состоит 8 лет. Беременностей не было, не предохраняется.

Менструация с 15 лет, нерегулярная через 2-3 мес. по 5 дней, умеренная. На лице угревая сыпь, кожа пористая, жирная. Вес 80кг при росте 160см.

При обследовании мужа спермограмма без патологии. По УЗИ гениталий – в яичниках множество атрофических фолликулов; размеры яичников 32\*42\*52мм. Базальная температура монофазная. В анализах сыворотки крови повышено содержание тестестерона.

1. Предположительный диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. С чего следует начинать лечение этой больной?
5. Реабилитация?

**Задача №2**

Больная А., 25 лет. Состоит в браке 3 года, не предохраняется, беременностей - 0. Гинекологические заболевания отрицает; соматически здорова. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Муж соматически здоров, в детстве оперирован по поводу крипторхизма. При обследовании спермы – аспермия.

1. Предположительный диагноз?
2. Следует ли обследовать женщину?
3. Тактика врача после обследования?
4. Следует ли лечить супруга, если да, то как?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная Р., 31 год состоит в браке в течение 9 лет, не предохранялась, беременностей - 0. У мужа брак 2-ой, в 1-м браке двое детей. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 12 лет по 5 дней через 28 дней, б/болезненные, умеренные.

При обследовании: гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Базальная температура 2-х фазная; трубы проходимы. Обследована на ИППП – не найдены. Спермограмма в пределах нормы. УЗИ гениталий – без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение рекомендовать при подтверждении диагноза?
4. Возможно ли наступление беременности?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная О., 27 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение 3-х лет. Контрацепцией не пользуется. При обследовании у гинеколога – патологии не выявлено. При обследовании супруга диагностирован хронический простатит с частыми рецидивами. При анализе спермы выявлено: сперматозоидов в 1мл-12 млн.; прогрессивно подвижных форм- 31%, дегенеративных форм-24%, лейкоцитов много в поле зрения.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Прогноз?
4. Показатели нормальной спермограммы?
5. Профилактика?
6. **Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

* 1. Бесплодие. Классификация. Причины. Диагностика (алгоритм обследования).
  2. Трубный фактор. Перитонеальный фактор.
  3. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза: эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) в генезе бесплодия
  4. Алгоритм обследования женщин с бесплодием (оптимальные сроки проведения и диагностическая значимость различных методов иссле­дования, возможные осложнения).
  5. Основные методы обследования в при бесплодном браке: анамнез, специальные методы исследования (осмотр, тесты функциональной диагностики, гормональное исследование, эндоскопия (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия), ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования.
  6. Лечение бесплодия зависимости от формы
  7. Методы стимуляции овуляции при различных формах эндокринного бесплодия
  8. Новые методы лечения бесплодия (ЭКО и трансплантация эмбриона, искусственная инсеминация).
  9. Использование бальнеологических факторов при ведении больных с бесплодием

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

1. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ ПРИ НАЛИЧИИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ

а) 0.5 года

б) 1 года

в) 2.5 лет

г) 5 лет

д) нет верного ответа

2. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ

а) 6-12 часов

б) 24-48 часов

в) 3-5 суток

г) 10 суток

д) нет верного ответа

3. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ГЕСТАГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

4. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД НЕОБХОДИМО

а) длительная циклическая терапия половыми гормонами

б) стимуляция овуляции

в) клиновидная резекция яичников

г) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

д) нет верного ответа

5. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) нет верного ответа

6. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ 1) ТКАНИ ЯИЧНИКА ИЛИ ЕГО РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 2) МАТКИ ИЛИ ЕЕ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 3) ПРОДУКЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ 4) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОГО ЯИЧНИКА К ГОНАДОТРОПИНАМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА 1) РАЗВИТИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ 2) РАЗВИТИЕМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА 3) СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ В ГИПОТАЛАМУСЕ ПРОЛАКТИНИНГИБИРУЮЩЕГО ФАКТОРА 4) ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

8. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРЛОДЕЛА ЗАВИСИТ 1) ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2) ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЭСТРОГЕНОВ 3) ОТ ДАННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ 4) ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

9. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО 1) НАЗНАЧЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА (ПРЕДНИЗОЛОНА) ПОД КОНТРОЛЕМ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЧИ 2) ПРОВЕДЕНИЕ ДВУФАЗНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТРОГЕНЫ В I ФАЗУ, ГЕСТАГЕНЫ ВО II ФАЗУ) ПРЕРЫВИСТЫМИ ЦИКЛАМИ ПО 2-3 МЕСЯЦА С ИНТЕРВАЛОМ В 2 МЕСЯЦА 3) В ИНТЕРВАЛЕ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ - НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОВУЛЯЦИЮ (КЛОМИФЕН, КЛОСТИЛБЕГИТ), ВИТАМИНОВ Е И С ВО II ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ - ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ 1) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ 3) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ 4) БИОПСИЯ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

**Задача №1**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 5 лет, от беременности не предохранялась. В анамнезе 7 лет назад была внематочная беременность, по поводу чего произведено чревосечение и тубэктомия справа. В анамнезе хр. аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 5 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможная причина бесплодия?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. Лечение в случае подтверждения диагноза?
5. Прогноз для репродуктивной функции?

**Задача №2**

Больная С., 25 лет. Обратилась с жалобами на бесплодие; состоит в браке 2-ом(у мужа есть дети), в течении 4 лет – беременностей 0; от беременностей не предохранялась. В анамнезе: лечилась по поводу аднексита в стационаре(заболела после начала половой жизни). При обследовании по бесплодию: базальная температура 2-х фазная, в мазках ПЦР обнаружены хламидии – прошла курс лечения, контрольные мазки – результат отрицательный. Гормоны сыворотки крови – в пределах нормы. При влагалищном обследовании – тело матки не увеличено, плотное, б/болезненное; придатки с обеих сторон не увеличены, уплотнены, тяжистые. Своды глубокие, б/болезненные. Выделения – умеренные бели. Шейка в зеркалах – без видимой патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Диф.диагноз.
3. Тактика врача?
4. Принципы лечения?
5. Прогноз?

**Задача №3**

Больная Н., 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течении 3-х лет. Половая жизнь с 15лет, состоит в браке в течении 3-х лет, у мужа дети есть. В анамнезе 7 мед. абортов в 12-13 нед; последний криминальный, осложнился метроэндометритом, 2-х сторонним аднекситом. Неоднократно лечение амбулаторное, от стационарного лечения отказывалась. При обследовании в мазках много лейкоцитов, трихомонады (+). Гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Влагалищный статус без особенностей.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Какое обследование необходимо провести?
4. Какие рекомендации по лечению бесплодия?
5. Прогноз?

**Задача №4**

Пациентка 30 лет, жалоба на бесплодие во втором браке. Имела в первом браке нормальные роды и два больничных аборта. Менструации регулярные, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Бимануальное исследование не обнаружило каких-либо отклонений от нормы. В зеркалах: шейка матки без изменений, цвет слизистой влагалища розовый, светлые бели в небольшом количестве. Муж обследован, спермограмма не изменена.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Сколько факторов женского бесплодия существует по про-токолу ВОЗ?
4. Какая причина (фактор) бесплодия возможна в данном случае?
5. Какая продолжительность обследования супружеской пары (выяснение причины бесплодия) по протоколу ВОЗ?

**Задача №5**

В женскую консультацию обратилась женщина 28 лет с жалобой на вторичное бесплодие в течение 4 лет. Первая беременность окончилась криминальным абортом. Менструальный цикл не нарушен. Гинекологическое исследование: влагалище нерожавшей женщины, матка нор-мальных размеров, в правильном положении, подвижна, безболезненна. Придатки матки уплотнены с обеих сторон, ограничены в подвижности, умеренно болезненны. Шейка матки без эрозии, бели слизистые, прозрачные.

* 1. Поставьте диагноз?
  2. Ваша тактика?
  3. Какой фактор бесплодия наиболее вероятен в данном слу-чае?
  4. Какой метод исследования проходимости маточных труб наиболее информативен?
  5. Методы лечения трубного бесплодия?

**1. Занятие № 23**

**Тема: «Миома матки. Патогенез и клиника различных форм заболевания. Современные методы диагностики. Принципы консервативного и оперативного лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3.Значение изучения темы**: актуальность изучения этой темы обусловлена все возрастающей частотой миомы матки среди женщин всех возрастных периодов, связанное с этим ухудшение репродуктивного здоровья, рост частоты бесплодия и невынашивания беременности. В последние годы наблюдается «омоложение» этой гинекологической патологии, что требует знания методов своевременной диагностики и современных подходов к органосохраняющему лечению.

**4. Цели обучения:**

**Общая**– УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

**Учебная**

Обучающиеся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Методы лечения расстройств менструального цикла при миоме;

-Показания к консервативному и хирургическому лечению при миоме матки;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии при миоме

-Классификацию миомы матки, этиопатогенез миомы матки

-Клинику миомы матки

-Методы диагностики миомы и дифдиагностики

-Показания для консервативного лечения

-Принципы консервативного лечения миомы матки

-Реабилитация больных после миомэктомии

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации в гинекологическое отделение больных с миомой матки;

-проводить профилактические осмотры у больных с миомой матки;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать острый живот в гинекологии при миоме (перекрут, рождающийся субмукозный узел, нарушение трофики);

-оказывать неотложную помощь при осложненной миоме матки;

-интерпретировать УЗИ, ГСГ, данные гистероскопии

-оценивать результаты гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки;

-проводить диагностику фоновых и предраковых заболеваний

Обучающийся должен владеть:

-влагалищное, бимануальное исследованиями, осмотр шейки в зеркалах

-зондированием полости матки

-функциональным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки тела и шейки матки. Гистероскопией;

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. Этиология и патогенез доброкачественных опухолей матки.
2. Классификация миомы матки.
3. Особенности клинической картины, методов диагностики и лечения миомы матки в зависимости от локализации миоматозного узла.
4. Принципы консервативного лечения миома матки.
5. Показания для оперативного лечения миомы матки, принципы органосохраняющей хирургии.
6. Реабилитация женщин, перенесших операции по поводу миомы матки.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

Миома – доброкачественная опухоль, состоящая из мышечных и соединительнотканных элементов. Миома матки – одно из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний матки, регистрируемое у 25-30% женщин старше 35 лет.

Этиопатогенез. Миома возникает в результате локальной пролиферации ГМК. По мере роста в структуре миомы начинают преобладать фиброзные элементы. В патогенезе миомы матки существенное значение имеют не только нарушения метаболизма,синтеза и соотношения половых гормонов, но также состояние рецепторного аппарата миометрия, более высокая активность эстроген-рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами. Возможно, в патогенезе миомы матки значение имеет повышение уровня эстрогенных гормонов в крови сосудистого бассейна (местная гипергормонемия), локальные изменения холинэргической иннервации.

**Клиника.** Клиника заболевания во многом зависит от расположения, величины и направления роста миоматозных узлов. При формировании **подбрюшинных** узлов опухоли характер менструального цикла обычно не меняется. Возникновение болей у некоторых больных с подбрюшинной локализацией узла чаще является следствием сдавления соседних органов, растяжением за счет опухоли серозного покрова матки, натяжением или частичным перекрутом ножки опухоли. В отдельных случаях при возникновении осложнений (некроз, перекрут ножки узла, сращение последнего с тазовой брюшиной) развивается клиника “острого живота”. При перекруте ножки узла, возникают резкие схваткообразные боли в низу живота и пояснице, с последующим появлением признаков раздражения брюшины (рвота, повышение температуры, лейкоцитоз, повышение СОЭ, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки).

При подбрюшинной локализации миомы матки иногда возникают нарушения мочеиспускания (учащенное, затрудненное, болезненное и т.д.). При развитии подбрюшинного узла на задней стенки матки над областью внутреннего зева рост узла может сопровождаться сдавлением прямой кишки, с затруднением акта дефекации.

При развитии **межмышечного** узла миомы часто наблюдается нарушение менструальной функции (гиперполименорея, меноррагии). Кроме того, для этой формы миомы матки часто характерны болезненные менструации (вторичная альгодисменорея). При длительном нарушении микроциркуляции в ткани миомы с явлениями отека развивается асептический некроз. При этом развивается локальная боль в низу живота, при влагалищном исследовании определяется несколько миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации. Повышается температура. Осложнения подобного рода чаще возникают при беременности или после родов.

В практической деятельности врача особое внимание требуют больные с **подслизистым** ростом миомы матки. Подслизистые миомы деформируют полость матки, они связаны со стенкой матки широким основанием или располагаются на тонкой мышечной ножке. В дальнейшем по мере роста узла, а также неизбежных сокращений окружающих его частей миометрия, ножка истончается, удлиняется, узел постепенно смещается в нижние отделы матки и позже может произойти его рождение. Клиника подслизистой миомы матки характеризуется кровотечениями по типу мено- и метроррагии, нарастающими по мере развития заболевания схваткообразными болями в низу живота и пояснице; при некрозе опухоли появляются жидкие, иногда буроватого цвета бели со зловонным запахом.

Мено- метроррагии у больнх с миомой матки, как правило, приводят к развитию железодефицитной анемии.

**Диагностика.** Диагностика миомы матки, как правило, несложна и проводится на основании бимануального исследования. Наиболее характерный признак – увеличение матки. Она обычно асимметрична, бугристая (при множественных узлах), с неправильными очертаниями и подвижна, если нет спаек.

Анамнестические данные, характер кровотечения и болей помогают установить диагноз. Для диагностики миомы матки в настоящее время используют дополнительные методы исследования:

1. УЗИ. С помощью УЗИ возможно характеризовать варианты и формы роста опухоли, оценить ее размеры. УЗИ позволяет проводить мониторинг темпов роста миомы.
2. Рентгенологические методы исследования (простая и рентгенотелевизионная ГСГ, геникография, газовая рентгенопельвиография, флебография).
3. Эндоскопические методы исследования – лапаро-, кульдо-, гистеро- и кольпоцервикоскопия. Гистероскопия – ценный метод диагностики субмукозной миомы матки, позволяет оценить состояние эндометрия, провести прицельную биопсию.
4. Зондирование полости матки позволяет получить информацию о деформациях полости матки. Диагностическая ценность метода невелика.

Миому матки следует дифференцировать от рака или саркомы тела матки, с доброкачественной или злокачественной опухолью яичника, с воспалительными опухолевидными образованиями придатков матки, с беременностью. При подозрении на рак тела матки, диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба помогает в правильной диагностике. При проведении диф. диагностики между миомой матки и опухолью яичников помогает симптом “пулевых щипцов”, УЗИ, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, эндоскопическое исследование.

При проведении диф. диагностики между миомой матки и беременностью, необходимо учитывать, что при беременности матка мягковатой консистенции, имеются достоверные и вероятные признаки беременности; проводят УЗИ, анализ крови и мочи на ХГ.

**Лечение.** Необходимо раннее – с момента выявления заболевания – проведение лечебно-профилактических мероприятий. Все методы лечения делятся на оперативные и консервативные.

Показания к операции:

1. Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения, приводящие к анемизации больной. Уточнение состояния эндометрия обязательно, так как нередки сочетания миомы матки и рака эндометрия.
2. Большие размеры опухоли (более 12 недель беременности) даже в отсутствие жалоб. Опухоли таких размеров нарушают анатомические взаимоотношения органов малого таза и брюшной полости, часто приводят к нарушению функции почек.
3. Нарушение функции смежных органов (мочеиспускание, акта дефекации и др.).
4. Подбрюшинный узел на ножке. При этом появляется опасность перекрута ножки узла, что может вызвать необходимость срочного оперативного вмешательства.
5. Некроз миоматозного узла. Больные нуждаются в срочном оперативном вмешательстве, так как возможно нагноение некротически-измененного узла, прорыв его содержимого в брюшную полость и развитие разлитого перитонита.
6. Подслизистая миома матки.
7. Интралигаментарное расположение узлов миомы (приводит к появлению болей вследствие сдавления нервных сплетений и нарушению функции почек при сдавлении мочеточников).
8. Шеечные узлы миомы, особенно исходящие из влагалищной части шейки матки.
9. Сочетание миомы матки с другими патологическими изменениями половых органов: рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника, опущением и выпадением матки.
10. Быстрый рост опухоли. При этом возникает подозрение на саркоматозное перерождение узла.
11. Бесплодие.

Больным с миомой матки производят радикальные и консервативные операции. Объем операции зависит от возраста женщины, ее общего состояния, степени анемизации, сопутствующих заболеваний, расположения и величины миоматозных узлов.

По поводу миомы матки производят следующие консервативные операции: энуклеацию узлов путем чревосечения, влагалищным или лапароскопическим доступом (консервативная миомэктомия); дефундацию и высокую ампутацию матки; аутотрансплантацию эндометрия. Показанием к консервативной миомэктомии является молодой возраст женщины (до 37 – 40 лет), желание сохранить репродуктивную функцию. Радикальными операциями при миоме матки являются надвлагалищная ампутация и экстирпация матки (субтотальная и тотальная гистерэктомия).

Консервативное лечение. Цель неоперативных методов лечения состоит в торможении роста опухоли. Лечение должно быть комплексным; оно предусматривает коррекцию нейроэндокринных нарушений, терапию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, устранение симптомов, отягощающих течение заболевания.

1. Гормональные препараты – основа консервативной терапии миомы матки.

* Гестагенные препараты назначают больным репродуктивного и пременопаузального возраста. (Норколут или премалут-нор с 16-го по 25-й день цикла или с 5-го по 25-й день по 5-10 мг/сутки в течение 6-9 месяцев), в пременопаузальном возрасте – в непрерывном режиме в течение 3-6 месяцев по 5-10 мг/сутки. 17-ОПК при сохраненном цикле – на 14-й, 17-й и 21-й дни цикла в дозе 125 или 250 мг в течение 6 мес.
* Эстроген-гестагенные препараты. Предпочтительны кратковременные курсы.
* Андрогены используют у женщин в пременопаузальном и постменопаузальном возрасте. Метилтестостерон в дозе 5-10 мг/сутки с 16-го по 25-й день цикла или с 5-го по 25-й день в течение 4-6 месяцев.
* Антагонисты гонадотропинов. Даназол по 400-800 мг/сутки в непрерывном режиме в течение 4-6 месяцев. Гестринон в дозе 2,5 мг два раза в неделю в течение того же времени.
* Аналоги люлиберина (золадекс) в течение 3-6 месяцев. Лечение начинают с 2-5-го дня менструального цикла. Золодекс вводят ежемесячно подкожно в дозе 3,6 мг. Это способствует уменьшению размеров миомы наполовину. При больших размерах миомы применение этих препаратов можно рассматривать как подготовку к операции.

Кроме проведения гормонотерапии необходима коррекция пищевого режима (ограничить легко усвояемые углеводы и животные жиры, включить в рацион растительные масла, фруктовые и овощные соки), препараты железа (сироп алоэ с железом, гемостимулин, ферроплекс и др.), витамины (витамины группы В (В1, В6, В15), аскорбиновую кислоту, витамин Е, А); препараты, защищающие желудочно-кишечно-печеночный комплекс (фестал и карсил – по 1 табл. 4 раза в день, либо метионин и аллохол), нейролептики в микродозах (трифтазин, этаперазин, френолон, метеразин) 3-х месячными курсами.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. ПРИ СОЧЕТАНИИ МИОМЫ МАТКИ И ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА У БОЛЬНОЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПОЛИМЕНОРЕЕЙ И ВТОРИЧНОЙ АНЕМИЕЙ ПОКАЗАНА:

а) Экстирпация матки без придатков;

б) Экстирпация матки с придатками;

в) Надвлагалищная ампутация матки без придатков;

г) Надвлагалищная ампутация матки с трубами, с иссечением слизистой цервикального канала;

д) Надвлагалищная ампутация матки с трубами.

2. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ. ВЫБЕРИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

а) Нарушение функции соседних органов

б) Быстрый рост миомы

в) Нарушение трофики миоматозного узла

г) Интерстициальная миома матки размерами до 8 недель беременности

д) Интерстициальная миома матки размерами до 15 недель беременности

3. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) гиперменореи с анемией

б) бесплодия в течение 1 года

в) увеличения матки до 18-недельного срока беременности

г) быстрого роста миомы

д) болевого синдрома

4. АДЕКВАТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Физиолечение

б) Гормонотерапия

в) Хирургическое лечение

г) Фитотерапия

д) Лучевая терапия

5. ГОРМОНОТЕРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ ИСКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:

а) Гестагенов

б) Антигонадотропинов

в) Эстрогенов

г) Андрогенов

д) Эстроген-гестагенных препаратов

6. ПРИ МИОМАХ МАТКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:

а) малигнизация миоматозного узла

б) перекрут ножки миоматозного узла

в) нарушение трофики в узле

г) нарушение функции соседних органов

д) нарушение функции печени

7. ПРИ КАКОМ РАСПОЛОЖЕНИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ СИМПТОМЫ СДАВЛЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ И РАЗВИТИЕ ГИДРОНЕФРОЗА?

а) при субмукозной миоме

б) при интралигаментарном расположении узла

в) при субсерозной миоме

г) при интерстициальной миоме

д) при шеечной миоме

8. К АТИПИЧЕСКОМУ РАСПОЛОЖЕНИЮ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

а) миома круглой связки

б) интралигаментарное расположение узла

в) субмукозная миома

г) миома стенки влагалища

д) нет верного ответа

9. НАЗОВИТЕ АГОНИСТЫ ГОНАДОЛИБЕРИНА:

а) Даназол, гестринон

б) Прогестерон

в) Окситоцин

г) Золадекс, декапептил

д) Пролактин, дофамин

10. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСЯТСЯ К АНТИГОНАДОТРОПИНАМ:

а) Даназол, гестринон

б) Прогестерон

в) Золадекс, декапептил

г) Мифепристон

д) Простагландины

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача №1**

Женщина 36 лет направлена в клинику для обследования в связи с наличием симптомов гиперполименореи и вторичной анемии (гемоглобин 80 г/л). В анамнезе 2 беременности, закончившиеся 2 срочными родами без осложнений. Контрацепция – барьерная. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, нормальных размеров, зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные.

Пациентка не желает подвергаться оперативному вмешательству с удалением матки.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. При каком расположении миоматозного узла наблюдаются особенно обильные кровотечения?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
5. Лечение?

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д»-учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова.

При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Задача №3**

В ж/к обратилась пациентка 42 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, учащенное мочеиспускание малыми порциями. Из анамнеза: месячные регулярные, через 30-32 дня, по 5 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся срочными родами. Контрацепция – фарматекс. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, у гинеколога на проф. осмотре последний раз была 3 года назад.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки рубцоводеформирована старыми невосстановленными акушерскими разрывами, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 6-7 недель беременности, по передней стенке матки близко к ее перешейку определяется плотное опухолевидное образование с четкими контурами до 6 см в диаметре, безболезненное. При смешении тела матки образование смещается вместе с маткой. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Задача №4**

К гинекологу ж/к обратилась пациентка 56 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, которые беспокоят ее в течение 6 месяцев. В настоящее время постменопауза в 7 лет, в течение этого времени гинекологом не осматривалась. В возрасте 46 впервые была диагностирована миома матки (размеры матки соответствовали 6 неделям беременности), лечения не получала, менструальная функция была не нарушена. В анамнеза 2 родов. Из соматических заболеваний: сахарный диабет II типа, ожирение I ст.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища атрофична, без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, бугристая, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, параметрии свободные, своды глубокие безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Задача №5**

К гинекологу в ж/к обратилась пациентка 28 лет с жалобами на обильные и длительные менструации, снижение трудоспособности. Месячные с 12 лет, в течение последнего года через 28 дней по 7-10 дней, обильные со сгустками, сопровождающиеся схваткообразными болями в низу живота. В анамнезе беременностей не было, живет регулярной половой жизнью без применения средств контрацепции, по поводу бесплодия не обследовалась. Соматически здорова, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает.

При осмотре в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена в размерах до 7-8 недель беременности, шаровидной формы, плотной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их пальпации безболезненна. Своды глубокие, безболезненные. Во время УЗИ органов малого таза заподозрена субмукозная миома матки. В анализе крови Hb – 90 г/л.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. В чем заключается предоперационная подготовка?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. Дать характеристику кисты яичника.
2. Дать характеристику цистаденомы яичника.
3. Перечислить кисты яичника.
4. Какие ткани яичника являются источником опухоли?
5. Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период детства и детородном возрасте.

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.К ГРУППЕ РИСКА ПО ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН 1) С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 2) С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ 3) С МИОМОЙ МАТКИ 4) С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всех перечисленных

г) верно 4

д) никого из перечисленных

2.ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ 1) ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ 2) ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ 3) УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 4) ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

3.К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ 1) СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 2) МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 3) ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 4) СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

4.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН 1) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР 2) УЗИ 3) ПНЕВМОПЕЛЬВИОГРАФИЯ 4) ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

5.ВАРИАНТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА (ДАЮЩИЕ ОСТРУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ) 1) ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ 2) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ 3) КРОВОИЗЛИЯНИЕ ВНУТРЬ КАПСУЛЫ 4) НАГНОЕНИЕ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные осложнения

г) верно 4

д) ни одно из перечисленных осложнений

6.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ 1) ЛУЧЕВОЕ 2) ГОРМОНАЛЬНОЕ 3) АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ 4) ВОЗМОЖНО НАБЛЮДЕНИЕ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7.ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ИМЕЮТ МЕСТО 1) ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ НОЖКИ КИСТЫ 2) ПРИ РАЗРЫВЕ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ 3) ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ 4) ПРИ ЖИДКОСТНОМ СОДЕРЖАНИИ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) при всем перечисленном

г) верно 4

д) ни при чем из перечисленного

8. ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) полный

б) частичный

в) многократный

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

9. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО

а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения

б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли

в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

10. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА

а) перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии

б) производят экстирпацию матки с придатками

в) удаляют оба яичника

г) верно б) и в)

д) все перечисленное неверно

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача №1**

Больная, 39 лет, доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, повышение температуры тела до 37,5°С. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Пульс 92 уд. в 1 мин., АД 110/70 мм рт.ст. При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличенное, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6х8 см., тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении, слева придатки не определяются, свод свободен, выделения слизистые.

* 1. Предварительный диагноз?
  2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
  3. Методы обследования?
  4. Тактика лечения?
  5. Объем оперативного лечения?

**Задача №2**

Больная 52-х лет поступила в гинекологическое отделение в связи с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 2 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании: матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером 10-12 см..

1. Поставьте диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Предполагаемый объем обследования?
4. Тактика врача?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная В., 42 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Из анамнеза: менструации с 13 лет. Последняя менструация 10 дней назад. Половой жизнью не живет. В 40-летнем возрасте оперирована по поводу язвы желудка. Объективно: живот обычной конфигурации, при пальпации в гипогастральном отделе четко определяется плотная болезненная бугристая опухоль, перкуторные границы совпадают с пальпаторными. Бимануально: матка пальпируется с трудом, в области придатков с обеих сторон определяются плотные бугристые опухоли, ограниченно подвижные.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Планируемое обследование?
3. Ваша тактика?
4. Объем оперативного лечения?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная 52 лет доставлена скорой помощью с жалобами на боли внизу живота, возникшие остро с иррадиацией в ключицу, тенезмы, сухость во рту, повышение температуры тела до 38 град, плохое отхождение газов. Объективно: бледная, пульс 110 в мин, А/Д 90/60, язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, напряжен, не доступен до пальпации. Влагалищное исследование затруднено ввиду резкой болезненности и напряженности передней брюшной стенки, угадывается не увеличенная матка и опухоль в области придатков справа в диаметре до 20 см, задний свод нависает, болезненный. При пункции получено серозно-геморрагическое содержимое до 20 мл.

1. Диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Объем обследования?

4. План лечения?

5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на бесплодие в течение 7 лет. Менструации с 14 лет, по 5 дней ,через 30 дней. Последние 5 лет уряжаются до 1 раза в 3-5 месяцев. Месячные стали скудные в виде «мазни». Объективно: молочные железы гипопластичны, кожа жирная пористая, избыточный рост волос на верхней губе, подбородке, бр. стенки и конечностях. При влагалищном исследовании: шейка матки коническая, зев закрыт. Тело матки гипопластическое. Левые придатки-б/о. В области правых – тугоэластическое подвижное овальное D до 7 см, б/б. Своды глубокие, б/б

1. Предполагаемый диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Планируемое обследование?

4. Тактика?

5. Прогноз?

**1. Занятие № 24**

**Тема: «Доброкачественные опухоли яичников. Классификация. Клиника и диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника, методы диагностики, методы хирургического лечения, реабилитация больных ».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3.Значение изучения темы**: Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей второе место среди всех опухолей женских половых органов, частота опухолей яичников составляла 6-11% и за последние 10 лет увеличилась до 19-25%. Большинство новообразований яичников являются доброкачественными. На их долю приходится около 75-87% от всех истинных опухолей яичников.

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Современные методы контрацепции;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в акушерстве и гинекологии;

-Медицинские показания к прерыванию беременности;

-Физиотерапевтические методы лечения гинекологических больных;

-Септический аборт. Показания к выскабливанию полости матки;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии;

-Клинику опухолей и опухолевидных образований яичников;

Обучающийся должен уметь:

**-**диагностировать беременность;

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска беременных;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать эктопическую беременность

-диагностировать острый живот в гинекологии;

-интерпретировать тесты функциональной диагностики, гормональные исследования;

Обучающийся должен владеть:

-владеть искусственным прерыванием беременности;

-особенностями лечения воспалительных заболеваний в острой и хронической стадиях. Оказанием неотложной помощи;

-пункцией брюшной полости через задний свод влагалища;

-удалением маточной трубы;

-операциями: ушивание, резекция яичника, энуклеация кисты яичника;

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

1. Дать характеристику кисты яичника.
2. Дать характеристику цистаденомы яичника.
3. Перечислить кисты яичника.
4. Какие ткани яичника являются источником опухоли?
5. Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период детства и детородном возрасте.
6. Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период климакса и менопаузы.
7. Клинические особенности зрелой тератомы.
8. Характерные клинические особенности муцинозной цистаденомы.
9. С какой целью производится обследование желудочно-кишечного тракта у больных с опухолями яичника?
10. Характер оперативного вмешательства при ретенционных кистах яичника.
11. Характер оперативного вмешательства при истинных опухолях яичника.
12. Что образует «анатомическую» ножку опухоли яичника?
13. Что образует «хирургическую» ножку опухоли яичника?
14. Симптомы перекрута ножки кисты или кистомы яичника.
15. Особенности клинического течения доброкачественных опухолей яичника.
16. Осложнения, возникающие при доброкачественных опухолях яичников.
17. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при наличии опухоли яичника?
18. Перечислить дополнительные методы исследования при подозрении на опухоль яичника.
19. Какие дополнительные методы исследования применяются при дифференциальной диагностике опухолей яичника и матки?

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

Особенности анатомического и гистологического строения яичников обусловливают морфологическое многообразие опухолей этого органа.

Яичник состоит из следующих слоев: 1) эпителиального покрова, представляющего собой уплощенный кубический эпителий; 2) белочной оболочки. Под белочной оболочкой располагается корковый слой яичника, в котором имеются яйцевые клетки и фолликулы, находящиеся на разных стадиях развития. В корковом слое яичника кроме фолликулов содержатся желтые тела (от цветущих желтых тел до белесоватых рубчиков – белые тела). Наряду с этим могут встречаться фолликулы, которые, не завершив свой цикл развития, либо подвергаются обратному развитию – атрезии (атретические фолликулы), либо находятся в состоянии персистенции (персистирующие фолликулы).

Мозговой слой яичника узкий, представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью, в которой большое количество сосудов. Остатки эмбриональных структур мезонефроидного происхождения, локализующиеся в брыжейке яичника, называют эпиофороном, а в толще широкой связки – параофороном.

Кроме выше перечисленных структур, основой опухоли яичника может быть эпителий, имплантируемый из матки (эндометрий) или трубы. Опухоли и опухоливидные образования могут развиваться из перечисленных тканей яичника, а также из яйцеклетки, которая содержит элементы эндо-, мезо- и эктодермы, а также из зачаточных элементов первичной почки: эпиофорон, пароофорон.

**Этиология и патогенез опухолей яичников***.*

Вопросы этиологии и патогенеза опухолей яичников чрезвычайно сложны, однако в настоящее время считается, что: опухоли яичников являются дисгормональными заболеваниями и одна из причин развития связана с повышением продукции гонадотропинов. Механизм возникновения опухоли схематически представляется следующим образом:

* первичное ослабление функции яичников и снижение уровня овариальных эстрогенов;
* компенсаторное повышение уровня гонадотропинов гипофиза, в первую очередь ФСГ.

## В условиях длительного повышения секреции ФСГ в яичниках возникает вначале диффузная, затем очаговая гиперплазия и пролиферация клеточных элементов, которая может закончиться образованием oпухоли. В возникновении опухолей имеет также значение изменение чувствительности тканей к действию нормальных концентраций гормонов. Кроме того, снижение функции эпифиза служить причиной возникновения гиперпластических процессов в яичниках.

В развитии опухолей яичников значение имеют некоторые факторы риска: генетическая предраспо­ложенность, нарушение менструальной функции, бесплодие, раннее либо позднее наступление менархе, так же сопутствующие заболевания как и ранняя до 45 лет или поздняя - после 50 лет менопауза, миома матки, генитальный эндометриоэ, хроническое воспаление придатков матки, сексуальные расстрой­ства.

**Классификация опухолей яичников**

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических про­цессовяичников рекомендуется пользоваться классификацией, раз­работанной Международным Комитетом ВОЗ. Эта классификация предусматривает деление опухолей внутри каждого гистологического типа на доброкачественные, погранич­ные (промежуточные) и злокачественные формы.

**I. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ**

*А. Серозные опухоли*.

1. Доброкачественные:

а) цистаденома и папиллярная цистадонома,

б) поверхностная папиллома,

в) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачест­венности):

а) цистаденома и папиллярная цистаденома,

б) поверхностная папиллома,

в) аденофиброма и цистаденофнброма.

3. Злокачественные:

а)аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и папиллярная цистаденокарцинома,

б) поверхностная папиллярная карцинома,

в) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

*Б. Муцинозные опухоли.*

1. Доброкачественные:

а) цистаденома,

б) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные:

а) цистаденома,

6) аденофиброма и цистаденофиброма.

3. Злокачественные:

а) аденокарцинома и цистаденокарцинома,

б) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

*В. Эндометриоидные опухоли*.

1. Доброкачественные:

а) аденома и цистаденома,

б) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные:

а) аденома и цистаденома,

б) аденофиброма и цистаденофиброма.

3. Злокачественные:

а) карцинома:

1) аденокарцинома,

2) аденоакантома,

3) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма;

б) эндометриоидная стромальная саркома,

в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные.

*Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.*

1. Доброкачественные:

а) аденофиброма.

2. Пограничные.

3.Злокачественные: карцинома и аденокарцинома.

*Д. Опухоли Бреннера.*

1. Доброкачественные.

2. Пограничные (пограничной злокачественности).

3. Злокачественные.

*Е. Смешанные эпителиальные опухоли.*

1. Доброкачественные.

2. Пограничные.

3. Злокачественные.

*Ж. Недифференцированные карциномы.*

*З. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.*

### II. ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА

*А. Гранулезо-стромальноклеточные опухоли.*

1. Гранулезоклеточная опухоль.

2. Группа теком-фибром:

а) текома,

б) фиброма,

в) неклассифицируемые.

*Б. Андробластомы****:*** *опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.*

1. Высокодифференцированные:

а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли,

б) тубулярная андробластома с накоплением липидов,

Опухоль из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена),

в) опухоль из клеток Сертоли и Лейдига,

г) опухоль из клеток Лейдига; опухоль из хилюсных клеток.

2. Промежуточные опухоли (переходной дифференцировки).

1. Низкодифференцированные (саркоматоидные).
2. С гетерологическими элементами.

*В. Гинандробластома*.

*Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.*

**III. ЛИПИДНОКЛЕТОЧНАЯ (ЛИПОИДНОКЛЕТОЧНАЯ) ОПУХОЛЬ**

**IV. ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ**

А. Дисгерминома.

Б. Опухоль эндодермального синуса.

В. Эмбриональная карцинома.

Г. Полиэмбриома.

Д. Хорионэпителиома.

Е. Тератомы:

1. Незрелые.

2. Зрелые:

а) солидные,

б) кистозные: дермоидная киста; дермоидная киста с малигнизацией.

3. Монодермальные (высокоспециализированные):

а) струма яичника,

б) карциноид,

в) струма яичника и карциноид,

г) другие.

Ж. Смешанные герминогенные опухоли.

#### V. ГОНАДОБЛАСТОМА

А. Чистая (без примеси других форм)

Б) Смешанная с дисгерминомной и другими формами герминогенных опухолей.

# VI. ОПУХОЛИ, НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ЯИЧНИКОВ

(доброкачественные и злокачественные мезенхимальные, гемопоэтические, неврогенные и др.).

**VII. НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ ОПУХОЛИ**

**VII. ВТОРИЧНЫЕ (МЕТАСТАТИЧНЫЕ) ОПУХОЛИ**

**IX. ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПРОЦЕССЫ**

А. Лютеома беременности.

Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз.

В. Массивный отек яичника.

Г. Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела.

Д. Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яич­ники).

###### Е. Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты

и/или желтые тела.

Ж. Эндометриоз.

З. Поверхностные эпителиальные кисты включения.

И. Простые кисты.

К. Воспалительные процессы.

Л. Параовариальные кисты.

В клинической практике наибольшее значение имеют эпителиальные опухоли, опухоли стромы полового тяжа, герминогенные опухоли, метастатические опухоли и опухолевидные процессы. Перед тем, как перейти к разбору объемных образований яичников по нозологическим формам, считаем целесообразным дать определение понятий.

**Цистаденома** (кистома) – «истинная» опухоль яичника - образование с выраженной капсулой, в отличие от кист яичников способна к пролиферации и бластоматозному росту.

**«Анатомическая и хирургическая ножка» опухоли**

**Анатомическая ножка** – в ее состав входит собственная связка яичника, воронкотазовая связка, сосуды и нервы, проходящие в них.

**Хирургическая ножка** - образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. В состав хирургической ножкивходят: собственная связка яичника, воронко - тазовая связка и маточная труба. Чаще растянутая в длину маточная труба.

*Диагностика*

**1. Анамнез.**

**2. Гинекологическое исследование** (выявление опухоли **и**определение ее величины, консистенции, подвижности, чувс­  
твительности, расположения по отношению к органам малого  
таза, характера поверхности опухоли).

1. **Ректовагинальное исследование** (для исключения прорас­тания опухоли в другие органы малого таза).
2. **Ультразвуковое исследование:** с наполненным мочевым пузырем; трансвагинальная эхография.
3. **Пункция кистозных образований** с последующим цитоло­гическим исследованием полученной жидкости.
4. **Цветовая допплерография** (дифференциальная диагности­ка доброкачественных и злокачественных опухолей).
5. **Определение опухолеассоциированных маркеров,** в част­ности, **СА-125; СА-19,9; СА-72,4.**
6. **Компьютерная и/или магнитно-резонансная томография.**
7. **Рентгенография желудочно-кишечного тракта** (для исклю­чения метастатической опухоли, рака Крукенберга).
8. **Ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия.**
9. **Цитоскопия и экскреторная урография.**
10. **Лимфо- и ангиография** (в исключительных случаях).

Перекручивание ножки опухоли яичника является одним из частых и тяжелых осложнений.

В состав хирургической ножки входят: собственная связка яичника, воронко - тазовая связка и маточная труба. При медленном перекручивании ножки кровообращение нарушается нередко и поэтому симптомы этого осложнения бывают выражены слабо. При внезапном полном перекручивании ножки симптомы выявляются быстро, очень бурны и имеют тенденцию к нарастанию. В таких случаях после физического напряжения, а иногда и без этого, появляются боли в животе. У больной развивается состояние шока: пульс учащается, появляются тошнота, рвота, выступает холодный пот, вздувается живот, возникают явления перитонизма ( раздражения брюшины ). При одновременном перекручивании и кровоизлиянии в ткань опухоли появляются, кроме этого, признаки нарастающей анемии: пульс частый и нитевидный, бледность кожных покровов, цианоз губ и ногтей.

При вагинальном исследовании определяют опухоль, которая бывает, как правило, неподвижной.

Дифференцировать заболевание следует с внематочной беременностью, аппендицитом, апоплексией яичника, воспалительными звболеваниями придатков матки, перекрутившимся субсерозным миоматозным узлом. Однако длительные дифференциально - диагностические размышления недопустимы. Уже один перечень этих заболеваний показывает, что во всех этих случаях необходимо неотложное чревосечение, которое позволит не только уточнить диагноз, но и спасти жизнь больной. Чревосечение производят под общим наркозом. После вскрытия брюшной полости опухоль выводится в рану не позволяя ножке раскручивать во избежание эмболии, возникающей от попадания в круг кровообращения тромба, отрывающегося из вены ножки опухоли при её раскручивании. При наличии тонкой длинной ножки зажим накладывают через всю ножку и отсекают опухоль, в случае же широкой ножки накладывают 3 зажима раздельно - на воронко - тазовую связку, на собственную связку яичника и на маточную трубу. После рассечения тканей и легирования сосудов производится перитонизация листками широкой и круглой связок, проверяется гемостаз, затем осматриваются вторые придатки и в зависимости от их состояния решается вопрос объема всей операции.

При доброкачественных опухолях всегда стремятся у женщин детородного возраста сохранить часть яичника, при злокачественной опухоли одного яичника - удаляют матку (экстирпация) с придатками не считаясь с возрастом больной.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

1.К ГРУППЕ РИСКА ПО ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН 1) С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 2) С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ 3) С МИОМОЙ МАТКИ 4) С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всех перечисленных

г) верно 4

д) никого из перечисленных

2.ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ 1) ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ 2) ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ 3) УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 4)ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

3.К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ 1) СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 2) МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 3) ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 4) СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

4.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН 1) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР 2) УЗИ 3) ПНЕВМОПЕЛЬВИОГРАФИЯ 4) ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

5.ВАРИАНТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА (ДАЮЩИЕ ОСТРУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ) 1) ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ 2) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ 3) КРОВОИЗЛИЯНИЕ ВНУТРЬ КАПСУЛЫ 4) НАГНОЕНИЕ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные осложнения

г) верно 4

д) ни одно из перечисленных осложнений

6.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ 1) ЛУЧЕВОЕ 2) ГОРМОНАЛЬНОЕ 3) АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ 4) ВОЗМОЖНО НАБЛЮДЕНИЕ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7.ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ИМЕЮТ МЕСТО 1) ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ НОЖКИ КИСТЫ 2) ПРИ РАЗРЫВЕ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ 3) ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ 4) ПРИ ЖИДКОСТНОМ СОДЕРЖАНИИ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) при всем перечисленном

г) верно 4

д) ни при чем из перечисленного

8. ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) полный

б) частичный

в) многократный

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

9. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО

а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения

б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли

в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

10. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА

а) перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии

б) производят экстирпацию матки с придатками

в) удаляют оба яичника

г) верно б) и в)

д) все перечисленное неверно

**Ситуационные задачи:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная, 39 лет, доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, повышение температуры тела до 37,5°С. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Пульс 92 уд. в 1 мин., АД 110/70 мм рт.ст. При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличенное, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6х8 см., тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении, слева придатки не определяются, свод свободен, выделения слизистые.

* 1. Предварительный диагноз?
  2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
  3. Методы обследования?
  4. Тактика лечения?
  5. Объем оперативного лечения?

**Задача №2**

Больная 52-х лет поступила в гинекологическое отделение в связи с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 2 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании: матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером 10-12 см..

1. Поставьте диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Предполагаемый объем обследования?
4. Тактика врача?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная В., 42 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Из анамнеза: менструации с 13 лет. Последняя менструация 10 дней назад. Половой жизнью не живет. В 40-летнем возрасте оперирована по поводу язвы желудка. Объективно: живот обычной конфигурации, при пальпации в гипогастральном отделе четко определяется плотная болезненная бугристая опухоль, перкуторные границы совпадают с пальпаторными. Бимануально: матка пальпируется с трудом, в области придатков с обеих сторон определяются плотные бугристые опухоли, ограниченно подвижные.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Планируемое обследование?
3. Ваша тактика?
4. Объем оперативного лечения?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная 52 лет доставлена скорой помощью с жалобами на боли внизу живота, возникшие остро с иррадиацией в ключицу, тенезмы, сухость во рту, повышение температуры тела до 38 град, плохое отхождение газов. Объективно: бледная, пульс 110 в мин, А/Д 90/60, язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, напряжен, не доступен до пальпации. Влагалищное исследование затруднено ввиду резкой болезненности и напряженности передней брюшной стенки, угадывается не увеличенная матка и опухоль в области придатков справа в диаметре до 20 см, задний свод нависает, болезненный. При пункции получено серозно-геморрагическое содержимое до 20 мл.

1. Диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Объем обследования?

4. План лечения?

5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на бесплодие в течение 7 лет. Менструации с 14 лет, по 5 дней ,через 30 дней. Последние 5 лет уряжаются до 1 раза в 3-5 месяцев. Месячные стали скудные в виде «мазни». Объективно: молочные железы гипопластичны, кожа жирная пористая, избыточный рост волос на верхней губе, подбородке, бр. стенки и конечностях. При влагалищном исследовании: шейка матки коническая, зев закрыт. Тело матки гипопластическое. Левые придатки-б/о. В области правых – тугоэластическое подвижное овальное D до 7 см, б/б. Своды глубокие, б/б

1. Предполагаемый диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Планируемое обследование?

4. Тактика?

5. Прогноз?

1. **Домашнее задание по теме занятия:**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

1.Назовите стадии рака яичника и степень поражения органов при каждой стадии.

2.Перечислить клинические формы рака яичника.

3.Клиника рака яичника

4.Методы диагностики рака яичника

5.Лечение рака яичника

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ГИСТОТИП ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ:

а) строматогенные

б) гормонпродуцирующие

в) эпителиальные

г) герминогенные

д) нет верного ответа

2. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР РИСКА РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) органсохраняющие операции по поводу опухолей яичников

в анамнезе

б) длительный прием КОК

в) большое количество абортов в анамнезе

г) длительное использование ВМС.

д) нет верного ответа

3. РАК КРУКЕНБЕРГА ЭТО МЕТАСТАЗЫ ОПУХОЛЕЙ:

а) желудочно-кишечного тракта

б) легких

в) молочных желез

г) все верно.

д) нет верного ответа

4. ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО:

а) малосимптомное клиническое течение при I и II стадиях

б) быстрое удвоение опухолевого процесса (вовлечение обоих

яичников)

в) асцитический вариант

г) агрессивное течение и низкая 5-летняя выживаемость.

д) верно все

5. ОСНОВНОЙ ПУТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) лимфогенный

б) имплантационный

в) гематогенный

г) все верно

д) нет верного ответа

6. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ ВКЛЮЧАЕТ:

а) операция+гормонотерапия

б) операция+лучевая терапия

в) операция+гормонотерапия+лучевая терапия

г) операция+полихимиотерапия

д) нет верного ответа

7. ПРИ КАКИХ СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

д) любая стадия

8. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ I И II-СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) двухсторонняя овариоэктомия

б) расширенная экстирпация матки по Вертгейму

в) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки)

г) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) и резекция

большого сальника

д)нет верного ответа

9. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ III И IV-СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) циторедуктивная операция (максимальное удаление

опухолевых масс)

б) расширенная экстирпация матки по Вертгейму

в) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки)

г) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) и резекция

большого сальника

д)нет верного ответа

10. К ПРЕПАРАТАМ I ЛИНИИ АДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТСЯ:

а) препараты платины

б) метотрексат

в) противоопухолевые антибиотики

г) антиметаболиты

д) нет верного ответа

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная М., 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота. Из анамнеза: Р –3, А – 4. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не наблюдалась. Объективно: кожа бледная, тургор понижен, легкие и сердце в пределах возрастных изменений, живот несколько увеличен, болезненен в нижних отделах. Перкуссия определяет наличие асцита. Влагалищно-ректальное исследование: матка отдельно не контурируется. С обеих сторон пальпируются плотные болезненные конгламераты, неподвижыне. Задний свод инфильтрирован, бугристый. При микроскопии осадка асцитической жидкости – атипические клетки.

1. Диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Объем обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №2**

Больная Г., 42 года, не замужем, обратилась в ж/к с жалобами на ноющие боли внизу живота. Из анамнеза – менструация с 13 лет, установилась сразу. Последняя менструация 10 дней тому назад. Половой жизнью не живет. В 40-летнем возрасте оперирована по поводу язвы желудка. При облсдеовании живот обычной конфигурации, при пальпации в гипогастральном отделе четко определяется плотная бугристая болезненная опухоль. Перкуторные границы совпадают с пальпаторными. При ректальном исследовании матка пальпируется с трудом. В области придатков с обеих сторон определяются плотные бугристые опухоли, ограниченно подвижные.

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Объем обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная 52 лет доставлена скорой помощью с жалобами на боли внизу живота, возникшие остро с иррадиацией в ключицу, тенезмы, сухость во рту, повышение температуры тела до 38 град, плохое отхождение газов. Объективно: бледная, пульс 110 в мин, А/Д 90/60, язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, напряжен, не доступен до пальпации. Влагалищное исследование затруднено ввиду резкой болезненности и напряженности передней брюшной стенки, угадывается не увеличенная матка и опухоль в области придатков справа в диаметре до 20 см, задний свод нависает, болезненный. При пункции получено серозно-геморрагическое содержимое до 20 мл.

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Объем обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Пациентка 39 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Менструальный цикл не нарушен. Находится на диспансерном учёте по поводу язвы желудка. Объективно: живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании в области придатков матки с обеих сторон определяются подвижные, плотные опухоли, величиной с мужской кулак. Матка не увеличена, плотной консистенции.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Методы обследования, позволяющие уточнить диагноз?
4. Для рака Крукенберга характерно?
5. Особенности микроскопического строения метастатического рака яичника?

**Задача №5**

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. Бимануальное исследование: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. В зеркалах: шейка матки без эрозии, светлые слизистые бели.

* 1. Поставьте диагноз?
  2. Ваша тактика?
  3. Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?
  4. Объем операции при злокачественном поражении яичников?
  5. В онкогинекологии наиболее высокая смертность наблюдается при следующем заболевании?

**1. Занятие № 25**

**Тема: «Злокачественные опухоли яичников. Классификация, этиология, особенности диагностики и клинической картины. Хирургическое лечение при опухолях яичника, виды и объемы оперативного лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3.Значение изучения темы**: Опухоли яичников составляют 6-15% всех опухолей ЖПО. Их злокачественные формы встречаются в 20-25% случаев. Рак яичников занимает третье место в структуре злокачественных новообразований женских гениталий, составляя свыше 20%, и уступает лишь раку тела матки и раку шейки матки. В 1992 г. в России выявлено 10,6 тыс. больных. Рак яичников – ведущая причина смерти от рака ЖПО в США. Среди причин смертности женского населения США рак яичника занимает 4-е место. В разных странах частота заболеваемости и смертности среди жен­ского населения от рака яичников неодинакова: самая низ­кая— в Японии, а самая высокая — в Дании. Им заболевает приблизительно 12 из 1000 женщин, но только у 2-3 из этих 12 наступает выздоровление. Вне зависимости от возраста РЯ заболевает одна из 70 женщин (1,4%).Заболеваемость начинает увеличиваться после 40 лет и продолжает нарастать до 70- 80 лет. Средний возраст больных с РЯ составляет 61 год, т.е. высок риск развития рака яичников у женщин в период постменопаузы..

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-Медицинские показания к прерыванию беременности;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии при раке яичников;

-Клинику опухолей и опухолевидных образований яичников;

Обучающийся должен уметь:

-Определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-Проводить профилактические осмотры;

-Определить показания для оперативного лечения рака яичников

-Показания для химиотерапии

-Показания для лучевой терапии

-Определить объем обследования при раке яичников

-Определять группы риска по раку яичников

-Проводить санитарно-просветительную работу;

-Проводить анализ гинекологической заболеваемости;

Обучающийся должен владеть:

-Пункцией брюшной полости через задний свод влагалища;

-Лечение опухолей яичников

-Методами диагностики опухолей яичников

-Методами хирургического лечения опухолей яичника

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1.Назовите стадии рака яичника и степень поражения органов при каждой стадии.

2.Перечислить клинические формы рака яичника.

3.Клиника рака яичника

4.Методы диагностики рака яичника

5.Лечение рака яичника

6.Особенности хирургического лечения, объем операции при раке яичника?

7.Назовите наиболее распространенные химиопрепараты, применяемые при лечении рака яичника, пути их введения.

8.Какие противопоказания к химиотерапии? Гормонотерапия.

9.С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз рака яичника?

10.Какие больные относятся к группе риска по возникновению рака яичника?

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

Опухоли яичников составляют 6-15% всех опухолей ЖПО. Их злокачественные формы встречаются в 20-25% случаев. Рак яичников занимает второе место в структуре злокачественных новообразований женских гениталий, составляя свыше 20%, и уступает лишь раку шейки матки. В 1992 г. в России выявлено 10,6 тыс. больных

Рак яичников – ведущая причина смерти от рака ЖПО в США. Среди причин смертности женского населения США рак яичника занимает 4-е место. В разных странах частота заболеваемости и смертности среди жен­ского населения от рака яичников неодинакова: самая низ­кая— в Японии, а самая высокая — в Дании. Им заболевает приблизительно 12 из 1000 женщин, но только у 2-3 из этих 12 наступает выздоровление. Вне зависимости от возраста РЯ заболевает одна из 70 женщин (1,4%). Заболеваемость начинает увеличиваться после 40 лет и продолжает нарастать до 70- 80 лет. Средний возраст больных с РЯ составляет 61 год, т.е. высок риск развития рака яичников у женщин в период постменопаузы. Напротив, герминогенные опухоли встречаются в детском и юношеском возрасте.

**Факторы риска.**

1. Отсутствие в анамнезе родов.
2. Раннее и позднее менархе.
3. Отсутствие половой жизни.
4. Первичное бесплодие.
5. Аномальные маточные кровотечения после 50 лет.
6. Выкидыши или значительное количество беременностей в анамнезе.
7. РЯ у близких родственниц (при аутосомно-доминантном типе наследования риск развития РЯ повышается на 50%).
8. Эндокринные заболевания в анамнезе.
9. Миома матки и генитальный эндометриоз.
10. РМЖ повышает риск развития РЯ в 2 раза.
11. Повышенное употребление кофе (роль курения не подтвержена).
12. Гиперэстрогения дополнительный фактор риска для эндометриоидных злокачественных ОЯ, а воспалительные процессы в анамнезе – для серозных злокачественных ОЯ.
13. Диета (нехватка витамина А).

Прием ОК более 5 лет снижает риск развития РЯ на 50%, а протекторный эффект сохраняется в течение 10 лет со времени прекращения приема. Аналогичное протекторное действие оказывает и беременность которая заканчивается родами. Она снижает относительный риск РЯ до 0,6-0,8%, а каждая добавочная беременность дополнительно снижает его на 10-15%. Таким образом, вероятность развития РЯ связана с общим числом овуляций.

Среди всех локализаций рака рак яичников является наи­более коварным и трудным как для диагностики, так и для адекватного лечения. Это понятно, если учесть довольно сложный эмбриогенез яичников. Среди источников происхож­дения опухолей яичников М. Ф. Глазунов (1954) выделял три основные группы:

1. ***нормальные компоненты яичников;***

*а) основные компоненты:1-покровный эпителий яичника; 2-яйцевая клетка и ее эмбриональные и зрелые производные; 3-гранулезные клетки; 4-текаткань, так называемая межуточная ткань коркового слоя; 5-хилюсные клетки; 6-соединительная ткань; 7-сосуды; 8-нервы.*

*б) рудименты: 1-сеть; 2-эпоофорон; 3-пароофорон; 4-мезонефрос(первичная почка, или вольфов канал); 5-добавочные трубы.*

1. ***эмбриональные остатки и дистопии;***

*1-мозговые тяжи; 2-ткань покровного слоя надпочечника.*

1. ***постнатальные разрастания, гетеротопии, метаплазии и параплазии эпителия.***

*1-на поверхности яичника; 2-с погружением в ткань яичника; 3-в районе мозгового слоя и ворот яичника.*

Для РЯ характерно ***бессимптомное течение на ранних стадиях*** развития. Так, более чем в 70% случаев заболевание яичников успевает распространиться за пределы малого таза. В настоящее время какого-либо надежного метода диагностики нет, если не считать периодических обследований органов малого таза. Определение уровня СА-125 (опухолевого маркера рака яичников) не может служить методом периодического общего обследования. Также, никакое цитологическое исследование отделяемого из ШМ, влагалища или дугласового пространства не может быть использовано для общего обследования. На враче и на пациенте лежит общая ответственность за проведение обследование органов малого таза каждые 6 месяцев в течение периода постменопаузы с целью выявления увеличения яичников.

**Патогенез.**

Неоплазии яичников классифицируют в соответствии с их происхождением.

1. Эпителиальные;
2. Из стромы полового тяжа;
3. Из зародышевых клеток;
4. Из неспециализированной стромы;
5. Метастатические.

Первоначальное распространение РЯ происходит на прилежащую брюшину и забрюшинные лимфатические узлы, но распространение возможно на любую поверхность и на сальник. Внутрибрюшные и внутрипеченочные метастазы возникают редко, обычно на поздней стадии заболевания. В поздней стадии часто возникает непроходимость кишечника, вызванная вовлечением в опухолевый конгломерат серозной оболочки кишки.

**Классификация опухолей.**

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических процессов яичников рекомендуется пользоваться классификацией, разработанной Международным центром ВОЗ (Серов С.Ф., Скалли Р.Е., Собин Л.Г., 1977).

Данная классификация опухолей яич­ников согласуется с клинико-биологическими характеристи­ками опухолей и применима в клинической практике.

**Гистологическая классификация опухолей яичников**

**1. Эпителиальные опухоли (ЭО).** *ЭО развиваются из целомического мезотелия, способного к превращению как в доброкачественные, так и в злокачественные опухоли. Переход доброкачественных опухолей в злокачественные не бывает резким; существуют промежуточные или пограничные формы. Эпителиальные новообразования яичников составляют 90% всех опухолей этого органа. Эпителиальные злокачественные опухоли составляют 82% всех злокачественных опухолей яичников. Гистологически ЭО характеризуются эпителием, напоминающим эпителий маточных групп (мерцательный) или поверхностный эпителий яичника. Из-за наличия ресничек их раньше обозначали как “цилиоэпителиальные” кисты.* ***Теперь прежние термины “киста” и “кистома” с современных позиций употреблять нельзя. Они исключены из обихода и заменены синонимами “цистаденома” и “аденома”.***

***А. Серозные опухоли.*** Одна из каждых трех серозных опухолей злокачественна. СО (70%) встречаются в три раза чаще, чем муцинозные, и в семь раз чаще, чем эндометриоидные. Серозная цистаденокарцинома, наиболее частый вид РЯ, имеет тенденцию к двухстороннему развитию в 35-50% случаев.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма;

в) поверхностная папиллома.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) поверхностная папиллома;

в) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и па­пиллярная карцинома;

б) поверхностная папиллярная карцинома;

в) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***Б. Муцинозные опухоли.*** Одна из каждых пяти МО злокачественна. В 10-20% случаев опухоли двухсторонние.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности):

а) цистоаденома;

б) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***В. Эндометриоидные опухоли.*** Микроскопически структура сходна с картиной первичного рака эндометрия. В яичниках могут присутствовать очаги эндометриоза.

1. *Доброкачественные:*

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности)

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) карцинома:

1) аденокарцинома,

2) аденоакантома,

3) злокачественная аденофиброма и ци­стоаденофиброма;

б) эндометриоидная стромальная саркома;

в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные

***Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.***

1. *Доброкачественные:* аденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

3. *Злокачественные:* карцинома и аденокарцинома.

***Д. Опухоли Бренера.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Е. С мешанные эпителиальные опухоли.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Ж. Недифференцированная карцинома.***

Эта категория опухолей относится к разряду редких разновидностей РЯ и вызывает иногда путаницу. Это недифференцированный, анапластический рак. Ее ошибочно можно принять за гранулезоклеточную опухоль.

***3. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.***

Это аденокарцинома или железистый рак без явных признаков принадлежности к серозному, муцинозному, эндометриоидному или светлоклеточному (мезонефроидному) эпителию. Другими словами, это аденокарцинома неясного генеза. Уровень дифференцировки данных аденокарцином может быть различным. Прогноз при неклассифицируемых эпителиальных опухолях хуже, чем при серозной цистаденокарциноме.

***ПРОГНОЗ.***

Для каждой стадии эпителиальных опухолей яичников, прогноз связан со степенью гистопатологической дифференцировки опухоли. Малодифференцированные опухоли имеют худший прогноз. Прогноз при эндометриоидном раке гораздо лучше, чем при серозной и муцинозной аденокарциномах. Больные с пограничным или хорошо дифференцированным раком после первичного хирургического вмешательства обычно живут долго.

**II. Опухоли стромы полового тяжа –** *составляют 2-3% всех новообразований яичников, происходят из стволовых клеток мезенхимы коры яичников. Эти опухоли способны секретировать эстрогены. Гиперплазия эндометрия описана более чем у 50% больных этими опухолями, рак эндометрия – в 5-10%.*

***А. Гранулезостромально-клеточные опухоли.***

1. *Гранулезоклеточная опухоль –* раньше именовалась *“фолликуломой”.*Она относится к группе эстрогенпродуцирующих новообразований. Феминизирующий эффект проявляется: ППР у детей (менархе в норме 11-16 лет, чаще 13,5 лет. Самая молодая мать (1м 15см) в мире в Перу – 5 лет 7 мес родила доношенного ребенка массой 3,2 кг, путем операции кесарево сечение. Менструация с 3 лет, забеременела в 4 года 10 мес. В СССР в клинике академика Грищенко в г.Харькове в 6 лет 6 мес через естественные родовые пути. До 8 лет не должно быть вторичных половых признаков. Порядок появление ВПП: 1- телархе; 2- пубархе; 3- адренархе; 4- менархе); кровотечениями у женщин в периоде менопаузы; наличием метрорагий и менорагий, а также аменореи, бесплодия и невынашивания в детородном возрасте; в развитии сопутствующих фибромиом матки, аденомиоза, нагрубании молочных желез. Некоторые больные пожилого возраста выглядят моложе своих лет, а их НПО не имеют признаков атрофии. В отдельных случаях отмечается повышение либидо и явления транссексуализма. Удаление опухоли приостанавливает все указанные симптомы, однако они могут вновь появляться, если имеет место рецидив или метастаз опухоли. Поражаются все возрасты – от детского до преклонного, но в основном в постменопаузе, а в 5% - до периода полового созревания. Эти опухоли обычно односторонние, лишь в 10% случаев двухсторонние. Гранулезотекаклеточные опухоли варьируют по размеру от микроскопических до опухолей, выполняющих всю брюшную полость. Гистологически характерно наличие телец Каля-Экснера (розетки или фолликулы гранулезных клеток, часто с центральной полостью). Рецидивы возникают приблизительно у 30% больных, обычно более чем через 5 лет после удаления первичной опухоли; иногда рецидивы возникают через 30 лет. Гранулезоклеточные опухоли состоят из клеток гранулезы атрезирующего фолликула и клеток стромы яичников.

*2. Группа теком-фибром:*

а) текома; (Также, как и гранулезоклеточные опухоли, относятся к группе эстрогенпродуцирующих. Феминизирующий эффект тоже проявляется в НМЦ, гиперплазией эндометрия, гипертрофией миометрия и дисгормональными изменениями ткани молочных желез, исчезающими после удаления опухоли. Поражают преимущественно женщин в периоде мено- и постменопаузы, а детей практически не встречаются. Частота обнаружения – 2,5%).

б) фиброма; (Встречаются редко и не проявляют гормональной активности. Проще говоря, это текомы без гомонального эффекта. Поражается в основном пожилой контингент женщин, у которых такая опухоль вызывает асцит, анемию и иногда гидроторакс (синдром Мейгса). Фибромы чаще всего односторонние, самой различной величины. Макроскопически они плотные, округлой или овальной формы, на разрезе волокнистого строения, перламутрового вида; встречаются очаги обызвествления, отека, распада и кровоизлияний).

в) неклассифицируемые.

***Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.***

Редкие опухоли мезенхимного происхождения. Обычно обладают андрогенной активностью. Классическое проявление андроген-секретирующих опухолей – дефеминизация, включающая атрофию молочных желез и матки, аменорею, отвращение к половой жизни с последующей маскулинизацией, включающей гирсутизм, появление угрей, изменение линии оволосения, огрубения голоса, увеличение гортани, гипертрофию клитора, бесплодие. В редких случаях может быть сочетание маскулинизации и феминизации (амбипотентность). Наичаще поражают женщин от 20 до 40 лет, развиваются длительно, в течении многих лет, чаще доброкачественние.

1. *Высокодифференцированные:*

а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли;

б) тубулярная андробластома с накоплением липидов; опу­холь из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена);

в) опухоль из .клеток Сертоли и Лейдига;

г) опухоль из клеток Лейдига; опухоль из хилюсных кле­ток.

2. *Промежуточной* (переходной) *дифференцировки.*

3. *Низкодифференцированные* (саркоматоидные).

4. *С гетерологическими элементами.*

***В. Гинандробластома.***

Редкая опухоль, локализуется так же, как и андробластома преимущественно в мозговом слое яичника, реже – в воротах и корковой зоне. Размеры опухолевых узлов небольшие, чаще в капсуле, на разрезе мягкой консистенции, солидного или мелкозернистого строения, беловато-желтоватого вида, могут быть участки кровоизлияний и некрозов.

***Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.***

К этой группе относятся редкие опухоли, построенные из элементов полового тяжа без признаков половой дифференцировки. Иными словами, им невозможно дать специфическое определение или установить, являются ли они по своему типу овариальными или тестикулярными. Наблюдаются в молодом возрасте и у детей, нередко при наличии синдрома Пейтца-Егерса (пигментация слизистых оболочек и кожи в сочетании с полипозом желудочно-кишечного тракта).

**III. Липидно-клеточные (липоидно-клеточные) опухоли.** Встречаются редко, относятся к разряду казуистики. Раньше их именовали “лютеома”. Являются следствием дистопии коркового слоя надпочечников. Тканевая природа и гистогенез до сих пор не ясны.

Считается, что они чаще гормональноактивны, в частности, вирилизирующие новообразования. Проявляются клиникой маскулинизации и гиперкортицизма (Кушингоид). Иногда реакция Ашгейм-Цондека на гонадотропные гормоны бывает резко положительной. Гистологически опухолевые клетки светлые, пенистые, напоминают лютеиновые клетки, клетки Лейдига или клетки коры надпочечника. Макроскопически на разрезе они неизменно желтого цвета.

**IV. Герминогенные опухоли.** Развиваются из незрелых зародышевых клеток яичников, дающих начало или дисгерминомам, или опухолям из полипотентных клеток. Опухоли из полипотентных клеток могут дифференцироваться во внеэмбриональные структуры (эндодермальный синус, хориокарцинома) или эмбриональные структуры (злокачественные тератомы). Эти опухоли составляют 5% всех злокачественных опухолей яичников, но у женщин моложе 20 лет они составляют более двух третей всех злокачественных новообразований яичников.

***А. Дисгерминома.*** Наиболее часто встречающаяся опухоль из зародышевых клеток, составляют приблизительно 50% опухолей этого типа. Встречаются такие опухоли сравнительно редко, составляя от 0,6 до 5% случаев всех опухолей яичников. Дисгерминома яичника аналогична семиноме яичка, развивается она из половых клеток, не подвергающихся дифференцировке. В 90% дисгерминомы возникают у женщин моложе 30 лет. Как правило, это женщины с явлениями инфантилизма и с замедленным половым развитием, а также с признаками псевдогермафродитизма. Дисгерминомы растут и метастазируют быстро и имеют великую предрасположенность к распространению по лимфатическим путям. Опухоли могут секретировать ХГТ. Более чем в 20% случаев это двусторонние опухоли, но чаще поражается только один яичник. Нередко опухоль имеет ножку. Дисгерминома высокочувствительна к лучевой терапии; в сыворотке крови больных повышается уровень лактат-дегидрогеназы (ЛДГ).

***Б. Опухоль эндодермального синуса.***

Гистологически выявляют клубочкоподобные структуры ( тельца Шиллера-Дюваля), напоминающие сосочки эндодермального синуса в плаценте крысы. Средний возраст больных составляет 19 лет. Чаще, в 95% случаев, это опухоль односторонняя и поражает правый яичник. Диагностическое значение придается определению АФП, который является маркером опухоли. Опухоль быстро метастазирует.

***В. Эмбриональная карцинома.***

Гистологически состоит из анапластических эмбриональных клеток эпителиального вида. Средний возраст больных – 15 лет. Опухоль секретирует АФП и ХГТ. Повышение содержания ХГТ может вызывать ППР у девочек в препубертатном периоде. Чаще опухоль односторонняя с тенденцией к быстрому росту, что приводит к возникновению острых болей в животе.

***Г. Полиэмбриома.***

Высокозлокачественная опухоль, построена преимущественно из эмбриональных (эмбрионоподобных) телец, которые состоят из сдвоенных мелких кист, выстланных эктодермальным и энтодермальным эпителием, а также очагов мезодермы. Данные структуры представляют как бы эмбрион человека самых первых недель развития.

***Д. Хорионэпителиома (хориокарцинома).*** Происходит из эпителиальных клеток ворсин хориона. Эту первичную опухоль необходимо отличать от метастатического поражения яичников в результате гестационной хорионэпителиомы. Гистологически – пролиферация атипичных элементов цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. Обично возникае у молодых женщин; локализуется в теле матки, реже в маточной трубе, яичнике или брюшной полости. Редко бывает двусторонней. Секретирует ХГТ. Симптомы: опухолевая масса в полости таза и ППР у девочек в препубертатном периоде.

*Опухоль энтодермального синуса, эмбриональная карцинома, полиэмбриома и хорионэпителиома относятся к* ***редким герминогенным (зародышевым) опухолям яичников.*** *Клинически и макроскопически они ничем не отличаются от герминогенных опухолей другого строения. Протекают, как правило, злокачественно. Гистологическая диагностика их трудна.*

***Е. Тератомы.*** Поражают главным образом молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет, но нередки и у девочек. Растут медленно, не имеют специфических клинических симптомов, за исключением некоторой склонности к нагноению и спаечным процессам. Частота их обнаружения колеблется в пределах 10-20% по отношению к общему числу опухолей; преобладает одностороннее поражение. Гистогенез сложен. Современная точка зрения на происхождение тератомы - из половых клеток в результате явления партеногенеза. Развивается из трех зародышевых листков: экто-мезо-энтодермы. Отсюда их содержимое: кожа, зубы, зачатки глаза, нервная ткань, челюсти, слюнные железы, кишечная трубка, мочевыводящие пути, щитовидная железа, соединительная ткань, сало, волосы, хрящи и т.д. Макроскопически тератомы представляют собой различной величины кистозно-солидные узлы, мягкоэластической консистенции, обычно лежащие в переднем своде.

1. *Незрелые (злокачественные - тератобластомы).*

*2. Зрелые (доброкачественные).*

а) солидные;

б) кистозные:

1) дермоидная киста,

2) дермоидная киста с малигнизацией.

3. *Монодермальные* (высокоспециализированные):

а) струма яичника (имеет структуру ткани щитовидной железы);

б) карциноид яичника (имеет структуру нейросекретоной ткани);

в) струма яичника и карциноид;

г) другие.

***Ж. Смешанные герминогенные опухоли.*** Состоят из комбинации одного или более указанных выше типов, например, дисгерминомы и хорионкарциномы, опухоли эндодермального синуса и полиоэмбриомы. Среди всех герминогенных ОЯ смешанные формы наблюдаются в 12% случаев. Эти опухоли очень злокачественны. Причем, чем пестрее и сложнее опухоли, тем хуже прогноз.

**V. Гонадобластома.** Редкая опухоль яичников, развивающаяся у больных с дисгенезией гонад и кариотипом, включающим Y-хромосому. Опухоли состоят из клеток гранулезы, клеток тека, а также клеток типа Сертоли и Лейдига. Часто содержит участки кальцификации. Обычно сочетается с дисгерминомой, поэтому при наличии Y-хромосомы все дисгенетичесике гонады необходимо удалять сразу после их идентификации, за исключением случаев синдрома тестикулярной феминизации, когда удаление гонад откладывают до окончания полового созревания. Клинически может проявляться ППР и симптомами маскулинизации. В качестве лечения комбинированный метод – хирургическое удаление опухоли и послеоперационное облучение. Гонадобластома – злокачественная опухоль, отдельные смешанные варианты ее способны рано и широко метастазировать.

А. Чистая (без примеси других форм).

Б. Смешанная с дисгерминомой и други­ми формами герминогенных опухолей.

**VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичные для яичников**

К этой группе относятся доброкачественные и злокачественные мезенхимальные, гемопоэтические, неврогенные и другие опухоли. Их следует классифицировать в соответствии с гистологической классификацией мягких тканей. Чаще это лимфомы яичника, лимфогранулематоз и лимфосаркомы. Причем возможно сочетание подобных процессов с раком яичника.

**VII. Неклассифицированные опухоли.**

**VIII. Вторичные (метастатические) опухоли.** Основным источниками метастазов являются карциномы желудка (опухоль Крукенберга), кишечника, молочной железы, матки. Возможно метастазирование рака легкого и щитовидной железы, а также метастазирование опухоли из одного яичника в другой. Иногда в яичниках могут быть обнаружены метастазы рака почки, желчного пузыря и поджелудочной железы. Процеес метастазирования осуществляется лимфогенным, гематогенным и имплантационным путями. Трансперитонеальная и, тем более, транстубарная имплантация занимает небольшое место среди путей распространения вторичных опухолей яичников. Классифицируется метастазирование в яичники по 5 группам: хилюсно-медуллярный тип (лимфоидный и гематогенный), капсуло-кортикальный тип (тип перитонеальной диссеминации), диффузно-инфильтрирующий тип (так наз. Крукенберга), узловатый тип (гематогенный?), смешанный и неклассифицируемый тип. ***Метастазы в яичники чаще всего бывают двусторонними, но при одностороннем поражении преимущетсвенно справа.*** Вторичные (метастатические и инвазивные) опухоли яичников составляют 12-17% всех опухолей этой локализации. Метастатическое поражение яичников чаще происходит до наступления менопаузы, в возрасте до 40-50 лет. Примерно 1\3 метастатических раков протекает бессимптомно. ***Поэтому при раках любой локализации требуется обязательное гинекологическое обследование больных с целью установления метастазов в яичниках.*** С другой стороны, метастатические ОЯ из пищеварительного тракта могут проявлять себя задолго до того, как возникают клинические симптомы поражения, в частности желудка. Нельзя забывать также и о том, что метастазы в яичниках могут проявляться через несколько лет после удаления первичного рака в ЖКТ.

**IX. Опухолевидные процессы.**

***А. Лютеома беременности*** (нодулярная текалютеиновая гиперплазия).

Единичные или множественные четко очерченные поля лютеиновых клеток обычно развиваются в последние 3 месяца беременности. От желтого тела беременности отличается большими размерами и множественностью узлов, а также фиброзного центра, свойственного желтому телу.

***Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз.***

Двусторонние опухолевидные разрастания, состоящие из пролиферирующей стромы яичника.

***В. Массивный отек яичника.***

Заметное увеличение одного или обоих яичников за счет накопления отечной жидкости в строме, разделяющей нормальные фолликулярные структуры.

***Г. Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела.***

Одиночная фолликулярная киста с прозрачным содержимым и покровом из мелких кубических клеток. Появляется из граафовых пузырьков или из кисто-атрезирующихся фолликулов. Часто сочетается с воспалительными процессами матки и миомами матки.

Киста желтого тела сходна по строению с желтым телом и отличается от него лишь размерами, выстлана слоем лютеиновых клеток. Содержимое прозрачное или кровянистое. В больших кистах, как и в фолликулярных, типичная клеточная выстилка может отсутствовать. В таких случаях их необходимо дифференцировать с так называемыми “ шоколадными” кистами эндометриоидного генеза.

***Д. Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники; яичники при синдроме Штейна-Левенталя).***

Поражение чаще двустороннее. При этом яичники увеличены, плотные, с наличием многочисленных мелких кист. Гистологически характеризуется развитием соединительной ткани с резким фиброзом и гиалинозом как в белочной оболочке яичника, так и в корковом и мозговом слоях, среди которой располагаются фолликулярные кисты. Как правило, отмечается дистрофия примордиальных фолликулов, кистозная атрезия и облитерация зреющих фолликулов.

***Е. Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и\или желтые тела.***

Эти кисты могут быть связаны с трофобластической болезнью, нормальной беременностью двойней, а также приемом препаратов, вызывающих овуляцию. Внутренняя поверхность выстлана слоем текалютеиновых клеток.

***Ж. Эндометриоз.***

Является следствием наружного генитального эндометриоза. *Морфологически* различают следующие варианты эндометриоза яичников: железистый, железисто-кистозный, кистозный и стромальный. По *распространенности:* очаговый (внутрикорковый), диффузный (корково-мозговой), односторонний, двусторонний, с экстраовариальной диссеминацией, без экстраовариальной диссеминации. По *направлению развития:* растущий (пролиферирующий), стабильный (фиброзный), регрессивный (дистрофический), малигнизированный. По биологическому содержанию эндометриоз яичников правильнее относить к опухолевидным процессам дисгормональной природы, способным к озлокачествлению.

***З. Поверхностные эпителиальные кисты включения (герминальные кисты включения).***

Зародышевые микрокисты располагаются в строме коркового слоя и возниккают из поверхностного эпителия яичника. Они могут являться предшественниками некоторых кистозных новообразований. Обычно выстланы индифферентным эпителием либо эпителием серозного или эндометриоидного типа. По современным взглядам, рассматриваются как аномалия развития.

***И. Простые кисты.***

Тонкостенные, множественные или единичные мелкие кисты с прозрачным содержимым иногда типа гидатид или гроздей винограда. Выстланы кубическим либо цилиндрическим эпителием без распознаваемой гистогенетической природы.

***К. Воспалительные процессы.***

Опухолевидное увеличение придатков может быть связано с бактериальной инфекцией, патогенными грибками и паразитами. Чаще всего воспалительные процессы в яичниках развиваются вторично как проявление сальпингита или аднексита. Различают острый и хронический оофорит, абсцесс яичника, туберкулез, актиномикоз и эхинококкоз. Та или иная форма оофорита может вызвать воспаление предсуществовавших кист яичника различных типов происхождения.

***Л. Параовариальные кисты.***

Развивается киста бессимптомно и является большей частью случайной находкой. Это групповое обозначение всех кистозных образований, встречающихся за пределами яичников, в мезосальпинксе. Они могут быть мюллерова и мезонефроидного происхождения. Типичная параовариальная киста располагается между трубой и яичником, обычно односторонняя, тонкостенная, с прозрачным серозным содержимым, выстлана однорядным кубическим или цилиндрическим эпителием. Очаги пролиферации и малигнизации эпителия встречаются редко.

Из приведенной гистологической классификации опухолей яичников явствует, что опухоли яичников могут развиваться из любого вида тканей, представленных в яичнике, причем практически все эти опухоли могут обладать различной сте­пенью злокачественности. Поэтому понятие ***“рак яичника”****яв­ляется собирательным и включает в себя все злокачественные опухоли, исходящие из яичника.*

Клиническая картина рака яичников во многом зависит от стадии распространения злокачественного процесса. В зави­симости от степени распространенности опухолевого процесса различают четыре стадии рака яичников (FIGO).

Стадия Iа - опухоль в пределах одного яичника.

Стадия Iв - опухоль поражает оба яичника

Стадия Iс – поражение ограничено одним или двумя яичниками, есть асцит с наличием клеток опухоли.

Стадия IIа – опухоль поражает один или оба яичника с распространением на трубы и\или матку.

Стадия I

матка, маточные трубы.

Стадия III—кроме придатков и матки поражается пари­етальная брюшина, появляются метастазы в регионарных лимфатических узлах, в сальнике, определяется асцит.

Стадия IV — в процесс вовлекаются соседние органы: мо­чевой пузырь, кишечник, имеется диссеминация по парие­тальной и висцеральной брюшине; метастазы в отдаленные лимфатические узлы, в сальник; асцит; кахексия.

Международным противораковым союзом была предло­жена несколько иная классификация по степени распростра­нения процесса (**ТNМ)**

**Классификация рака яичников по системе ТNМ**

Т — первичная опухоль.

То — нет проявлений первичной опухоли.

Т1 — опухоль поражает один яичник, который остается смещаемым.

Т2 — опухоль поражает оба яичника, которые остаются смещаемыми.

Тз — опухоль распространяется на матку, или трубы.

Т4 — опухоль распространяется на другие окружающие

(Примечание: наличие асцита не влияет на категорию Т.)

N—регионарные лимфоузлы.

Но—парааортальные лимфоузлы не прощупываются.

М1 — парааортальные лимфоузлы прощупываются.

М — отдаленные метастазы.

М.о — нет признаков отдаленных метастазов.

Мд — имеются имплантационные или другие метастазы:

М;[а—метастазы имеются только в малом тазу, Мц)— метастазы располагаются в пределах брюшной полости, включая большой сальник, тонкую кишку, брыжейку или другие органы, М[с—метастазы за пределами брюшной полости, включая ретроперитонеальные лимфатические узлы, кроме парааортальных.

О — деление по степени дифференциров-ки опухолевых клеток.

(11 — опухоль низкой злокачественности.

Оа — опухоль явно злокачественная.

Вышеперечисленные классификации рака яичников по ста­диям распространения процесса имеют небольшое практиче­ское значение. В 1964 г. Международной федерацией гинеко­логов и акушеров (FIGO) была предложена классификация, которая наиболее полно отражает степень распространения ракового процесса, источником которого является яичник.

**Классификация рака яичников по стадиям, разработанная Международной федерацией акушеров и гинекологов (FIGO)**

По классификации выделяются следующие стадии:

**Стадия I** – опухоль ограничена яичниками.

**1а** — опухоль ограничена одним яичником. Асцита нет;

**1а1** — нет опухоли на поверхности яичника, капсула интактна;

**1а2** — имеется опухоль на поверхности яичника и (или) капсула нарушена;

**1в** — опухоль ограничена обоими яичниками. Асцита нет;

**1в1** — нет опухоли на поверхности каждого яичника, капсу­ла интактна;

**1в2** — опухоль распространяется на поверхность одного или обоих яичников и (или) одна из капсул нарушена;

**1с** — опухоль ограничена одним или обоими яичниками. Имеется асцит, содержащий злокачественные клетки или с по­ложительным перитонеальным смывом (в смыве обнаружены злокачественные клетки);

**Стадия II** —опухоль вовлекает один или оба яичника и распространяется в полость малого таза;

**IIа** — опухоль распространяется на матку и (или) одну или обе трубы, но без вовлечения висцеральной брюшины. Ас­цита нет;

**IIв** —опухоль распространяется на другие органы малого таза и (или) включая висцеральную брюшину и матку. Асцита нет;

**IIс** — опухоль с распространением на матку и (или) одну или обе трубы и (или) другие органы малого таза. Имеется асцит, содержа­щий злокачественные клетки (или положительный перитонеальный смыв);

**СтадияIII** — опухоль вовлекает один или оба яичника с перитонеальными имплантантами и\или метастазами в забрюшинные или паховые лимфатические узлы. Метастазы по поверхности печени. Распро­странение ограничено областью малого таза, но с верифицированными метастазами в большой сальник.

**IIIа –** опухоль ограничена областью малого таза, нет метастазов в лимфатические узлы, но имеются гистологически доказанные микроскопические метастазы по брюшине и брюшной полости.

**IIIв –** опухоль одного или обоих яичников с гистологически доказанными метастазами по брюшине, диаметр которых не превышает 2 см, в лимфатических узлах метастазов нет.

**IIIс –** метастазы в брюшную полость диметром более 2 см и\или метастазы в забрюшинные лимфатические узлы.

**СтадияIV** — опухоль одного или обоих яичников с отдаленными метастазами. Плеврит, паренхиматозные метастазы в печень.

ВОЗ и Международной федерацией акушеров и гинекологов принята единая морфологическая классификация злокачественных опухолей яичников, выделяющая эпителиальные, опухоли стромы полового тяжа и герминогенные опухоли. Большинство злокачественных ОЯ составляют эпителиальные (80-90%).

Рак яичников—заболевание, которое может возникать в любом возрасте, включая и период новорожденности. Конеч­но, возникновение рака яичников в пожилом возрасте—явле­ние наиболее частое, однако не следует забывать, что он на­блюдается и у детей, и у молодых женщин. Для женщин пожилого и старческого возраста наиболее характерны злока­чественные варианты эпителиальных опухолей, т.е. типичный рак, однако это не исключает и наличие у этой группы боль­ных других видов рака яичников. Все остальные виды рака яичников чаще встречаются в более молодом возрасте. Герминогенные раки, как правило, характерны для детского и юношеского возраста.

Нередко раку яичников предшествует доброкачественная опухоль яичника. Незапущенный рак яичников не имеет специфических признаков. Жалобы у женщин, заболевших раком яичников, появляются лишь при значительной распространен­ности опухолевого процесса. Исключение составляют гормо­нально-активные опухоли стромы полового тяжа. Иногда в начальной стадии развития злокачественных опухолей яични­ков первым и единственным симптомом может являться внезапный приступ острых болей в животе, обусловленный .перекрутом ножки опухоли, нарушением ее кровоснабжения и раз­рывом ее. Однако при незапущенном раке яичников болевой синдром, как правило, стерт и лишь при тщательном расспро­се больных удается выявить у них наличие болей неопределен­ного характера и неопределенной локализации. Расстройство менструальной функции не характерно для рака яичников, исключение составляют гормонально-активные опухоли.

Объективные данные при начальных стадиях рака яични­ков неспецифичны. Обычно это наличие опухолевого образо­вания в малом тазу. Иногда единственный признак рака яич­ников — асцит, при этом опухоль может быть малого размера и не вызывать никаких жалоб у больной.

Рак яичников — это опухоль, которая, как правило, быстро метастазирует. Основной путь метастазирования—лимфогенный, основной отток лимфы идет в парааортальные лимфоузлы, которые для рака яичников являются регионарными, да­лее метастазы возникают в средостении и даже в области го­ловы. Некоторые формы рака яичников, особенно в молодом возрасте, распространяются гематогенно, а также путем обсе­менения по брюшине таза, брюшной полости, кишечнику.Таким образом, обнаружив один или несколько вышеперечисленных неспецифических признаков рака яичников, врач обязан провести пальпацию всей брюшной полости, надклю­чичных и паховых лимфоузлов и области пупка, перкуссию брюшной полости и грудной клетки, аускультацию легких.

В группу **повышенного риска** по возникновению рака яичников относятся :

1) больные с доброкачественными опухолями яичников;

2) больные с диагнозом “фибромиома матки”;

3) больные, длительно подвергавшиеся лечению по поводу хронического воспаления придатков матки;

4) больные, у которых определяются увеличенные яичники или неопределенные опухолевые массы в малом тазу.

Кроме указанной группы больных углубленному обследо­ванию с целью выявления рака яичников подлежат больные:

1) предъявляющие жалобы на неясные боли в животе не­определенной локализации;

2) с определяемым выпотом в брюшной или плевральной полости;

3) с различного характера нарушениями менструальной функции (особенно молодые), которые подвергались в прош­лом операциям по поводу кист яичников;

4) леченные ранее по поводу злокачественных образований других локализаций;

5) с недостаточной детородной функцией.

При подозрении на рак яичников больные подлежат углуб­ленному обследованию, в которое наряду с общепринятыми методами исследования (анамнез, физическое обследование, клинические анализы и т. д.) включаются специальные мето­ды исследования для определения локализации опухоли и ста­дии распространения процесса.

Патогномоничных признаков злокачественных опухолей яичников не существует. Встречают следующие симптомы:

• боли и чувство дискомфорта в брюшной полости;

• диспепсия и другие нарушения деятельности ЖКТ;

• нарушения менструального цикла (чаше при гормонально-активных опухолях);

• увеличение размеров живота как за счёт асцита, так и за счёт опухолевых масс в брюшной полости и малом тазу;

• респираторные симптомы (одышка, кашель) за счёт транссудации жидкости в плевральную полость, а также за счёт увеличения внутрибрюшного давления (нарастание асцита и массы опухоли).

**ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

В диагностике опухолей яичников ведущую роль играет гинекологическое исследование. При осмотре с помощью зер­кал следует обратить особое внимание на состояние и распо­ложение шейки матки в малом тазу (ее смещение, доступность осмотру), на вид сводов и стенок влагалища (наличие или от­сутствие метастатических узлов в стенках, экзофитные обра­зования на них).

Из всех видов двуручного гинекологического исследования наиболее информативным является двуручное ректовагинальноабдоминальное, при котором кроме состояния тела, шейки матки и придатков, их величины, консистенции, подвижности,. болезненности, характера поверхности, связи с окружающими органами можно определить состояние параметральной клет­чатки и прямокишечно-маточного пространства, в котором при значительном распространении опухоли определяются различных размеров имплантанты, пальпируемые в виде “ши­пов”. При обследовании девочек и девушек обязательным яв­ляется ректоабдоминальное исследование.

Нередко наличие асцитической жидкости в брюшной полости делает неясным пальпаторную картину при гинекологическом исследовании. В таких случаях это исследование надо повторить после парацентеза и эвакуации асцитической жидкости из брюшной полости эвакуированная из брюшной полости асцитическая жидкость в обязательном порядке должна быть исследована, на наличие в ней атипических клеток.

Больным с подозрением на рак яичников с целью уточне­ния локализации опухоли (желудок, кишечник, метастазы в яичники) и стадии ее распространения необходимо рентгено­логическое обследование легких, желудочно-кишечного тракта и почек (экскреторная урография), а также ректороманоскопия, цистокопия и хромоцистоскопия.Из специальных методов исследования при подозрении на рак яичников и для определения стадии его распространения применяются:

1. эндоскопические (лапаро- и кульдоскопия);

2) рентгенологические (контрастные: пневмо-, пельвиография, чрезматочная флебография таза, илиокавография, лимфография и бесконтрастные: обзорный снимок брюшной полости, при котором по величине фланговой полоски (между стенкой восходящей ободочной кишки и париетальным лист­ком брюшины правого латерального канала) и наличию или отсутствию на рентгенограмме четких контуров нижненаруж­ного края правой доли печени можно судить о наличии в брюшной полости асцитической жидкости);

3) цитологические (исследование на атипические клетки жидкости, полученной при пункции брюшной и плевральных полостей, а также исследование смывов из полости малого таза, полученных при пункции брюшной полости через задний свод влагалища):

4) радиоизотопные методы (сканирование печени для об­наружения метастазов в ней, изотопная рентгенография).

5) Исследование уровня опухолевых маркеров :

— на эпителиальные злокачественные опухоли яичников — СА 125: СА 72-4 и СА 19-9 — на муцинозные;

— на герминогенные — (3-ХГЧ, а-фетопротеин)

— на гранулёзоклеточные — ингибин.

Выполнение эндоскопических, контрастных рентгенологи­ческих и цитологических методов исследования должно про­изводиться высококвалифицированными специалистами толь­ко в условиях стационара по строгим показаниям, так как в ряде случаев возникают серьезные осложнения (ранение по­ловых органов, газовая эмболия, кровотечения и т. д.).

Трактовка данных специальных методов исследования (особенно рентгеноконтрастных) требует достаточного опыта в чтении результатов исследования и сопоставления их с кли­нической картиной заболевания у данной конкретной больной.

Таким образом, клиническое обследование в полном объе­ме чаще всего позволяет правильно поставить диагноз и опре­делить степень распространения процесса. Если при клиниче­ском обследовании больной встречаются затруднения в трак­товке полученных данных, то необходимо прибегнуть к чрево­сечению, которое явится заключительным этапом диагности­ки и в большинстве случаев одновременно первым этапом ле­чения.

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ**

Прежде чем перейти к вопросу о выборе тактики лечения рака яичников, следует остановиться на взаимосвязи гисто­логической дифференцировки опухоли, степени злокачествен­ности ее и возраста больных. Эти вопросы наряду с вопросом о стадии распространения злокачественного процесса имеют большое значение при выборе метода лечения и оценке про­гноза жизни больных. Опухоли с отсутствием инфильтративного роста в строме даже при наличии перитонеальных метастазов клинически ведут себя как опухоли с низкой степенью злокачественности. В пределах одной и той же стадии про­цесса 5-летняя выживаемость в случае 1-й степени злокачест­венности может быть в 2—3 раза выше, чем при 3-й. Возрас­тающие степени злокачественности наблюдаются при сероз­ных и недифференцированных опухолях; женщины молодого возраста чаще имеют низкую степень злокачественности**.**  В лечении рака яичников используется оперативное лече­ние, химиотерапия, лучевая и гормонотерапия.

В подавляющем большинстве случаев при лечении рака яичников применяется **оперативное лечение,** которое опреде­ляет и последующие возможности проведения остальных ви­дов лечения.

Радикальной операцией при раке яичников является дву­сторонняя овариосальпингоэктомия с экстирпацией матки и резекцией большого сальника при условии, что при этом не остается видимых метастазов. Резекция большого сальника необходи­ма, так как у 16% больных в неизмененном визуально боль­шом сальнике имеются микрометастазы (И. Д. Нечаева с соавт., 1981).

К полному объему оперативного вмешательства следует стремиться и при распространенных стадиях процесса, так как это во многом влияет на выживаемость и определяет прогноз жизни больных. Зарубежные исследователи показали, что в случае полного объе­ма операции при стадии III выживаемость в течение 18 мес наблюдения составила 87,5%, при неполном объеме опера­ции—50%.

Объем паллиативных операций, направленных на удале­ние основной массы опухолей, в наибольшей степени опреде­ляет и эффективность последующей химиотерапии. Если в про­цессе обследования выясняется невозможность выполнения операции, лечение начинают с химиотерапии и после умень­шения массы опухолевых образований под влиянием химио­терапии производят операцию. Важное значение имеют и повторные лапаротомии с целью определения и при возможности удаления остаточных опухо­лей, а также установления полной регрессии опухоли.

Роль **лучевой терапии** при раке яичников в настоящее вре­мя пересмотрена. Ранее этот метод использовался с целью профилактического воздействия после радикальных операций, а также после паллиативного воздействия при распространен­ном процессе. Однако преимущество лучевой терапии перед химиотерапией не было доказано, и в настоящее время она в основном используется в качестве дополнительного воздейст­вия при неэффективности химиотерапии. Исключение из этого правила составляет дисгерминома, которая обладает высокой радиочувствительностью, в связи с чем в послеоперационном периоде при этой опухоли наряду с химиотерапией правомоч­на и дистанционная лучевая терапия.

В настоящее время наиболее признанным и распространен­ным методом лечения рака яичников является **комплексный,** включающий два основных этапа лечения—операцию (чаще всего первый этап) и химиотерапию (второй этап комплекс­ной терапии).

В клинической практике для лекарственной терапии зло­качественных опухолей применяются препараты, которые по своей химической структуре могут быть распределены на шесть групп.

1. Алкилирующие препараты—хлорэтиламины и этиленамины (диклофосфан, ТИО-ТЭФ, бензо-ТЭФ, сарколизин и др.). Лекарственные средства этой группы при введении в организм вступают в химические реакции с биологически ак­тивными компонентами клетки (НК, белки и т. д.) с помощью алкильной группы (СН2-группы). В результате этой реакции обмен в клетке нарушается и она гибнет.

2. Антиметаболиты (метотрексат, 5-фторурацил, фторафур, 6-меркаптопурин и др.). Эти препараты блокируют нормаль­ные биохимические процессы в клетке и при введении в орга­низм нарушают синтез ДНК в опухолевой клетке, что приво­дит к ее гибели.

3. Противоопухолевые антибиотики (актиномицин Д, адриамицин, брунеомицин и др.). Механизм действия полностью не изучен, при введении в организм вызывают нарушение син­теза ДНК и РНК.

4. Препараты растительного происхождения (колхамин, винбластии, винкристин и др.) являются митотическими ядами, блокирующими митозы клеток.

5. Прочие противоопухолевые препараты (миелосан, л-аспарагиназа и др.) — вещества из различных химических клас­сов.

6. Гормональные препараты (андрогены, прогестины, эстрогены, кортикостероиды).

Следует сказать, что в настоящее время во всем мире идет интенсивный поиск новых лекарственных противораковых препаратов и количество их с каждым годом увеличивается.

Для химиотерапии рака яичников основными препаратами являются средства 1—5-й групп.

Химиотерапия имеет важное значение в лечении рака яич­ников, так как она используется в качестве профилактическо­го метода воздействия после радикальных операций при ран­них стадиях распространения процесса и как основной метод лечения при распространении процесса.

И. Д. Нечаева (1972) привела убедительные данные, что процент больных с 5-летней выживаемостью после неради­кальных операций и последующей химиотерапии алкилирующими препаратами возрастает. Эффект достигается проведени­ем химиотерапии повторными курсами с использованием наи­более активных препаратов.

Вопрос о длительности профилактической химиотерапии является сложным, так как в некоторых случаях метастазы при раке яичников могут появляться через 10 и более лет по­сле первоначальной радикальной операции.

При стадиях I и II рака яичников профилактическая химиотерапия должна проводиться курсами (в зависимости от подстадии) в общей сложности в течение 0,5—1,5 лет.

При нарушении капсулы профилактическую химиотерапию желательно продлевать до 1 года. Если возникает необ­ходимость повторных курсов, наиболее приемлемым в плане профилактической химиотерапии является циклофосфан или циклофосфан в сочетании с 5-фторурацилом. Возможно также применение ТИО-ТЭФ, но его сильное угнетающее действие на гемопоэз затрудняет проведение повторных курсов лече­ния. Циклофосфан вводят по 400 мг внутримышечно или внутривенно через день в течение 3 нед или по 200 мг ежедневно до той же суммарной дозы.

ТИО-ТЭФ вводится по 20 мг внутривенно или внутримы­шечно 2 раза в нед или по 10 мг через день в течение 3 нед.

В последние годы большое значение приобрела **комбиниро­ванная химиотерапия (полихимиотерапия).** Ее преимущества перед монохимиотерапией доказаны рядом авторов.При лечении распространенных стадий после паллиатив­ных операций целесообразно начинать лекарственное лечение наиболее активной комбинацией препаратов. В случае достижения полной регрессии опухолей, подтвержденной лапароскопией или другими методами исследования (ультразвуковая или компьютерная томография), поддерживающие курсы по данной схеме продолжаются далее в течение периода времени до 2 лет с постепенным увеличением интервалов между кур­сами до 1,5—3 мес. При неэффективности первоначально вы­бранной комбинации препаратов переходят на другую схему лечения. Следует помнить, что при химиотерапии возникают ослож­нения, связанные с побочным действием препаратов на орга­низм больных; это прежде всего угнетение кроветворения, дей­ствие на слизистую желудочно-кишечного тракта (энтерит) и полости рта (стоматит), поэтому химиотерапия должна про­водиться под тщательным контролем картины крови.

Гормонотерапия при раке яичников в настоящее время на­ходится в стадии изучения. Имеются сообщения о примене­нии прогестинов (медроксипрогестерон-ацетат, провера, депо-провера и др.) и антиэстрогенного препарата — тамоксифена.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ГИСТОТИП ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ:

а) строматогенные

б) гормонпродуцирующие

в) эпителиальные

г) герминогенные

д) нет верного ответа

2. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР РИСКА РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) органсохраняющие операции по поводу опухолей яичников

в анамнезе

б) длительный прием КОК

в) большое количество абортов в анамнезе

г) длительное использование ВМС.

д) нет верного ответа

3. РАК КРУКЕНБЕРГА ЭТО МЕТАСТАЗЫ ОПУХОЛЕЙ:

а) желудочно-кишечного тракта

б) легких

в) молочных желез

г) все верно.

д) нет верного ответа

4. ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО:

а) малосимптомное клиническое течение при I и II стадиях

б) быстрое удвоение опухолевого процесса (вовлечение обоих

яичников)

в) асцитический вариант

г) агрессивное течение и низкая 5-летняя выживаемость.

д) верно все

5. ОСНОВНОЙ ПУТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) лимфогенный

б) имплантационный

в) гематогенный

г) все верно

д) нет верного ответа

6. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ ВКЛЮЧАЕТ:

а) операция+гормонотерапия

б) операция+лучевая терапия

в) операция+гормонотерапия+лучевая терапия

г) операция+полихимиотерапия

д) нет верного ответа

7. ПРИ КАКИХ СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

д) любая стадия

8. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ I И II-СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) двухсторонняя овариоэктомия

б) расширенная экстирпация матки по Вертгейму

в) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки)

г) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) и резекция

большого сальника

д)нет верного ответа

9. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ III И IV-СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) циторедуктивная операция (максимальное удаление

опухолевых масс)

б) расширенная экстирпация матки по Вертгейму

в) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки)

г) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) и резекция

большого сальника

д)нет верного ответа

10. К ПРЕПАРАТАМ I ЛИНИИ АДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТСЯ:

а) препараты платины

б) метотрексат

в) противоопухолевые антибиотики

г) антиметаболиты

д) нет верного ответа

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная М., 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота. Из анамнеза: Р –3, А – 4. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не наблюдалась. Объективно: кожа бледная, тургор понижен, легкие и сердце в пределах возрастных изменений, живот несколько увеличен, болезненен в нижних отделах. Перкуссия определяет наличие асцита. Влагалищно-ректальное исследование: матка отдельно не контурируется. С обеих сторон пальпируются плотные болезненные конгламераты, неподвижыне. Задний свод инфильтрирован, бугристый. При микроскопии осадка асцитической жидкости – атипические клетки.

* Диагноз?
* Диф. диагноз?
* Объем обследования?
* План лечения?
* Профилактика?

**Задача №2**

Больная Г., 42 года, не замужем, обратилась в ж/к с жалобами на ноющие боли внизу живота. Из анамнеза – менструация с 13 лет, установилась сразу. Последняя менструация 10 дней тому назад. Половой жизнью не живет. В 40-летнем возрасте оперирована по поводу язвы желудка. При облсдеовании живот обычной конфигурации, при пальпации в гипогастральном отделе четко определяется плотная бугристая болезненная опухоль. Перкуторные границы совпадают с пальпаторными. При ректальном исследовании матка пальпируется с трудом. В области придатков с обеих сторон определяются плотные бугристые опухоли, ограниченно подвижные.

* Диагноз?
* Дифференциальный диагноз?
* Объем обследования?
* План лечения?
* Профилактика?

**Задача №3**

Больная 52 лет доставлена скорой помощью с жалобами на боли внизу живота, возникшие остро с иррадиацией в ключицу, тенезмы, сухость во рту, повышение температуры тела до 38 град, плохое отхождение газов. Объективно: бледная, пульс 110 в мин, А/Д 90/60, язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, напряжен, не доступен до пальпации. Влагалищное исследование затруднено ввиду резкой болезненности и напряженности передней брюшной стенки, угадывается не увеличенная матка и опухоль в области придатков справа в диаметре до 20 см, задний свод нависает, болезненный. При пункции получено серозно-геморрагическое содержимое до 20 мл.

* Диагноз?
* Дифференциальный диагноз?
* Объем обследования?
* План лечения?
* Профилактика?

**Задача №4**

Пациентка 39 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Менструальный цикл не нарушен. Находится на диспансерном учёте по поводу язвы желудка. Объективно: живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании в области придатков матки с обеих сторон определяются подвижные, плотные опухоли, величиной с мужской кулак. Матка не увеличена, плотной консистенции.

* Поставьте диагноз?
* Ваша тактика?
* Методы обследования, позволяющие уточнить диагноз?
* Для рака Крукенберга характерно?
* Особенности микроскопического строения метастатического рака яичника?

**Задача №5**

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. Бимануальное исследование: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. В зеркалах: шейка матки без эрозии, светлые слизистые бели.

* 1. Поставьте диагноз?
  2. Ваша тактика?
  3. Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?
  4. Объем операции при злокачественном поражении яичников?
  5. В онкогинекологии наиболее высокая смертность наблюдается при следующем заболевании?
  6. **Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы:**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1.Дать характеристику кисты яичника.

2.Дать характеристику цистаденомы яичника.

3.Перечислить кисты яичника.

4.Какие ткани яичника являются источником опухоли?

5.Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период детства и детородном возрасте.

**Тестовые задания по теме**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕМИНИЗУРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

а) мазок на кольпоцитологию

б) симптом зрачка

в) симптом арбаризации шеечной слизи

г) симптом натяжения цервикальной слизи

д) МРТ головного мозга

2.К ГРУППЕ РИСКА ПО ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН 1) С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 2) С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ 3) С МИОМОЙ МАТКИ 4) С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всех перечисленных

г) верно 4

д) никого из перечисленных

3.ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ 1) ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ 2) ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ 3) УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 4) ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

4.К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ 1) СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 2) МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 3) ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 4) СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН 1) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР 2) УЗИ 3) ПНЕВМОПЕЛЬВИОГРАФИЯ 4) ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

6.ВАРИАНТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА (ДАЮЩИЕ ОСТРУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ) 1) ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ 2) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ 3) КРОВОИЗЛИЯНИЕ ВНУТРЬ КАПСУЛЫ 4) НАГНОЕНИЕ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные осложнения

г) верно 4

д) ни одно из перечисленных осложнений

7.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ 1) ЛУЧЕВОЕ 2) ГОРМОНАЛЬНОЕ 3) АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ 4) ВОЗМОЖНО НАБЛЮДЕНИЕ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ИМЕЮТ МЕСТО 1) ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ НОЖКИ КИСТЫ 2) ПРИ РАЗРЫВЕ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ 3) ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ 4) ПРИ ЖИДКОСТНОМ СОДЕРЖАНИИ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) при всем перечисленном

г) верно 4

д) ни при чем из перечисленного

9. ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) полный

б) частичный

в) многократный

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

10. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО

а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения

б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли

в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

**Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная М., 5 лет доставлена в детское гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: родилась от 1 беременности, 1 родов. При УЗИ исследовании во время беременности маме сообщили, что у плода в области малого таза проецируется образование жидкостное гладкостенное в D =3 см, после выписки из родительного дома мама с ребенком уехала в деревню и к врачу до настоящего времени не показывалась. При осмотре: девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, рост, масса тела соответствуют норме. Mа – 2, Pub-0, Adr-0, Me-1. Наружные половые органы развиты соответственно возрасту и полу, слизистая преддверия без воспалительных явлений и дефектов, девственная плева цела. С отверстием по центру из которого слизисто-кровянистые умеренные выделения. Оволосение отсутствует. Перианальная область – б/о.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Задача №2**

Девушка 16 лет обратилась к гинекологу с жалобами на редкие менструации в течение последнего года, усиленный рост волос на бр.стенке, лице, груди. Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 5 дней, до 15 лет регулярные через 30 дней, умеренные. Объективно: кожа жирная пористая, на верхней губе, подбородке, области бакинбардов, груди, бр.стенки, бедер, поясничной области избыточный рост волос. Молочные железы гипопластические. При ректальном обследовании через переднюю стенки прямой кишки пальпируется гипопластическая матка, плотная, Б/Б, придатки спарава не увеличены, б/б, слева – пальпируется образование тугоэластической консистенции, б/б в D 6 cм.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Задача №3**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на бесплодие в течение 7 лет. Менструации с 14 лет, по 5 дней ,через 30 дней. Последние 5 лет уряжаются до 1 раза в 3-5 месяцев. Месячные стали скудные в виде «мазни». Объективно: молочные железы гипопластичны, кожа жирная пористая, избыточный рост волос на верхней губе, подбородке, бр. стенки и конечностях. При влагалищном исследовании: шейка матки коническая, зев закрыт. Тело матки гипопластическое. Левые придатки-б/о. В области правых – тугоэластическое подвижное овальное D до 7 см, б/б. Своды глубокие, б/б.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифдиагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Задача №4**

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. Бимануальное исследование: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. В зеркалах: шейка матки без эрозии, светлые слизистые бели.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?

4. Объем операции при злокачественном поражении яичников?

5. В онкогинекологии наиболее высокая смертность наблюдается при следующем заболевании?

**Задача №5**

Больная С., 28 лет доставлена в гинекологическое отделение по поводу рецидивирующей метроррагии. Больная трижды подвергалась фракционному диагностическому выскабливанию по поводу метроррагии, последний раз 3 мес. назад под контролем гистероскопии. Патологии со стороны полости матки не было выявлено. Гистологическое исследование соскоба полости матки выявило железисто-кистозную гиперплазию эндометрия (активную форму). Пациентка получала гормонотерапию КОК (Жанин по схеме контрацепции), чистыми гестагенами (Дюфастон по схеме контрацепции), антигонадотропинами (Даназол) – без эффекта. Метроррагия рецидивировала. Половая жизнь с 20 лет. Методы контрацепции не использует. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. При влагалищном исследовании: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка без видимой патологии. Тело матки и левые придатки не увеличены, безболезненны. Правый яичники увеличен до 5 см, плотный, безболезненный. Своды глубокие. Выделения кровянистые, мажущие.

1. Диагноз?

2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?

3. Тактика?

4. Прогноз?

5. Реабилитация?

**1. Занятие № 26**

**Тема: «Особенности клиники, диагностики и лечения гормонально-активных опухолей».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3.Значение изучения темы** Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей второе место среди всех опухолей женских половых органов, частота опухолей яичников составляла 6-11% и за последние 10 лет увеличилась до 19-25%. Большинство новообразований яичников являются доброкачественными. На их долю приходится около 75-87% от всех истинных опухолей яичников.

**4.Цели обучения:**

**- общая**: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Современные методы контрацепции;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в акушерстве и гинекологии;

-Медицинские показания к прерыванию беременности;

-Физиотерапевтические методы лечения гинекологических больных;

-Септический аборт. Показания к выскабливанию полости матки;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии;

-Клинику опухолей и опухолевидных образований яичников;

Обучающийся должен уметь:

**-**диагностировать беременность;

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска беременных;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать эктопическую беременность

-диагностировать острый живот в гинекологии;

-интерпретировать тесты функциональной диагностики, гормональные исследования;

Обучающийся должен владеть:

-владеть искусственным прерыванием беременности;

-особенностями лечения воспалительных заболеваний в острой и хронической стадиях. Оказанием неотложной помощи;

-пункцией брюшной полости через задний свод влагалища;

-удалением маточной трубы;

-операциями: ушивание, резекция яичника, энуклеация кисты яичника;

(актуальность изучаемой проблемы).

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

1.Дать характеристику кисты яичника.

2.Дать характеристику цистаденомы яичника.

3.Перечислить кисты яичника.

4.Какие ткани яичника являются источником опухоли?

5.Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период детства и детородном возрасте.

6.Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период климакса и менопаузы.

7.Клинические особенности феминизирующей опухоли яичника в зрелом возрасте.

8.Клинические особенности васкулинизирующей опухоли яичника

9.С какой целью производится обследование желудочно-кишечного тракта у больных с опухолями яичника?

10.Объем оперативного вмешательства при ретенционных кистах яичника.

11.Объем оперативного вмешательства при истинных опухолях яичника.

12.Что образует «анатомическую» ножку опухоли яичника?

13.Что образует «хирургическую» ножку опухоли яичника?

14.Симптомы перекрута ножки кисты или кистомы яичника.

15.Особенности клинического течения доброкачественных опухолей яичника.

16.Осложнения, возникающие при доброкачественных опухолях яичников.

17.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при наличии опухоли яичника?

18.Перечислить дополнительные методы исследования при подозрении на гормонопродуцирующую опухоль яичника.

19.Какие дополнительные методы исследования применяются при дифференциальной диагностике опухолей яичника и матки?

20.Значение тестов функциональной диагностики, содержание гормонов в сыворотке крови для диагностики гормонопродуцирующей опухоли.

**5.2. Основные понятия и положения темы** (наглядные формы – таблицы, схемы, алгоритмы и др.)**.**

Опухоли яичников составляют 6-15% всех опухолей ЖПО. Их злокачественные формы встречаются в 20-25% случаев. Рак яичников занимает второе место в структуре злокачественных новообразований женских гениталий, составляя свыше 20%, и уступает лишь раку шейки матки. В 1992 г. в России выявлено 10,6 тыс. больных

**Факторы риска.**

1. Отсутствие в анамнезе родов.
2. Раннее и позднее менархе.
3. Отсутствие половой жизни.
4. Первичное бесплодие.
5. Аномальные маточные кровотечения после 50 лет.
6. Выкидыши или значительное количество беременностей в анамнезе.
7. РЯ у близких родственниц (при аутосомно-доминантном типе наследования риск развития РЯ повышается на 50%).
8. Эндокринные заболевания в анамнезе.
9. Миома матки и генитальный эндометриоз.
10. РМЖ повышает риск развития РЯ в 2 раза.
11. Повышенное употребление кофе (роль курения не подтвержена).
12. Гиперэстрогения дополнительный фактор риска для эндометриоидных злокачественных ОЯ, а воспалительные процессы в анамнезе – для серозных злокачественных ОЯ.
13. Диета (нехватка витамина А).

Прием ОК более 5 лет снижает риск развития РЯ на 50%, а протекторный эффект сохраняется в течение 10 лет со времени прекращения приема. Аналогичное протекторное действие оказывает и беременность которая заканчивается родами. Она снижает относительный риск РЯ до 0,6-0,8%, а каждая добавочная беременность дополнительно снижает его на 10-15%. Таким образом, вероятность развития РЯ связана с общим числом овуляций.

Среди всех локализаций рака рак яичников является наи­более коварным и трудным как для диагностики, так и для адекватного лечения. Это понятно, если учесть довольно сложный эмбриогенез яичников. Среди источников происхож­дения опухолей яичников М. Ф. Глазунов (1954) выделял три основные группы:

1. ***нормальные компоненты яичников;***

*а) основные компоненты:1-покровный эпителий яичника; 2-яйцевая клетка и ее эмбриональные и зрелые производные; 3-гранулезные клетки; 4-текаткань, так называемая межуточная ткань коркового слоя; 5-хилюсные клетки; 6-соединительная ткань; 7-сосуды; 8-нервы.*

*б) рудименты: 1-сеть; 2-эпоофорон; 3-пароофорон; 4-мезонефрос(первичная почка, или вольфов канал); 5-добавочные трубы.*

1. ***эмбриональные остатки и дистопии;***

*1-мозговые тяжи; 2-ткань покровного слоя надпочечника.*

1. ***постнатальные разрастания, гетеротопии, метаплазии и параплазии эпителия.***

*1-на поверхности яичника; 2-с погружением в ткань яичника; 3-в районе мозгового слоя и ворот яичника.*

Для РЯ характерно ***бессимптомное течение на ранних стадиях*** развития. Так, более чем в 70% случаев заболевание яичников успевает распространиться за пределы малого таза. В настоящее время какого-либо надежного метода диагностики нет, если не считать периодических обследований органов малого таза. Определение уровня СА-125 (опухолевого маркера рака яичников) не может служить методом периодического общего обследования. Также, никакое цитологическое исследование отделяемого из ШМ, влагалища или дугласового пространства не может быть использовано для общего обследования. На враче и на пациенте лежит общая ответственность за проведение обследование органов малого таза каждые 6 месяцев в течение периода постменопаузы с целью выявления увеличения яичников.

**Патогенез.**

Неоплазии яичников классифицируют в соответствии с их происхождением.

1. Эпителиальные;
2. Из стромы полового тяжа;
3. Из зародышевых клеток;
4. Из неспециализированной стромы;
5. Метастатические.

Первоначальное распространение РЯ происходит на прилежащую брюшину и забрюшинные лимфатические узлы, но распространение возможно на любую поверхность и на сальник. Внутрибрюшные и внутрипеченочные метастазы возникают редко, обычно на поздней стадии заболевания. В поздней стадии часто возникает непроходимость кишечника, вызванная вовлечением в опухолевый конгломерат серозной оболочки кишки.

**Классификация опухолей.**

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических процессов яичников рекомендуется пользоваться классификацией, разработанной Международным центром ВОЗ (Серов С.Ф., Скалли Р.Е., Собин Л.Г., 1977).

Данная классификация опухолей яич­ников согласуется с клинико-биологическими характеристи­ками опухолей и применима в клинической практике.

**Гистологическая классификация опухолей яичников**

**1. Эпителиальные опухоли (ЭО).** *ЭО развиваются из целомического мезотелия, способного к превращению как в доброкачественные, так и в злокачественные опухоли. Переход доброкачественных опухолей в злокачественные не бывает резким; существуют промежуточные или пограничные формы. Эпителиальные новообразования яичников составляют 90% всех опухолей этого органа. Эпителиальные злокачественные опухоли составляют 82% всех злокачественных опухолей яичников. Гистологически ЭО характеризуются эпителием, напоминающим эпителий маточных групп (мерцательный) или поверхностный эпителий яичника. Из-за наличия ресничек их раньше обозначали как “цилиоэпителиальные” кисты.* ***Теперь прежние термины “киста” и “кистома” с современных позиций употреблять нельзя. Они исключены из обихода и заменены синонимами “цистаденома” и “аденома”.***

***А. Серозные опухоли.*** Одна из каждых трех серозных опухолей злокачественна. СО (70%) встречаются в три раза чаще, чем муцинозные, и в семь раз чаще, чем эндометриоидные. Серозная цистаденокарцинома, наиболее частый вид РЯ, имеет тенденцию к двухстороннему развитию в 35-50% случаев.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма;

в) поверхностная папиллома.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) поверхностная папиллома;

в) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и па­пиллярная карцинома;

б) поверхностная папиллярная карцинома;

в) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***Б. Муцинозные опухоли.*** Одна из каждых пяти МО злокачественна. В 10-20% случаев опухоли двухсторонние.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности):

а) цистоаденома;

б) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***В. Эндометриоидные опухоли.*** Микроскопически структура сходна с картиной первичного рака эндометрия. В яичниках могут присутствовать очаги эндометриоза.

1. *Доброкачественные:*

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности)

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) карцинома:

1) аденокарцинома,

2) аденоакантома,

3) злокачественная аденофиброма и ци­стоаденофиброма;

б) эндометриоидная стромальная саркома;

в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные

***Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.***

1. *Доброкачественные:* аденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

3. *Злокачественные:* карцинома и аденокарцинома.

***Д. Опухоли Бренера.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Е. С мешанные эпителиальные опухоли.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Ж. Недифференцированная карцинома.***

Эта категория опухолей относится к разряду редких разновидностей РЯ и вызывает иногда путаницу. Это недифференцированный, анапластический рак. Ее ошибочно можно принять за гранулезоклеточную опухоль.

***3. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.***

Это аденокарцинома или железистый рак без явных признаков принадлежности к серозному, муцинозному, эндометриоидному или светлоклеточному (мезонефроидному) эпителию. Другими словами, это аденокарцинома неясного генеза. Уровень дифференцировки данных аденокарцином может быть различным. Прогноз при неклассифицируемых эпителиальных опухолях хуже, чем при серозной цистаденокарциноме.

***ПРОГНОЗ.***

Для каждой стадии эпителиальных опухолей яичников, прогноз связан со степенью гистопатологической дифференцировки опухоли. Малодифференцированные опухоли имеют худший прогноз. Прогноз при эндометриоидном раке гораздо лучше, чем при серозной и муцинозной аденокарциномах. Больные с пограничным или хорошо дифференцированным раком после первичного хирургического вмешательства обычно живут долго.

**II. Опухоли стромы полового тяжа –** *составляют 2-3% всех новообразований яичников, происходят из стволовых клеток мезенхимы коры яичников. Эти опухоли способны секретировать эстрогены. Гиперплазия эндометрия описана более чем у 50% больных этими опухолями, рак эндометрия – в 5-10%.*

***А. Гранулезостромально-клеточные опухоли.***

1. *Гранулезоклеточная опухоль –* раньше именовалась *“фолликуломой”.*Она относится к группе эстрогенпродуцирующих новообразований. Феминизирующий эффект проявляется: ППР у детей (менархе в норме 11-16 лет, чаще 13,5 лет. Самая молодая мать (1м 15см) в мире в Перу – 5 лет 7 мес родила доношенного ребенка массой 3,2 кг, путем операции кесарево сечение. Менструация с 3 лет, забеременела в 4 года 10 мес. В СССР в клинике академика Грищенко в г.Харькове в 6 лет 6 мес через естественные родовые пути. До 8 лет не должно быть вторичных половых признаков. Порядок появление ВПП: 1- телархе; 2- пубархе; 3- адренархе; 4- менархе); кровотечениями у женщин в периоде менопаузы; наличием метрорагий и менорагий, а также аменореи, бесплодия и невынашивания в детородном возрасте; в развитии сопутствующих фибромиом матки, аденомиоза, нагрубании молочных желез. Некоторые больные пожилого возраста выглядят моложе своих лет, а их НПО не имеют признаков атрофии. В отдельных случаях отмечается повышение либидо и явления транссексуализма. Удаление опухоли приостанавливает все указанные симптомы, однако они могут вновь появляться, если имеет место рецидив или метастаз опухоли. Поражаются все возрасты – от детского до преклонного, но в основном в постменопаузе, а в 5% - до периода полового созревания. Эти опухоли обычно односторонние, лишь в 10% случаев двухсторонние. Гранулезотекаклеточные опухоли варьируют по размеру от микроскопических до опухолей, выполняющих всю брюшную полость. Гистологически характерно наличие телец Каля-Экснера (розетки или фолликулы гранулезных клеток, часто с центральной полостью). Рецидивы возникают приблизительно у 30% больных, обычно более чем через 5 лет после удаления первичной опухоли; иногда рецидивы возникают через 30 лет. Гранулезоклеточные опухоли состоят из клеток гранулезы атрезирующего фолликула и клеток стромы яичников.

*2. Группа теком-фибром:*

а) текома; (Также, как и гранулезоклеточные опухоли, относятся к группе эстрогенпродуцирующих. Феминизирующий эффект тоже проявляется в НМЦ, гиперплазией эндометрия, гипертрофией миометрия и дисгормональными изменениями ткани молочных желез, исчезающими после удаления опухоли. Поражают преимущественно женщин в периоде мено- и постменопаузы, а детей практически не встречаются. Частота обнаружения – 2,5%).

б) фиброма; (Встречаются редко и не проявляют гормональной активности. Проще говоря, это текомы без гомонального эффекта. Поражается в основном пожилой контингент женщин, у которых такая опухоль вызывает асцит, анемию и иногда гидроторакс (синдром Мейгса). Фибромы чаще всего односторонние, самой различной величины. Макроскопически они плотные, округлой или овальной формы, на разрезе волокнистого строения, перламутрового вида; встречаются очаги обызвествления, отека, распада и кровоизлияний).

в) неклассифицируемые.

***Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.***

Редкие опухоли мезенхимного происхождения. Обычно обладают андрогенной активностью. Классическое проявление андроген-секретирующих опухолей – дефеминизация, включающая атрофию молочных желез и матки, аменорею, отвращение к половой жизни с последующей маскулинизацией, включающей гирсутизм, появление угрей, изменение линии оволосения, огрубения голоса, увеличение гортани, гипертрофию клитора, бесплодие. В редких случаях может быть сочетание маскулинизации и феминизации (амбипотентность). Наичаще поражают женщин от 20 до 40 лет, развиваются длительно, в течении многих лет, чаще доброкачественние.

1. *Высокодифференцированные:*

а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли;

б) тубулярная андробластома с накоплением липидов; опу­холь из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена);

в) опухоль из .клеток Сертоли и Лейдига;

г) опухоль из клеток Лейдига; опухоль из хилюсных кле­ток.

2. *Промежуточной* (переходной) *дифференцировки.*

3. *Низкодифференцированные* (саркоматоидные).

4. *С гетерологическими элементами.*

***В. Гинандробластома.***

Редкая опухоль, локализуется так же, как и андробластома преимущественно в мозговом слое яичника, реже – в воротах и корковой зоне. Размеры опухолевых узлов небольшие, чаще в капсуле, на разрезе мягкой консистенции, солидного или мелкозернистого строения, беловато-желтоватого вида, могут быть участки кровоизлияний и некрозов.

***Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.***

К этой группе относятся редкие опухоли, построенные из элементов полового тяжа без признаков половой дифференцировки. Иными словами, им невозможно дать специфическое определение или установить, являются ли они по своему типу овариальными или тестикулярными. Наблюдаются в молодом возрасте и у детей, нередко при наличии синдрома Пейтца-Егерса (пигментация слизистых оболочек и кожи в сочетании с полипозом желудочно-кишечного тракта).

**III. Липидно-клеточные (липоидно-клеточные) опухоли.** Встречаются редко, относятся к разряду казуистики. Раньше их именовали “лютеома”. Являются следствием дистопии коркового слоя надпочечников. Тканевая природа и гистогенез до сих пор не ясны.

Считается, что они чаще гормональноактивны, в частности, вирилизирующие новообразования. Проявляются клиникой маскулинизации и гиперкортицизма (Кушингоид). Иногда реакция Ашгейм-Цондека на гонадотропные гормоны бывает резко положительной. Гистологически опухолевые клетки светлые, пенистые, напоминают лютеиновые клетки, клетки Лейдига или клетки коры надпочечника. Макроскопически на разрезе они неизменно желтого цвета.

**IV. Герминогенные опухоли.** Развиваются из незрелых зародышевых клеток яичников, дающих начало или дисгерминомам, или опухолям из полипотентных клеток. Опухоли из полипотентных клеток могут дифференцироваться во внеэмбриональные структуры (эндодермальный синус, хориокарцинома) или эмбриональные структуры (злокачественные тератомы). Эти опухоли составляют 5% всех злокачественных опухолей яичников, но у женщин моложе 20 лет они составляют более двух третей всех злокачественных новообразований яичников.

***А. Дисгерминома.*** Наиболее часто встречающаяся опухоль из зародышевых клеток, составляют приблизительно 50% опухолей этого типа. Встречаются такие опухоли сравнительно редко, составляя от 0,6 до 5% случаев всех опухолей яичников. Дисгерминома яичника аналогична семиноме яичка, развивается она из половых клеток, не подвергающихся дифференцировке. В 90% дисгерминомы возникают у женщин моложе 30 лет. Как правило, это женщины с явлениями инфантилизма и с замедленным половым развитием, а также с признаками псевдогермафродитизма. Дисгерминомы растут и метастазируют быстро и имеют великую предрасположенность к распространению по лимфатическим путям. Опухоли могут секретировать ХГТ. Более чем в 20% случаев это двусторонние опухоли, но чаще поражается только один яичник. Нередко опухоль имеет ножку. Дисгерминома высокочувствительна к лучевой терапии; в сыворотке крови больных повышается уровень лактат-дегидрогеназы (ЛДГ).

***Б. Опухоль эндодермального синуса.***

Гистологически выявляют клубочкоподобные структуры ( тельца Шиллера-Дюваля), напоминающие сосочки эндодермального синуса в плаценте крысы. Средний возраст больных составляет 19 лет. Чаще, в 95% случаев, это опухоль односторонняя и поражает правый яичник. Диагностическое значение придается определению АФП, который является маркером опухоли. Опухоль быстро метастазирует.

***В. Эмбриональная карцинома.***

Гистологически состоит из анапластических эмбриональных клеток эпителиального вида. Средний возраст больных – 15 лет. Опухоль секретирует АФП и ХГТ. Повышение содержания ХГТ может вызывать ППР у девочек в препубертатном периоде. Чаще опухоль односторонняя с тенденцией к быстрому росту, что приводит к возникновению острых болей в животе.

***Г. Полиэмбриома.***

Высокозлокачественная опухоль, построена преимущественно из эмбриональных (эмбрионоподобных) телец, которые состоят из сдвоенных мелких кист, выстланных эктодермальным и энтодермальным эпителием, а также очагов мезодермы. Данные структуры представляют как бы эмбрион человека самых первых недель развития.

***Д. Хорионэпителиома (хориокарцинома).*** Происходит из эпителиальных клеток ворсин хориона. Эту первичную опухоль необходимо отличать от метастатического поражения яичников в результате гестационной хорионэпителиомы. Гистологически – пролиферация атипичных элементов цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. Обично возникае у молодых женщин; локализуется в теле матки, реже в маточной трубе, яичнике или брюшной полости. Редко бывает двусторонней. Секретирует ХГТ. Симптомы: опухолевая масса в полости таза и ППР у девочек в препубертатном периоде.

*Опухоль энтодермального синуса, эмбриональная карцинома, полиэмбриома и хорионэпителиома относятся к* ***редким герминогенным (зародышевым) опухолям яичников.*** *Клинически и макроскопически они ничем не отличаются от герминогенных опухолей другого строения. Протекают, как правило, злокачественно. Гистологическая диагностика их трудна.*

***Е. Тератомы.*** Поражают главным образом молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет, но нередки и у девочек. Растут медленно, не имеют специфических клинических симптомов, за исключением некоторой склонности к нагноению и спаечным процессам. Частота их обнаружения колеблется в пределах 10-20% по отношению к общему числу опухолей; преобладает одностороннее поражение. Гистогенез сложен. Современная точка зрения на происхождение тератомы - из половых клеток в результате явления партеногенеза. Развивается из трех зародышевых листков: экто-мезо-энтодермы. Отсюда их содержимое: кожа, зубы, зачатки глаза, нервная ткань, челюсти, слюнные железы, кишечная трубка, мочевыводящие пути, щитовидная железа, соединительная ткань, сало, волосы, хрящи и т.д. Макроскопически тератомы представляют собой различной величины кистозно-солидные узлы, мягкоэластической консистенции, обычно лежащие в переднем своде.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕМИНИЗУРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

а) мазок на кольпоцитологию

б) симптом зрачка

в) симптом арбаризации шеечной слизи

г) симптом натяжения цервикальной слизи

д) МРТ головного мозга

2.К ГРУППЕ РИСКА ПО ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН 1) С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 2) С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ 3) С МИОМОЙ МАТКИ 4) С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всех перечисленных

г) верно 4

д) никого из перечисленных

3.ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ 1) ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ 2) ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ 3) УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 4) ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

4.К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ 1) СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 2) МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 3) ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 4) СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН 1) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР 2) УЗИ 3) ПНЕВМОПЕЛЬВИОГРАФИЯ 4) ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

6.ВАРИАНТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА (ДАЮЩИЕ ОСТРУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ) 1) ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ 2) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ 3) КРОВОИЗЛИЯНИЕ ВНУТРЬ КАПСУЛЫ 4) НАГНОЕНИЕ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные осложнения

г) верно 4

д) ни одно из перечисленных осложнений

7.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ 1) ЛУЧЕВОЕ 2) ГОРМОНАЛЬНОЕ 3) АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ 4) ВОЗМОЖНО НАБЛЮДЕНИЕ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ИМЕЮТ МЕСТО 1) ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ НОЖКИ КИСТЫ 2) ПРИ РАЗРЫВЕ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ 3) ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ 4) ПРИ ЖИДКОСТНОМ СОДЕРЖАНИИ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) при всем перечисленном

г) верно 4

д) ни при чем из перечисленного

9. ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) полный

б) частичный

в) многократный

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

10. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО

а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения

б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли

в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

**Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

**Задача №1**

Больная М., 5 лет доставлена в детское гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: родилась от 1 беременности, 1 родов. При УЗИ исследовании во время беременности маме сообщили, что у плода в области малого таза проецируется образование жидкостное гладкостенное в D =3 см, после выписки из родительного дома мама с ребенком уехала в деревню и к врачу до настоящего времени не показывалась. При осмотре: девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, рост, масса тела соответствуют норме. Mа – 2, Pub-0, Adr-0, Me-1. Наружные половые органы развиты соответственно возрасту и полу, слизистая преддверия без воспалительных явлений и дефектов, девственная плева цела. С отверстием по центру из которого слизисто-кровянистые умеренные выделения. Оволосение отсутствует. Перианальная область – б/о.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Задача №2**

Девушка 16 лет обратилась к гинекологу с жалобами на редкие менструации в течение последнего года, усиленный рост волос на бр.стенке, лице, груди. Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 5 дней, до 15 лет регулярные через 30 дней, умеренные. Объективно: кожа жирная пористая, на верхней губе, подбородке, области бакинбардов, груди, бр.стенки, бедер, поясничной области избыточный рост волос. Молочные железы гипопластические. При ректальном обследовании через переднюю стенки прямой кишки пальпируется гипопластическая матка, плотная, Б/Б, придатки спарава не увеличены, б/б, слева – пальпируется образование тугоэластической консистенции, б/б в D 6 cм.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Задача №3**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на бесплодие в течение 7 лет. Менструации с 14 лет, по 5 дней ,через 30 дней. Последние 5 лет уряжаются до 1 раза в 3-5 месяцев. Месячные стали скудные в виде «мазни». Объективно: молочные железы гипопластичны, кожа жирная пористая, избыточный рост волос на верхней губе, подбородке, бр. стенки и конечностях. При влагалищном исследовании: шейка матки коническая, зев закрыт. Тело матки гипопластическое. Левые придатки-б/о. В области правых – тугоэластическое подвижное овальное D до 7 см, б/б. Своды глубокие, б/б.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифдиагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Задача №4**

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. Бимануальное исследование: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. В зеркалах: шейка матки без эрозии, светлые слизистые бели.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?

4. Объем операции при злокачественном поражении яичников?

5. В онкогинекологии наиболее высокая смертность наблюдается при следующем заболевании?

**Задача №5**

Больная С., 28 лет доставлена в гинекологическое отделение по поводу рецидивирующей метроррагии. Больная трижды подвергалась фракционному диагностическому выскабливанию по поводу метроррагии, последний раз 3 мес. назад под контролем гистероскопии. Патологии со стороны полости матки не было выявлено. Гистологическое исследование соскоба полости матки выявило железисто-кистозную гиперплазию эндометрия (активную форму). Пациентка получала гормонотерапию КОК (Жанин по схеме контрацепции), чистыми гестагенами (Дюфастон по схеме контрацепции), антигонадотропинами (Даназол) – без эффекта. Метроррагия рецидивировала. Половая жизнь с 20 лет. Методы контрацепции не использует. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. При влагалищном исследовании: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка без видимой патологии. Тело матки и левые придатки не увеличены, безболезненны. Правый яичники увеличен до 5 см, плотный, безболезненный. Своды глубокие. Выделения кровянистые, мажущие.

1. Диагноз?

2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?

3. Тактика?

4. Прогноз?

5. Реабилитация?

**6.Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

1. Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

5. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

6. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

**Тестовые задания по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 90-Х ГГ.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) нет верного ответа

1. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА?

а) рецидивирующий полипоз;

б) простая форма лейкоплакии;

в) лейкоплакия с атипией;

г) дисплазия;

д) эритроплакия;

1. К ПРЕДРАКУ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ:

а) эктопия цилиндрического эпителия

б) простая лейкоплакия

в) полип

г) дисплазия (CIN)

д) папилломатоз

1. СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

а) кольпоскопия

б) цитология

в) биопсия

г) ПЦР

д) УЗИ сканирование

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

а) травмы шейки матки

б) ВПЧ

в) частое смена половых партнеров при пренебрежении

барьерными методами контрацепции

г) верно все перечисленное

д) хронический эндоцервицит

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) нет верного ответа

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) кольпоскопия

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

**Задача №1**

Больная М. 25 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -1, Абортов-2. В анамнезе аднексит. При осмотре НПО – Б/о. Шейка цилиндрическая в зеве полип в D= 0,7 см, контактно кровоточит. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №2**

Больная М. 28 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -2, Абортов-5. В анамнезе аднексит. При осмотре НПО – Б/о. На Шейке эрозия в D= 2 см, контактно кровоточит. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная М. 35 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -1, Абортов-6. В анамнезе аднексит, ДМК. При осмотре НПО – Б/о. На Шейке белесоватое пятно с перламутровым оттенком. В мазках на АК: лекоплакия с атипией. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больной 54 лет с посткоитальными кровотечениями произведена при-цельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного среднедифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Определите стадию заболевания?

4. Определите тактику для данной больной?

5. Наиболее неблагоприятный прогноз бывает в следующем случае?

**Задача №5**

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?

4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?

5. Лечение рака шейки матки включает?

**1. Занятие № 27**

**Тема: «Предраковые заболевания шейки матки. Диагностика фоновых и предраковых заболеваний шейки матки (кольпоскопия, цитологические исследование, прицельная биопсия, удаление полипов слизистой шейки матки)».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3. Значение изучения темы** (актуальность изучаемой проблемы): в связи с ростом частоты фоновых, предраковых заболеваний и рака шейки матки в популяции актуальность этой проблемы растет. Рак шейки матки – это не только медицинская, но и социальная проблема. Вакцинопрофилактика – это возможное решение проблемы в 21 веке для России.

**4. Цели обучения:**

**- общая**: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8

**- учебная**:

Обучающийся должен знать:

Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-что относится к фоновым и предраковым заболеваниям шейки матки

-факторы риска патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Клинические проявления патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Скрининговые методы диагностики

-принципы лечения фоновых и предраквых заболеваний шейки матки

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска по раку шейки матки;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать патологию шейки матки

Обучающийся должен владеть:

-Взять мазок на АК с шейки матки

-Взять биопсию с шейки матки

-Кольпоскопию

-выскабливание цервикального канала

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

1. Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

5. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

6. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

Причины возникновения и развития различных заболеваний в таком органе-мишени, как шейка матки, до настоящего времени окончательно не установлены.

Тем не менее твердо определена роль различных факторов внешней и внутренней среды в генезе данной патологии. Все факторы риска возникновения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки делят на экзогенные, или средовые, и эндогенные, или генетические.

***К факторам риска относятся:***

1. Особенности становления менструальной функции. Установлено, что раннее менархе и раннее половое созревание увеличивают риск развития заболеваний шейки матки в 5-7,5 раза.
2. Сексуальный анамнез. Доказано, что раннее начало половой жизни, чрезмерная сексуальная активность, беспорядочные половые связи, частая смена половых партнеров создают условия для инфицирования половой системы. Это усугубляет течение фоновых заболеваний и содействует онкогенезу.
3. Инфицированность женского организма банальной микробной (кокки, палочки, хламидии, микоплазмы, гарднереллы, трихомонады) и вирусной (герпес простой, вирус папилломы человека) флорой. Способствует развитию воспалительных изменений в шейке матки и учащению фоновых и предраковых заболеваний. Воспаление сопровождается некротическими изменениями, слущиванием клеток и десквамацией фрагментов ткани. Это нарушает функцию созревания и дифференцировки клеточных элементов, создает фон для возникновения предраковых состояний.
4. Репродуктивная функция женщины, ее параметры и последствия. Особенности репродуктивного анамнеза являются ведущими в возникновении заболеваний шейки матки. Среди них наибольший интерес представляют следующие факторы риска: 1) *Возраст и количество беременностей, родов,* абортов неразрывно связаны между собой. Общепризнано, что высокая репродуктивная активность (большое количество беременностей с разными исходами) у молодых женщин (возраст менее 30 лет) и раннее наступление менопаузы (ранее 45 лет) увеличивают риск развития РШМ. 2) *Гормональный гомеостаз* регулируется центральными и периферическими звеньями. По современным представлениям, в генезе возникновения гиперпластических процессов шейки матки, гормональный дисбаланс играет главенствующую роль. Этот дисбаланс выявляется задолго до возникновения первых клинических проявлений заболевания ШМ. Основываясь на том, что эстрогены вызывают пролиферацию эпителиального покрова ШМ, его дифференцировку, а гестагены – слущивание эпителиальных клеток, установлена большая значимость гиперэстрогении в развитии заболеваний ШМ. Гормональные нарушения (ановуляция, неполноценная лютеиновая фаза, недостаточность обеих фаз, метроррагии, гиперполименорея и др.) встречаются у 72-73% больных с шеечной патологией. Вследствие имеющегося в организме гормонального дисбаланса отмечается высокая частота других заболеваний: миома матки (10,3%), дисфункция яичников с гиперпластическими процессами (1,6%), фиброзно-кистозная мастопатия (0,8%), хронические сальпингоофориты (30,9%). Терапия указанной патологии и изменений шейки матки оптимизирует лечебный процесс. Из других желез внутренней секреции на возникновение патологии ШМ особенно влияют щитовидная железа (дисфункция ее в любом варианте влечет ановуляцию) и надпочечники (высокая концентрация 17-кетостероидов часто сопровождается картиной пролиферирующего эндоцервикоза). *Последствия репродуктивной функции представлены* постабортной(послеродовой) травмой шейки матки и наличием воспаления. Травма ШМ вызывает образование в ней эктропиона. Это влечет за собой нарушение иннервации, рецепции и трофики органа, что создает условия для развития пролиферации тканей. Ткани выворота слизистой цервикального канала ШМ попадают в не свойственные им условия ( кислый рН влагалища). Слизистая пробка ШМ постепенно исчезает, снижается бактерицидность секрета шеечных желез. Это ведет к активации флоры влагалища и развитию цервицитов. В современной гинекологии пересмотрено значение воспаления в генезе псевдоэрозий. Доказано, что воспаление не является этиологическим фактором, оно играет лишь второстепенную роль.
5. Производственные вредности и генетические (наследственные) факторы. В генезе заболевания ШМ они изучены в меньшей степени.

Таким образом, анализ факторов, вызывающих заболевания ШМ и способствующих их поддержанию и длительному течению, свидетельствует об отсутствии на сегодняшний день единого мнения о причинах этой широко распространенной патологии. Для практического врача важно иметь представление о факторах риска возникновения рака не только ШМ, но и других органов репродуктивной системы.

На основании большого числа наблюдений отечественных и зарубежных исследователей можно считать установлен­ным, что рак не развивается на здоровом органе. Возникно­вению заболевания всегда предшествует какой-либо патоло­гический процесс. Практика показывает, что не всякое заболевание шейки матки обязательно приводит к злокачественному перерожде­нию, но объединение их в группу предраковых обращает вни­мание врача и требует проведения мероприятий как органи­зационных, так и лечебно-профилактических. Биологическая точность термина “предрак” не имеет принципиального зна­чения, важна клиническая сущность, динамика и возможные исходы

Впервые термин **“предрак”** был предложен в конце прош­лого столетия Dubreuil (1896) при определении предраковых кератозов (keratodesprecancereuses).

С точки зрения этиологии и патогенеза предрак рассматри­вается как одно из фазовых состояний в общем комплексе канцерогенеза. *Канцерогенез* – это превращение нормальных клеток в злокачественные. Канцерогенез почти всегда многостадийный процесс, представляющий собой цепь генетических и эпигенетических повреждений, заканчивающийся тем, что клетка перестает отвечать на обычные ростовые ограничения со стороны хозяина.

**Канцерогенез может включать следующие стадии:**

1. *Мутация\ активация клетки* может вовлечь ростовые факторы, стимулирующие рост; структуры, дающие клетке метаболические преимущества; онкогены; инактиваторы функций генов – супрессоров и структуры, отвечающие за автономию клетки от контроля со стороны других клеток.
2. *Селективный рост клона –* обычно из одной клетки с новыми ростовыми преимуществами, что позволяет происходить дальнейшим мутациям.
3. *Селекция клеток* с дополнительными злокачественными чертами приводит к прогрессии от доброкачественной гиперплазии к автономному злокачественному росту.
4. *Многочисленные злокачественные клоны,* развивающиеся под действием мутаций с различной мозаикой генетических и функциональных способностей, приводят к еще большей автономии от контролирующего действия гормонов и ростовых факторов.
5. *Дальнейшие изменения*  способствуют инвазии и автономии метастазов – сначала групп клеток, а затем даже отдельных клеток.

***Примечание:*** Рождение одиночных злокачественных клеток – возможно, очень частое явление, происходящее каждый день, но продолжение их роста случается редко. Супрессирующее взаимодействие с защитными факторами организма хозяина происходит на всех уровнях. Возможность обратного развития как установившегося новообразования, так и предраковых заболеваний доподлинно доказана. Перечисленные выше стадии не обязательно отчетливы и каждая из них, возможно, включает множественные повреждения антигенности и регуляторных ферментов, нарушение экспрессии ростовых факторов и других центров активации генома.

Теория канцерогенеза предложена Л. М. Шабадом и И. Л. Векслером. Л. М. Шабад различает несколько стадий в разви­тии рака.

**Стадия I** — диффузная патологическая неравномерная и из­вращенная гиперплазия (в функциональном и морфологиче­ском отношении).

**Стадия II** — очаговые пролифераты.

**Стадия III** — развитие доброкачественных опухолей.

**Стадия IV** — злокачественные опухоли.

Изменения стадий II и III следует отнести к предракам в узком смысле (облигатные формы, т. е. безусловный предрак). Стадия I по этой теории предшествует очаговым пролифератам, не является собственно предраком, а рассматривается как предопухолевое (фоновое) изменение.

По теории И. Л. Векслера, *нет рака без предрака и всякий предрак, имеет свое предшествующее заболевание*. Автор вы­деляет три этапа в процессе развития рака:

**1) этап “предшествующего” заболевания**, которое возни­кает вне влияния канцерогена, но на его фоне часто начина­ется специфический, направленный к озлокачествлению про­цесс;

**2) этап предрака** — состояние, переходящее в рак, но еще не являющееся раком. Клинически предрак характеризуется наличием местных пролифератов и возникновением новых при­знаков как морфологического, так и общебиологического ха­рактера в картине “предшествующего” заболевания;

**3) этап злокачественного роста**.

Предраковое состояние является комплексным понятием, включающим в себя как локальные изменения в органе, так и общие изменения: нарушение иннервации, кровоснабжения, расстройство эндокринной системы и др. С помощью цитологического метода исследования предраковые изменения выявляют иногда и на визуально неизме­ненной шейке матки.

*С современных позиций патологические изменения на шей­ке матки принято разделять на фоновые, предраковые (предопухолевые) и опухолевые процессы.*

*Согласно решению группы экспертов ВОЗ, предраком шей­ки матки следует считать дисплазию.*

**Дисплазия — это гистологическое понятие**. Не все авторы пользуются термином “дисплазия шейки матки”, заменяя его другими терминами — “атипия эпителия”, “анаплазия”, “базально-клеточная гиперактивность”, “дискератоз”, “гиперкератоз”, “гиперплазия резервных клеток” и пр. По мнению большинства исследователей, это не всегда бывает оправ­данно.

**ФИЗИОЛОГИЯ И АНАТОМИЯ ШЕЙКИ МАТКИ**

Шейка матки располагается ниже внутреннего маточного зева и состоит из влагалищной части, которая находится в по­лости влагалища, и надвлагалищной части, расположенной выше влагалищных сводов. Канал шейки матки сверху начи­нается от гистологического внутреннего зева и заканчивается наружным зевом влагалищной части шейки матки.

Гистологически шейка матки отличается от тела по харак­теру эпителия, желез и стромы. Слизистая оболочка влага­лищной части шейки матки (эктоцервикс) состоит из покров­ного эпителия, сходного с многослойным плоским эпителием влагалища, и стромы. Граница между эпителием и подлёжащей стромой обычно называется базальной мембраной, хотяне все морфологи признают ее как анатомическую структуру. Она представляет собой ретикулиновые и аргирофильные волокна, коллагеноподобное вещество и мукополисахариды.

Строма шейки состоит из соединительной ткани, имеющей многочисленные веретенообразные клетки. По мере приближе­ния к внутреннему маточному зеву в глубоких частях шейки наблюдается все большее включение мышечных клеток.

Многослойный плоский эпителий состоит из четырех слоев клеток, различных по форме, величине, ядру: базальные, парабазальные, промежуточные (шиповидные) и поверхностные.

Самый глубокий слой клеток, базальный, представляет собой однорядный слой призматических клеток с крупным цен­трально-расположенным гиперхромным ядром и незначитель­ным количеством цитоплазмы.

Парабазальные клетки похожи на базальные, но с мень­шим ядром и большим количеством цитоплазмы.Над ними располагается несколько рядов промежуточных клеток (их называют еще “шиповатые клетки”) — срединный слой — с четкой клеточной границей, прозрачной цитоплазмой и с овальным или круглым ядром, находящимся в середине клетки. Клеточные ядра хорошо окрашиваются и содержат в себе одно или два ядрышка; клетки содержат много глико­гена. Чем ближе к поверхности, тем клетки все более уплощаются и переходят в поверхностный слой. Ядра этих клеток пикнотические, маленькие.

Соединение многослойного плоского эпителия с цилиндрическим происходит на границе наружного маточного зева. В зависимости от возраста и гормональной функции яичников зона стыка двух эпителиев может перемещаться или на вла­галищную часть, или в канал шейки матки.

Строма слизистой канала шейки матки содержит много коллагеновых волокон, мезенхимных клеток и кровеносных сосудов. Эпителий однорядный, цилиндрический, в виде часто­кола. Ядро клетки располагается эксцентрично, ближе к осно­ванию.

В слизистой оболочке шеечного канала (эндоцервикс) рас­полагаются ветвящиеся железы, которые называют цервикальными. Они так же, как и канал шейки матки, выстланы одно­рядным цилиндрическим эпителием, ядра располагаются в базальных отделах. Железистый эпителий продуцирует слизь-(муцин), которая образует пробку в цервикальном канале. Слизистая пробка выполняет множество функций, в том числе и бактерицидную.

Эпителий эндоцервикса однослойным можно называть условно, так как под цилиндрическим эпителием, непосредст­венно над базальной мембраной, располагаются небольшие округлой или кубической формы клетки с округлыми ядрами, светлой цитоплазмой. Это так называемые резервные клетки, которые в литературе обозначают еще как субцилиндрические, базальные, субэпителиальные, индифферентные.

*Резервные клетки, проявляя тенденцию к гиперплазии, впо­следствии дифференцируются либо в цилиндрический эпите­лий, либо в многослойный плоский.* Несмотря на внешнее сход­ство резервных клеток с базальными клетками многослойного эпителия, между ними есть определенная разница, так как ба­зальные клетки многослойного плоского эпителия могут пре­вращаться только в клетки многослойного плоского эпителия.

Что касается физиологии шейки матки, то под влиянием менструального гормонального цикла в шейке матки проис­ходят изменения не только морфологические, но и функцио­нальные. В пролиферативной фазе содержание гликогена в клетках многослойного плоского эпителия нарастает, увели­чивается объем отдельных клеток и всего многослойного пла­ста в целом. Цилиндрический эпителий эндоцервикса остается интактным. Во время секреторной фазы количество гликогена в многослойном плоском эпителии уменьшается. В секрете желез эндоцервикса увеличивается количество кислых мукополисахаридов, отмечается гиперплазия резервных клеток .

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

По данным литературы предложены различные классифи­кации патологических процессов на шейке матки. Наиболее приемлема в практической работе клинико-морфологическая классификация, предложенная Я. В. Бохман (1989). В ней автор выделяет следующие стадии:

1. **Фоновые процессы:**

1) псевдоэрозия (эктопия);

2) эрозированный эктропион (псевдоэрозия в сочетании с рубцовой деформацией шейки матки);

3) истинная эрозия;

4) лейкоплакия;

5) эритроплакия;

6) полип;

7) плоские кондиломы.

**П. Предраковый процесс** — дисплазия: слабая, умеренная, тяжелая.

**III. Преинвазивный рак** (внутриэпителиальный, карцинома incitu)*.*

**IV. Микроинвазивный рак.**

**V. Инвазивный рак:** плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий, аденокарцинома, диморфный железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный), низкодифференцированный.

Длительное время к предраковым относили: дискератозы шейки матки: 1) лейкоплакия; 2) акантоз (акантопапилломатоз); 3) эритроплакия; и железисто-мышечную гиперплазию шейки матки. Но в результате тщательных гистогенетических исследований установлено, что предраковые процессы должны определятся по строгим морфологическим критериям. Визуально определяемые наиболее частые патологические процессы шейки матки, такие как псевдоэрозии (эктопии), истинные эрозии, лейкоплакии, эритроплакии и полипы, следует относить к фоновым процессам. Истинным предраком является дисплазия, при которой уже имеется выраженная в различной степени атипия поверхностного эпителиального пласта.

В последние годы большинство исследователей применяют предложенную Richart (1968) классификацию “цервикальной интраэпителиальной неоплазии”

(CIN) – CINI- слабая дисплазия, CINII – умеренная дисплазия, CINIII – тяжелая дисплазия и преинвазивный рак. Объединение в категорию CINIII – тяжелой дисплазии и преинвазивного рака определяется сходными биологическим поведением этих процессов и лечебными подходами.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Средний возраст больных с дисплазией эпителия шейки матки 33 года, а с преинвазивным раком шейки матки 37 лет. Средний возраст беременных с дисплазией составля­ет 28 лет. В период менопаузы дисплазия обнаруживается лишь при гиперфункции яичников, но это бывает редко (Б. И. Железнов). При изучении биологических особенностей дисплазии было, в частности, отмечено, что она в среднем возникает в том же возрасте (IV десятилетие - 30-39 лет), что и преинвазивный рак, но примерно на 10 лет раньше чем инвазивный.

В практике ***истинная эрозия*** — “минус-ткань” — шейки матки встречается не так часто, так как она через 10-12 дней эпителизируется многослойным плоским эпителием.

***Эктопия (псевдоэрозия)*** - это “плюс-ткань”, т. е. участок на влагалищной части шейки матки вокруг наружного зева, покрытый цилин­дрическим эпителием. При исследовании при помощи зеркал виден участок ярко-красного цвета с бархатистой; зернистой поверхностью, окруженный бледно-розовой слизистой.Псевдоэрозии бывают различной величины и формы, легко крово­точат. Иногда при псевдоэрозии наблюдается гипертрофия шейки матки.

В настоящее время считают, что есть три пути возникновения *псевдоэрозии*: 1) при половом созревании с увеличе­нием продукции половых гормонов возникают так называе­мые врожденные псевдоэрозии; 2) после родов при травме круговых мышц образуется эктропион — выворот слизистой канала шейки матки; 3) воспаление нарушает целостность эпителия шейки матки, образуется истинная эрозия. На лишённую многослойного плоского эпителия поверхность наслаивается цилиндрический эпителий, который спус­кается из цервикального канала. Образуется псевдоэрозия. R. Меуег называет этот процесс первой стадией заживленияистинной эрозии. Нередко цилиндрический эпителий разрастается в глубину тканей влагалищной части шейки матки, образуя железистые ходы ветвящиеся подобно шеечным железам. Возникают так называемые эрозионые железы.

При длительном течении процесса происходит значительная гипертрофия эрозионных желез (ходов), расширение их просвета. Образуется так называемая фолликулярная псевдоэрозия. В некоторых случаях на поверхности псевдоэрозии возникают папиллярные разрастания стромы, покрытые цилиндрическим эпителием. В строме этих разрастаний находят мелкоклеточные инфильтраты и другие признаки воспали­тельной реакции.

После стихания воспалительных процессов, вызванных раз­витием псевдоэрозии, по концепции R.Меуег происходит постепенное замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским. Этот процесс называется второй стадией заживления истинной эрозии. Регенерирующий многослойный плоский эпителий со смеж­ных здоровых участков подрастает под цилиндрический (по­крывающий псевдоэрозию), который подвергается дистрофии и десквамации. При этом эрозионные железы могут остаться под многослойным плоским эпителием и превратиться в кисты (ovulaeNabothii),так как эпителий этих желез продолжает продуцировать секрет, выход для которого закрыт.

Реже многослойный плоский эпителий проникает под эпителий эрозионных желез, что приводит к отторжению послед­него, регрессу желез и полному заживлению псевдоэрозии.

В течение жизни в зависимости от гормонального состоя­ния (менструальный цикл, беременность, менопауза) меня­ется форма шейки матки, и граница стыка экто- и эндоцервикса (наружный зев) перемещается то в сторону цервикального канала, то в сторону влагалищной части. В менопаузе боль­шая часть псевдоэрозий регрессирует.

Эпидермизация псевдоэрозии происходит под действием различных экзогенных и эндогенных факторов. *Она может происходить двумя путями: 1) за счет метаплазии резервных клеток в многослойный плоский эпителий; 2) за счет нараста­ния с периферии псевдоэрозии многослойного плоского* ***эпите­лия влагалищного типа.***

Большинство авторов считают, что чаще наблюдается **пер­вый путь** эпидермизации: в результате дифференцировки не­зрелого эпителия из резервных клеток в многослойный плос­кий. **Второй путь** эпидермизации, как правило, происходит при повреждении цилиндрического эпителия вследствие воспале­ния, диатермо- , криодеструкции, диатермоэксцизии.

Эпидермизация за счет резервных клеток обычно начина­ется с периферии, но может развиваться и в центре псевдоэро­зии (что иногда отмечается при кольпоскопическом исследова­нии) и продолжаться годами. Метапластической эпителий (да­же зрелый) отличается от многослойного плоского отсутстви­ем очерченной линии базальных клеток, большими размерами ядра в парабазальных и промежуточных клетках, наклон­ностью к ороговению поверхностных клеток. Особенно четко видны эти различия в области границы соединения этих эпителиев.

Эпидермизирующиеся псевдоэрозии морфологически не яв­ляются предраковым процессом, но они относятся к длительно текущим доброкачественным фоновым заболеваниям.

Структурные нарушения слизистой оболочки шейки матки, связанные с наклонностью к ороговению (лейкоплакии) или атрофии - истончению эпителиального покрова (эритроплакии), объединяют под общим названием *“дискератоз”.* Неко­торые авторы рассматривают лейкоплакии как один из вариантов дисплазий с явлениями дискератоза (3.В. Гольберт, Т. Е. Гош, И. А. Яковлева, Б. Г. Кукутэ).

Однако большинство авторов рассматривают лейкоплакии отдельно от дисплазий и как предраковое состояние оценива­ют по-разному.

Выделяют две формы ***лейкоплакий*:***простую* и *лейкоплакию с атипией*. Различия между ними обнаруживаются при кольпоскопическом, цитологическом и гистологическом иссле­дованиях.

Простая форма лейкоплакии никогда не озлокачествляется, но она может быть составной частью других патологиче­ских состояний и вследствие этого сочетаться с различными формами дисплазий и карциномой insitu. Лейкоплакия с ати­пией, как правило, озлокачествляется в 75% случаев. Макро­скопически она представляет собой белое возвышающееся пятно. При гистологическом исследовании лейкоплакии с ати­пией в верхних слоях обнаруживают гипер- и паракератоз (характерные для простой лейкоплакии), а в нижних - гиперактивность базальных клеток с нарастанием атипизма.

*Учитывая это, надо сказать, что, хотя по классификации ВОЗ лейкоплакия не относится к предракам, при ее обнару­жении требуется особая настороженность.*

***Эритроплакия*** встречается редко. Макроскопически пред­ставляет собой красное пятно, микроскопически - резкое уменьшение эпителиального пласта, под ним - нередко воспа­лительные инфильтраты и резко расширенные капиллярные сосуды. Она легко травмируется, изъязвляется, образуя эро­зивные поверхности.

**ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ**

Дисплазия эпителия шейки матки возникает при наруше­нии нормального течения эпидермизации псевдоэрозии и при нарушении правильной дифференцировки клеточных элементов в зависимости от фаз менструального цикла. Дисплазия может существовать долгие годы. Легкая степень дисплазий может регрессировать. Умеренная и тяжелая дисплазия чаще переходит в рак. Выраженная дисплазия может перейти в преинвазивный рак в 19—30% случаев, а не леченая диспла­зия переходит в рак в 1%—17% случаев (Б. И. Железнов).

Наибольшие изменения при дисплазий происходят в ба­зальных и парабазальных клетках, слоистость эпителия в той или иной степени сохраняется. Базальные клетки становятся меньшего размера, теряют свою полярность. Изменяется структура клеток: появляют­ся полиморфизм, вакуолизация, митозы, как правильные, так и патологические, и нарушается соотношение ядра и цитоплаз­мы. Над гиперплазированным слоем измененных клеток всег­да присутствует четко выраженный слой неизмененного или мало измененного эпителия с сохранением полярности (Б. И. Железнов).

**Дисплазия** - *это атипия эпителия шейки матки с нарушением “слоистости”, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы* (Я. В. Бохман, 1989).

Дисплазия шейки матки может быть обнаружена как при исследовании визуально неизмененной шейки матки, так и в сочетании с фоновыми процессами, а также с преинвазивным и инвазивным раком. В зависимости от степени выраженности гистологических изменений принято делить дисплазии на слабые, умеренные и тяжелые. Морфологические изменения при дисплазии в ряде слу­чаев сходны с теми, которые наблюдаются при карциноме insitu*.* Цитологическим эквивалентом дисплазии шейки матки является дискариоз. По определению Koss (1979), это пограничное состояние, при котором цитологическая атипия выражена главным образом в ядрах клеток, тогда как в раковых клетках находят патологические изменения и в ядрах, и в цитоплазме.

Согласно классификации ВОЗ 1975 г., дисплазию эпите­лия шейки матки, соответственно выраженности клеточной атипии и сохранности архитектоники эпителиального пласта, подразделяют на три степени: *1) слабая, 2) умеренная, 3) выраженная (тяжелая).*

**Дисплазия** как указывалось выше, в отличие от фоновых заболеваний, не имеет характерных визуальных особенностей. Кольпоскопически чаще выявляется картина атипического эпителия. Диагноз дисплазии ставят на основани цитологического и гистологического исследований. Цитологическим эквивалентом дисплазии шейки матки, как уже отмечалось мной выше, является дискариоз. Для ***дис­плазии легкой степени*** характерна пролиферация клеток базального и парабазального слоев, в некоторых клетках отме­чается дискариоз и реже — пролиферация клеток промежуточ­ного слоя. Изменения захватывают лишь 1\3 толщины эпителиального пласта, а строение остальных слоев эпителия сохраняется. При ***дисплазии средней степени*** отмечаются более значительные атипические изменения клеток с поражением до 1\2 толщины эпителиального пласта. При ***тяжелой дисплазии*** в 2\3 эпите­лиального покрова наблюдается дискариоз в сочетании с клет­ками базального и парабазального слоев, значительным числом фигур деления (патологических митозов), признаками атипии единичных клеток и их ядер. Ядра увеличены, неправильной формы. Но, структура верхнего слоя эпителия сохранена. Дальнейшее прогрессирование процесса с полным поражением всей толщи МПЭ, нарастанием ядерной и клеточной атипии рассматривается как внутриэпителиальный рак. Гистологически дисплазия характеризуется неравномерным утолщением плоскоэпителиального пласта за счет пролиферации клеток базального срединного слоя. Выявляются признаки анаплазии клеток и полиморфизм ядер эпителиального пласта, что отличает дисплазию от преинвазивного рака.

Эпителиальные дисплазии 1-2 степени могут длительное время не прогрессировать, подвергаться обратному развитию после излечения сопутствующего воспалительного процесса. Однако чаще дисплазия прогрессирует, переходит в РШМ. Средние сроки развития внутриэпителиальной карциномы из дисплазии 1 степени составляет 5 лет, из 2 степени – 3 года, из тяжелой – 1 год.

*Слабая дисплазия* характеризуется сохранением нор­мального расположения поверхностного и промежуточного слоев. Отмечается базально-клеточная гиперактивность[[1]](#footnote-2) ниж­ней трети эпителиального пласта. Базальные и парабазальные клетки мономорфны, округло-овальной и вытянутой формы с сохранившимся, несколько суженным ободком ци­топлазмы, принимающей базофильный оттенок. Ядра базальных и парабазальных клеток увеличены, часто неправильной формы, гипо-, нормо- и гиперхромные. Хроматиновая струк­тура ядрышка при этом отчетливо вырисовывается в ядрах клеток. Наблюдается усиление митотической активности гиперплазированных клеток. Атипические митозы встречаются крайне редко. Может быть, индивидуальное ороговение кле­ток промежуточного слоя, а также ороговение поверхности эпителиального пласта. Базально-клеточная гиперактивность носит либо очаговый, либо диффузный характер. Может иметь место чередование очагов гиперплазии базальных кле­ток с участками нормального эпителия, иногда отмечаются неглубокие акантотические разрастания гиперплазированного базального слоя.

При *умеренной дисплазии* изменения, описанные выше, захватывают больше половины толщи эпителиального пла­ста. Отмечаются нарушения вертикальной анизоморфности[[2]](#footnote-3) и стратификации[[3]](#footnote-4) нижних слоев пласта за счет тотальной базально-клеточной гиперактивности. Гиперплазированные клетки нижних слоев располагаются перпендикулярно по от­ношению к базальной мембране. Количество клеток с митотическим делением ядер нарастает по направлению к базаль­ной мембране. Верхние слои эпителиального пласта сохра­няют нормальное строение, и клетки располагаются горизон­тально по отношению к базальной мембране. Могут быть проявления гипер- и паракератоза, захватывающие не толь­ко поверхностный, но и промежуточный слои.

При *выраженной (тяжелой) дисплазии* анаплазия захва­тывает большую часть толщи эпителиального пласта, за ис­ключением нескольких поверхностных слоев из зрелых кле­ток, сохраняющих нормальное строение. Ниже этих поверх­ностных слоев вертикальная анизоморфность и стратифика­ция отсутствуют. Расположение клеток беспорядочное, круп­ные клетки с темно-окрашенными ядрами обнаруживаются в вышележащих слоях. Наряду с некоторым полиморфизмом клеток отмечается и изменение ядерно-цитоплазматическогосоотношения в сторону ядра. Цитоплазма в значительной ча­сти клеток представлена в виде узкого ободка. Значительно нарастает количество митотически делящихся клеток, а так­же некоторый полиморфизм ядер, часть которых гиперхромна.

Как отмечалось выше, дисплазия эпителия шейки матки может быть обнаруже­на на фоне заболеваний шейки (псевдоэрозия, рубцовая деформация с эктропионом, лейкоплакия, полипы), но она может быть и на визуально неизмененной шейке матки. В 85-89% случаев дисплазия сочетается с псевдоэрозией, эндоцервикозом. ***Так как дисплазия чаще всего развивается на фоне вышеуказан­ных заболеваний шейки, то их принято именовать фоновыми заболеваниями шейки матки.***

Фоновые заболевания диагностируются на основании макроскопической картины, клинических проявлений. Дис­плазия же определяется только на основании гистологиче­ского исследования, реже — цитологического или кольпомикроскопического.

В настоящее время практика показывает, что в целях про­филактики рака является недостаточным только выявление и лечение фоновых заболеваний, необходимо активно выяв­лять дисплазии, применять комплексные методы исследова­ния при профилактических осмотрах женского населения.

**КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Как уже было сказано выше, дисплазия шейки матки не имеет клинической картины, если она возникает не на фоне псевдрэрозии, рубцовой деформации, эктропиона, лейкопла­кии и др. К фоновым заболеваниям шейки матки относят псевдоэро­зию, рубцовую деформацию шейки матки с эктропионом, цервикоз, лейкоплакию, эритроплакию. В подавляющем большинстве эти заболевания не имеют ярких клинических про­явлений и их нередко обнаруживают при профилактическом осмотре.

При гинекологическом осмотре фоновые заболевания оце­ниваются клиницистами как доброкачественные и только при проведении комплексного обследования можно обнаружить предрак и даже рак шейки матки.

Комплексное обследование женщин с целью выявления предраковых заболеваний шейки матки состоит в целенаправ­ленном выяснении жалоб, анамнеза, оценке общего состояния, осмотре шейки матки при помощи зеркал, кольпоскопическом, прицельном цитологическом исследовании мазков с поверх­ности шейки матки, результатов пробы Шиллера, бимануальном влагалищном исследовании. При выявлении фактов, по­дозрительных на предрак, необходима тщательная проверка. Обследуемым проводят расширенную кольпоскопию, микрокольпоскопию, повторное цитологическое исследование по­верхностного соскоба с шейки матки и из цервикального ка­нала, прицельную биопсию, выскабливание слизистой канала шейки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

При выяснении жалоб и анамнеза следует учитывать, что они не всегда специфичны для предрака шейки матки, однако иногда этого бывает достаточно, чтобы отнести данную боль­ную в группу риска.

Очень часто больные жалоб не предъявляют, но при нали­чии фоновых заболеваний, сопровождающихся воспалитель­ным процессом, могут быть жалобы на бели, иногда контакт­ные кровяные выделения.

В анамнезе врач обращает внимание на перенесенные вос­палительные заболевания, ЗППП, роды, аборты, родовые травмы, за­болевания шейки матки, методы и результаты лечения этих заболеваний, наличие эндокринных и нервных заболеваний. Общее состояние больных без патологических изменений.

При осмотре шейки матки при помощи зеркал обращают внимание на форму и величину влагалищной части шейки мат­ки, состояние поверхности слизистой оболочки, ее цвет, форму наружного зева, характер выделений из цервикального ка­нала.

Бимануальное исследование — определение консистенции, формы, подвижности шейки матки.

**Кольпоскопией** называется визуальное обследование шейки матки, влагалища и наружных половых органов с помощью кольпоскопа, состоящего из бинокулярной оптической системы и вмонтированного в нее осветителя. С помощью цервикоскопа осматривают канал шейки матки. Кольпоскоп устанавливают на расстоянии 20-25 см от изучаемой поверхности. Пучок света наводят на шейку матки и врач, смотря в окуляры кольпоскопа, устанавливает объективы так, чтобы получить четкое изображение слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, стенки влагалища или наружных половых органов. Шейка матки имеет сферическую поверхность, поэтому, чтобы все поле попало в фокус окуляра, проводят тщательный осмотр. Шейку матки осматривают по часовой стрелке или по зонам, ко­торые выделяют условно (рис. 1). Такие деления помогают луч­ше фиксировать внимание на имеющихся патологических измене­ниях и производить прицельную биопсию.

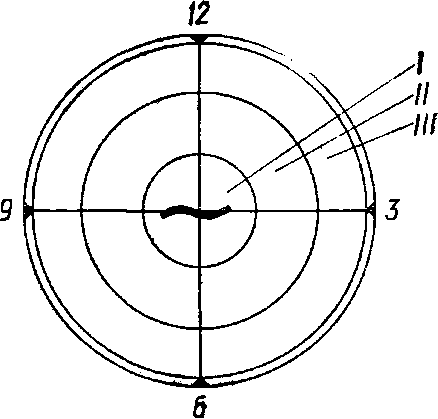
****

Рис. 1. Кольпоскопическая картина шейки матки и деление ее по цифер­блату и зонам (/—///).

Метод кольпоскопии был предложен немецким врачом Н.Hinselmann в 1925 г. Он дает возможность осматривать влагалищную часть шейки матки при увеличении в 10-30 раз. Это позволяет выявить различную патологию, невидимую невооруженным глазом. Кольпоскопическое исследование выявляет наиболее подозрительные участки на слизистой шейки матки для взя­тия поверхностных соскобов и биопсии (так называемая при­цельная цитология, прицельная биопсия).

В норме соприкосновение цилиндрического эпителия с многослойным плоским эпителием у женщин до 20 лет происходит на границе 1 и 2 зоны, после 22 лет оно смещается к наружному зеву. В возрасте после 40-42 лет граница цилиндрического и многослойного плоского эпителия располагается в нижней или средней трети канала шейки матки. В климактерическом периоде многослойный плоский эпителий атрофируется и вместо обычных 18-20 имеет 6-12 слоев, поэтому подлежащая ткань с сосудами становится ясно видимой. У 95% женщин рак шейки матки возникает в области стыка плоского и цилиндрического эпителия и в нижнем отделе канала шейки матки. Нижний отдел канала шейки матки у рожавших женщин можно осмотреть и с помощью зеркал. Процессы патологического дискератоза могут распространяться на весь канал шейки матки, осмотр которого проводят с помощью цервикоскопа.

Простая, или обзорная, кольпоскопия выполняется до влагалищного бимануального исследования, без удаления слизи, чтобы не травмировать шейку матки. В случаях, когда по­верхность шейки матки покрыта слизисто-гнойным налетом, затрудняющим исследование, его надо осторожно удалить ватным тампоном. Осмотр проводят последовательно, обращая внимание на рельеф и цвет слизистой оболочки, на границу многослойного плоского и цилиндрического эпителиев, на расположение, форму и калибр субэпителиальных сосудов.

Простая кольпоскопия позволяет ориентировочно выявить сте­пень патологического процесса и обнаружить или исключить атипию подэпителиальных сосудов.

Расширенная кольпоскопия (с применением 3 % раствора уксусной кислоты и 1-2 % раствора Люголя) проводится для более точного определения всех участков измененного эпителия.

Раствор уксусной кислоты, действуя на эпителий в течение полутора минут, растворяет слизь, вызывает набухание клеток цилиндрического эпителия, усиливает побеление атипического ороговевающего эпителия, более отчетливо выделяет отверстия выводных протоков желез. Расширенные под воздействием патологического процесса сосуды суживаются и исчезают из поля зрения. Последующее смазывание шейки матки 1-2 % раствором Люголя *(проба Шиллера)* выявляет участки атипического эпителия, не воспринимающие окраску или окрашивающиеся в светло-желтый цвет. Под воздействием 1-2 % водного раствора Люголя нормальный зрелый многослойный эпителий шейки матки, богатый гликогеном, окрашивается в темно-коричневый цвет (положительная проба Шиллера). Все патологически измененные участки тканей (доброкачественные процессы, предрак, рак) раствором Люголя не окрашиваются, или же окрашиваются в слегка желтоватый цвет. Таким образом, проба Шиллера позволяет обнаружить патологически измененные участки ткани и выявить границы поражения. Раствор Люголя приготавливают по следующей прописи: йода –1 г, калия йодида – 2 г, дистиллированной воды – 300 мл.

Существует множество кольпоскопических классификаций. В практической работе большинство врачей пользуються классификацией кольпоскопических картин, предло­женной Л. Н. Василевской и М. Л. Винокур :

***1. Нормальная слизистая влагалищной части шейки мат­ки гладкая, блестящая, бледно-розового цвета.***

***2. Доброкачественные изменения слизистой: эктопия, зона превращения, различные сочетания этих изменений, полипы шеечного канала, истинная эрозия, кольпиты, эндометриоз и изменения слизистой после диатермокоагуляции.***

***3. Атипический эпителий: лейкоплакия, основа лейкопла­кии, образование полей, эритроплакия, атипическая зона пре­вращения.***

***4. Рак шейки матки: сочетание атипического эпителия с атипией сосудов.***

В описаниях к атласам по кольпоскопии, которыми пользуются практические врачи-кольпоскописты, нет единого полного совпадения в терминологии, что требует унификации наименований кольпоскопических картин. На 2-Международном конгрессе по патологии ШМ и кольпоскопии (Австрия, 1975) была рекомендована следующая кольпоскопическая терминология:

1. Нормальная кольпоскопическая картина.
2. Патологическая кольпоскопическая картина.
3. Смешанная кольпоскопическая картина.

В 1-группу включены: плоский многослойный эпителий, высокий цилиндрический эпителий (эктопия), зона трансформации (зона превращения, перестройки).

Во 2-группу – атипическая зона трансформации, мозаика (поля), пунктуация (основа, база лейкоплакии), белый эпителий, кератоз, атипические сосуды, подозрение на инвазивный рак.

В 3-группу – воспалительные изменения, атрофические изменения, эрозия, кондилома, папиллома и другие изменения.

На основании тщательных клинико-эндоскопических и морфологических сопоставлений, К.П. Ганина, Е.В. Коханевич и А.Н. Мельник (1984) предложили следующую кольпоскопическую классификацию дисплазии эпителия шейки матки: поле дисплазии (многослойный плоский или призматический эпителий); папиллярная зона дисплазии; предопухолевая зона трансформации.

Для преинвазивного и микроинвазивного РШМ, по данным этих авторов, характерны следующие кольпоскопические картины: пролиферирующая лейкоплакия, поле атипического эпителия, папиллярная зона атипического эпителия, зона трансформации атипического эпителия, атипическая васкуляризация.

Вместе с тем весьма многообразным кольпоскопическим картинам не всегда соответствуют строго определенные гистологические заключения. Так, в зоне превращения (трансформации) эктопии и в основе лейкоплакии (пунктуация) может наблюдаться широкая гамма гистологических изменений – метаплазия эпителия, дисплазия, преинвазивный рак. Иными словами, между кольпоскопическими картинами и степенью тяжести дисплазии нет параллелизма. Вместе с тем на фоне кольпоскопических картин простого атипического эпителия чаще выявляются дисплазия и преинвазивный рак, а на фоне высокоатипического эпителия чаще обнаруживается микроинвазивный рак.

Таким образом, кольпоскопические картины **доброкачественного** характера настолько отчетливы, что совпадение кольпоскопического и гистологического диагнозов при этих изменениях составляют почти 100%. Поэтому выявление при кольпоскопическом исследовании заведомо доброкачественных изменений ШМ позволяет избежать многих лишних биопсий.

Большое значение имеет динамическое исследование кольпоскопических изменений на ШМ, поэтому необходимо записывать каждую находку кольпоскопии применяя условные знаки. Условные знаки, предложенные разными авторами, несколько отличаются друг от друга, поэтому чтобы соблюдать преемственность в работе в пределах одного учреждения должна быть договоренность в употреблении того или иного условного знака.

При **псевдоэрозии (эктопии)(высокий цилиндрический эпителий)** однослойный цилиндрический эпителий шеечного канала распространяется на влагалищную часть шейки матки, замещая многослойный плоский. Определяется в области наружного зева или во­круг него. В основе – многочисленные железистые структуры причудливой формы. Псевдоэрозии принято делить на железистые, папиллярные и эпидермизирующие. Для железистой эрозии характерно образование желез из влагалищной части шейки матки; при папиллярной происходит одновременное разрастание стромы в виде сосочков. Чаще отмечается псевдоэрозия в стадии эпидермизации, когда среди железистого эпителия встречаются островки метапластического или плоского эпителия. При полном заживлении псевдоэрозии она покрывается многослойным эпителием. Нередко возникают ретенционные кисты (OvulaNabothi). Кольпоскопическая картина эктопии — гроздевидные скопления мелких округлых или продолговатых сосочков ярко-красного цвета, что обусловлено просвечивающимисясквозь плоский однослойный эпителий кровеносными сосудами. Зона превращения — на ярко-красной поверхности эктопии видны нежные бледно-сероватые язычки многослойного плос­кого эпителия, могут быть открытые и закрытые железы и вы­раженная сосудистая сеть, особенно на поверхности закрытых желез.

Структура **полипов** шейки матки характеризуется центральной соединительной ножкой, покрытой или многослойным плоским, или цилиндрическим эпителием, который образует также железистые или железисто-фиброзные структуры, расположенные в толще полипа. Поверхность полипов шеечного канала при кольпоскопическом исследовании соответствует изменениям, характерным для эктопии и зоны превращения.

**Истинная эрозия** выглядит как ярко-красный участок лишенный эпителиального покрова, когда обнажается соединительно-тканная строма. Выражены явления неспецифического воспаления. О характере истинной эрозии судят в зависимости от фона, на котором она развивается, и возраста женщины.

**Эндометриоидные образования** определяются в виде цианотичных бугорков, находящихся под слизистой оболочкой и покрытых многослойным плоским неизмененным эпителием. Размеры и цвет эндометриоидной гетеротопии изменяются в зависимости от менструального цикла.

После диатермокоагуляции на поверхности шейки матки видны красные полоски, точки различной величины. Они пред­ставляют собой сосудистые образования, иногда обширные подэпителиальные гематомы, покрытые истонченным много­слойным плоским эпителием.

Кольпоскопические картины доброкачественного характера четки и ясны, в большинстве случаев кольпоскопический ди­агноз совпадает с гистологическим. Выявление доброкачест­венных кольпоскопических картин позволяет избежать лиш­них биопсий.

**Лейкоплакия** — беловатые пятна различной величины, с ровной поверхностью слизистой или возвышающиеся над ней в виде бляшек (более четко выделяются при действии раст­вором Люголя). Возникает в процессе избыточного ороговения, паракератоза и акантоза.

**Основа лейкоплакии (пунктуация)** — плоские, хорошо очерченные, беле­соватые и светло-желтые участки с красными мелкими точ­ками. В основе лейкоплакии находятся периваскулярные и субэпителиальные инфильтраты, представленные гистиоцитами и плазматическими клетками.

**Образование полей (поля)** — полигональные беловатые поля не­больших размеров, ограниченные линией красного цвета (ткань стромы, просвечивающей сквозь верхние слои эпите­лия).

**Эритроплакия** — красный участок резко истонченного плоского эпителия, через который просвечивает подлежащая ткань.

Фоновые процессы не имеют патогномоничной цитологической картины. При истинных эрозиях в цитограммах наблюдаются элементы воспаления. При исследовании “поверхностных соскобов” или отпечатков с поверхности псевдоэрозии обнаруживаются фрагменты нормального и реактивно измененного железистого эпителия, метаплазированные клетки многослойного плоского эпителия разной степени зрелости. У больных простой лейкоплакией (без атипии) в цитологических препаратах находят ороговевшие клетки многослойного плоского эпителия, нередко безъядерные.

**Атипическая зона превращения** — йод негативные участки, имеющие резкие и извилистые границы, извилистые кровеносные сосуды. Показателем озлокачествления служит обнаружение атипического сосудистого рисунка: сосуды не анастомозируют, имеют вид штопорообразных, в виде запятых, обры­вающихся “палок” на фоне “стеклянной” ткани.

Атипический эпителий может быть выявлен как при фоно­вых заболеваниях, так и при дисплазиях, преинвазивном раке и начальных стадиях инвазивного рака. Поэтому для установ­ления диагноза необходимо произвести морфологическое ис­следование.

**Кольпомикроскопическое** исследование предложили проводить Antoine и Grunberger (1948, 1949). Кольпомикроскопия – оригинальный метод прижизненного гистологического исследования слизистой оболочки шейки матки. Кольпомикроскоп это прибор, с помощью которого исследуемый участок поверхности шейки матки рассматривают при увеличении в 100-300 раз. Перед исследованием шейку матки окрашивают 1% раствором толуидинового синего или гематоксилином. Тубус кольпомикроскопа вводят во влагалище, объектив подводят вплотную к слизистой оболочке шейки матки. Результаты этого метода исследования наиболее сопоставимы с гистологическим исследовани­ем, так как после окраски красителями, применяемыми в гис­тологии, стало возможным рассматривать гистологическую структуру поверхностных слоев шейки матки. Преимущество кольпомикроскопии состоит в том, что метод дает возможность изучать не морфологию отдельных отторгнутых клеток, а структуру тканей без нарушения целостности клеток. Особенно ценен этот метод при динамическом наблюдении. Недо­статки метода — невозможность исследования глубоких сло­ев ткани шейки матки и слизистой канала шейки матки. Этот метод не применяется для ранней диагностики рака при мас­совых обследованиях, но является ценным методом для углубленной ди­агностики, при выявлении патологического процесса во время профилактических осмотров и цитологических исследований.

Я.В. Бохман и Н.В. Гарманова (1981) предложили новую кольпомикроскопическую классификацию, в основу которой положен морфологический принцип:

1. Многослойный плоский эпителий (МПЭ): нормальный, истонченный, с воспалительными изменениями, незрелый.
2. Цилиндрический эпителий нормального вида в зоне эктопии.
3. МПЭ реактивно измененный, со слабо выраженной атипией.
4. Атипический МПЭ с дискариозом, соответствующий различным степеням дисплазии.
5. Преинвазивный рак – пласты, состоящие из опухолевых клеток с выраженным ядерным полиморфизмом.
6. Инвазивный рак – тяжи или комплексы опухолевых клеток, чередующиеся с очагами некрозов.

**Цитологическое** исследование эпителия шейки матки в на­стоящее время считается основным диагностике предраковых заболеваний.

Достоверность цитологического срининга достигает 98 %, а среди ошибочных заключений обычно преобладают ложноположительные. ***Реальное снижение показателей заболеваемости и смертности от РШМ под влиянием скрининга достигается только при непременном условии регулярного цитологического обследования большинства женской популяции (80 %) в возрасте старше 20 лет.***

*Не подлежат цитологическому скринингу только 3 категории женщин: 1) в возрасте до 20 лет; 2) в любом возрасте, не жившие половой жизнью; 3) перенесшие в прошлом экстирпацию матки. Желательно начинать скрининг с 20-летнего возраста. Время окончания скрининга находится в интервале 61-65 лет при условии негативных цитологических данных двух предшествовавших обследований. В России цитологические исследования чаще всего проводятся 1 раз в 2 года.*

Интерпретация цитологической картины во мно­гом зависит от правильного взятия материала. Материал сле­дует брать с поверхности шейки матки до различных иссле­дований и с не травмированной зеркалами поверхности. Наи­более информативен поверхностный соскоб, полученный с по­мощью металлического шпателя Ауег, с влагалищной части шейки матки и из цервикального канала. Из полученного ма­териала желательно приготовить несколько мазков. Сопрово­дительный бланк заполняется с указанием фамилии, имени, отчества, возраста больной, кратких клинических данных, ди­агноза, даты последней менструации. Мазки окрашивают и изучают морфологию клеток под микроскопом с окуляром 7, объективами 20, 40, 90. Окончательное заключение делают после исследования с иммерсионной системой. При оценке со­стояния клеточных элементов в окрашенном мазке-препарате, многие врачи в России чаще всего используют методику цитодиагностики, раз­работанную Н. Н. Шиллер-Волковой с соавт. (1964), по кото­рой выделено пять типов цитограмм.

***Первый тип*** — цитограммы отражают нормальное строе­ние эпителиального покрова слизистой.

***Второй тип***—цитограммы характеризуют пролиферацию плоского и цилиндрического слоев эпителия, проявляющуюся в укрупнении ядер значительного числа клеток.

***Третий тип*** — цитограммы, которые характеризуются нали­чием дискариоза клеток в пределах одного или нескольких слоев многослойного плоского или цилиндрического эпителиев и не имеют изменений со стороны формы самих клеток.

***Четвертый тип*** — цитограммы, в которых выражен дискариоз во всех слоях многослойного плоского и цилиндрическо­го эпителия или только в промежуточном и парабазально-базальном слое с обязательным присутствием единичных атипи­ческих эпителиальных клеток промежуточного слоя.

***Пятый тип***—цитограммы, в которых обнаружено значи­тельное число клеток, обладающих в совокупности всеми при­знаками злокачественности.

Первые три типа цитограмм относятся к доброкачествен­ным состояниям, последние два свидетельствуют о злокачественности процесса и соответствуют интраэпителиальному, или инвазивному раку (Е. А. Невская, 1970).

Во многих странах мира принята пятибалльная система классификации результатов цитологического исследования по Papanicolau (1943): 1) отсутствие атипических клеток; 2) атипические клетки без признаков злокачественности; 3) подозрение на рак; 4) некоторые признаки рака; 5) рак.

Каждое цитологическое исследование и заключение должно оцениваться критически и сопоставляться с клиниче­скими данными. Окончательный диагноз ставят на основа­нии гистологического исследования.

**Гистологический метод** является завершающим этапом комплексного исследования патологического процесса на шейке матки. Прицельная биопсия производится скальпелем на границе с неизмененными участками слизистой с подлежа­щей тканью. На рану после иссечения накладывают 1—2 уз­ловых кетгутовых шва и смазывают 3-5% раствором йода. При наличии подозрительных множественных участков следует проводить расширенную биопсию— электроэксцизию шейки матки.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 90-Х ГГ.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) нет верного ответа

1. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА?

а) рецидивирующий полипоз;

б) простая форма лейкоплакии;

в) лейкоплакия с атипией;

г) дисплазия;

д) эритроплакия;

1. К ПРЕДРАКУ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ:

а) эктопия цилиндрического эпителия

б) простая лейкоплакия

в) полип

г) дисплазия (CIN)

д) папилломатоз

1. СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

а) кольпоскопия

б) цитология

в) биопсия

г) ПЦР

д) УЗИ сканирование

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

а) травмы шейки матки

б) ВПЧ

в) частое смена половых партнеров при пренебрежении

барьерными методами контрацепции

г) верно все перечисленное

д) хронический эндоцервицит

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) нет верного ответа

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) кольпоскопия

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная М. 25 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -1, Абортов-2. В анамнезе аднексит. При осмотре НПО – Б/о. Шейка цилиндрическая в зеве полип в D= 0,7 см, контактно кровоточит. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №2**

Больная М. 28 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -2, Абортов-5. В анамнезе аднексит. При осмотре НПО – Б/о. На Шейке эрозия в D= 2 см, контактно кровоточит. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Больная М. 35 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -1, Абортов-6. В анамнезе аднексит, ДМК. При осмотре НПО – Б/о. На Шейке белесоватое пятно с перламутровым оттенком. В мазках на АК: лекоплакия с атипией. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больной 54 лет с посткоитальными кровотечениями произведена при-цельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного среднедифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Определите стадию заболевания?

4. Определите тактику для данной больной?

5. Наиболее неблагоприятный прогноз бывает в следующем случае?

**Задача №5**

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?

4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?

5. Лечение рака шейки матки включает?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

1. Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:
2. Особенности эндометрия как ткани-мишени: эндометрий в течение нормального менструального цикла, возрастная инволюция эндометрия.
3. Изменение эндометрия при типичных клинических ситуациях: влияние экзогенных гормонов на эндометрий, влияние ВМК на эндометрий, изменение эндометрия при беременности.
4. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия: морфологическая картина железистой гиперплазия ндометрия, морфологическая картина аденоматоза эндометрия, морфологическая характеристика полипов эндометрия (классификациияХмельницкого О. К. (1994)
5. Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

1.ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ:

а) железисто-кистозная гиперплазия

б) атипическая гиперплазия

в) полипы эндометрия

г) атрофический эндометрий

д) нет верного ответа

2.УЗ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) М-эхо во II фазу >15 мм

б) неоднородность структуры, эхопозитивные сигналы

в) наличие жидкости в позадиматочном пространстве

г) увеличение размеров матки

д) верно а) и б)

3.СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) цитология аспирата

б) УЗ-сканирование

в) опухолевые маркеры

г) биопсия эндометрия

д)нет верного ответа

4.СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН:

а) субтотальная гистерэктомия

б) тотальная гистерэктомия

в) расширенная эктирпация матки по Вертгейму

г)гистерорезектоскопия: резекция эндометрия в сочетании с аблацией

эндометрия

д) нет верного ответа

5.ГОРМОНОТЕРАПИЮ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОВОДЯТ ПРЕПАРАТАМИ, КРОМЕ:

а) 17-ОПК

б) Депо-провера

в) прогинова

г) мегейс

д) нет верного ответа

6.ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

а) нарушения жирового обмена

б) стрессовые ситуации

в) нарушение менструального цикла

г) верно а и б

д) все перечисленное

7.АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ СХОДНА:

а) с железисто-кистозной гиперплазией

б) с эндометриальным полипом

в) с метроэндометритом

г) с высокодифференцированным раком

д) нет верного ответа

8.АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПЕРЕХОДИТ В РАК ЧАЩЕ

а) в репродуктивном возрасте

б) в климактерическом возрасте

в) в любом возраст

г) в периоде постменопаузы

д) все верно

9.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ:

а) ациклические кровотечения

б) наличие предменструальной «мазни»

в) меноррагии

г) верно а и б

д) верно все перечисленное

10.УРОВЕНЬ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ТАКОВОМУ:

а) в постменопаузе

б) во второй фазе менструального цикла

в) всегда различны

г) в первой фазе менструального цикла

д) беременности

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная А., 35 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Из анамнеза: кровянистые выделения из половых путей появились несколько часов назад. Менструации с 12 лет, в течение последних трех лет нерегулярные, через 28-45 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20 дней назад, в срок, обильная, в течение 8 дней. В анамнезе одна беременность, закончилась срочными родами 6 лет назад. Контрацепция барьерная. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Из соматических заболеваний: ожирение III степени, эндемический зоб II степени (эутиреоз). Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 36, 6 градусов. Пульс 84 уд. в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения кровянистые, обильные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды – без особенностей.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. От чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения больной?

**Задача №2**

В гинекологический стационар бригадой скорой помощи доставлена пациентка 47 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, которые продолжаются 10 –е сутки. Из анамнеза: нарушений менструальной функции ранее не отмечала, последняя менструация 2 месяца назад, без особенностей. В анамнезе 5 беременностей, из которых 2 закончились срочными родами и 3 мед. аборта без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, гинеколога посещает нерегулярно. Из соматических заболеваний имеет место ожирение 3 степени. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения кровянистые, обильные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды – без особенностей.

1. Предположительный диагноз?
2. Какова тактика врача?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какой метод обследования является решающим в плане дифференциальной диагностики в данном случае?
5. От чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения больной?

**Задача №3**

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Задача №4**

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь регулярно, без контрацепции. При осмотре: АД 150/100 мм рт.ст., PS 68 в 1 мин, ИМТ = 34. При влагалищном исследовании: Шейка матки не эрозирована, феномен «зрачка» (+ +). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д» учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?

3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**1. Занятие № 28**

**Тема: «Диагностика и классификация предраковых заболевания тела матки (цитологические и гистологическое исследование, гистерография, гистероскопия)».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3. Значение изучения темы:**  В настоящее время имеет место рост рака эндометрия, особенно в группе женщин молодого репродуктивного возраста. Своевременное выявление фоновых и предраковых процессов эндометрия, адекватная их терапия являются профилактикой онкологической патологии и смертности от онкогинекологических заболеваний.

**4. Цели обучения:**

**- общая**: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Злокачественные заболевания матки и придатков матки (клинику, диагностику, лечение)

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-оценивать результаты гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки;

-проводить диагностику фоновых и предраковых заболеваний эндометрия

-Интерпретировать результаты УЗИ матки

-Интерпретировать результаты ГСГ

-Определять показания для РДВПМ

-Определять показания для гормонотерапии

Обучающийся должен владеть:

-функциональным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки тела и шейки матки. Гистероскопией;

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией эндометрия

-аспират полости матки

-методами консервативного лечение доброкачественных гиперпластических процессов и предрака

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

1. Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:
2. Особенности эндометрия как ткани-мишени: эндометрий в течение нормального менструального цикла, возрастная инволюция эндометрия.
3. Изменение эндометрия при типичных клинических ситуациях: влияние экзогенных гормонов на эндометрий, влияние ВМК на эндометрий, изменение эндометрия при беременности.
4. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия: морфологическая картина железистой гиперплазия ндометрия, морфологическая картина аденоматоза эндометрия, морфологическая характеристика полипов эндометрия (классификациияХмельницкого О. К. (1994)
5. Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия
6. Гистологические картины, отражающие избыточное влияние гормонов:
7. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия.
8. Классификация гиперпластических процессов эндометрия. (классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1975)
9. Этиопатогенез гиперпластических процессов эндометрия Механизмы активации пролиферации.
10. Диагностика гиперпластических процессов эндометрия
11. Лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия.
12. Выбор режима гормонотерапии: циклический, контрацептивный и непрерывный режимы гормонотерапии.
13. Типы гормональных препаратов, используемых для лечения ГПЭ: гестагены, антигонадотропины, агонисты Гн-РГ).
14. Показания к хирургическому лечению при ГПЭ.
15. Диспансеризация больных с ГПЭ

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Диагностика гиперпластических процессов эндометрия:

1. Раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) полости матки является ведущим методом диагностики патологии эндометрия и первым этапом лечения гиперпластических процессов.
2. Аспирационная биопсия эндометрия Цитологическая диагностика аспирата выявляет лишь степень клеточной дисплазии. Однако Pipelle – аспирационная биопсия, в результате которой получают биоптат эндометрия, может быть рекомендована в качестве мониторинга состояния эндометрия в ходе гормонотерапии.
3. Гистероскопия, предваряющая плановое РДВ, позволяет изучить состояние эндометрия, провести топическую диагностику патологического процесса.
4. Ультразвуковой метод исследования - скрининг ГПЭ. Имеется высокая степень корреляции (70-90%) данных трансвагинальной эхографии с гистологической картиной удаленного эндометрия. Гистеросальпингоультрасонография, то есть введение гиперэхогенных растворов (эховист, левовист) в полость матки в момент ультразвукового исследования, позволяет уточнить характер внутриматочной патологии.
5. Диагностическую лапароскопию и определение базального уровня эстрадиола целесообразно проводить при рецидивирующих ГПЭ для исключения гормонально активных опухолей яичников, СПКЯ.
6. Исследование аспирата из полости матки с количественным определением иммуноглобулинов M, G, A. При хроническом эндометрите уровень суммарных иммуноглобулинов превышает показатели здоровых женщин в 100 раз и в 3 раза - при остром эндометрите.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

1.ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ:

а) железисто-кистозная гиперплазия

б) атипическая гиперплазия

в) полипы эндометрия

г) атрофический эндометрий

д) нет верного ответа

2.УЗ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) М-эхо во II фазу >15 мм

б) неоднородность структуры, эхопозитивные сигналы

в) наличие жидкости в позадиматочном пространстве

г) увеличение размеров матки

д) верно а) и б)

3.СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) цитология аспирата

б) УЗ-сканирование

в) опухолевые маркеры

г) биопсия эндометрия

д)нет верного ответа

4.СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН:

а) субтотальная гистерэктомия

б) тотальная гистерэктомия

в) расширенная эктирпация матки по Вертгейму

г)гистерорезектоскопия: резекция эндометрия в сочетании с аблацией

эндометрия

д) нет верного ответа

5.ГОРМОНОТЕРАПИЮ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОВОДЯТ ПРЕПАРАТАМИ, КРОМЕ:

а) 17-ОПК

б) Депо-провера

в) прогинова

г) мегейс

д) нет верного ответа

6.ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

а) нарушения жирового обмена

б) стрессовые ситуации

в) нарушение менструального цикла

г) верно а и б

д) все перечисленное

7.АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ СХОДНА:

а) с железисто-кистозной гиперплазией

б) с эндометриальным полипом

в) с метроэндометритом

г) с высокодифференцированным раком

д) нет верного ответа

8.АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПЕРЕХОДИТ В РАК ЧАЩЕ

а) в репродуктивном возрасте

б) в климактерическом возрасте

в) в любом возраст

г) в периоде постменопаузы

д) все верно

9.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ:

а) ациклические кровотечения

б) наличие предменструальной «мазни»

в) меноррагии

г) верно а и б

д) верно все перечисленное

10.УРОВЕНЬ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ТАКОВОМУ:

а) в постменопаузе

б) во второй фазе менструального цикла

в) всегда различны

г) в первой фазе менструального цикла

д) беременности

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

**Задача №1**

Больная А., 35 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Из анамнеза: кровянистые выделения из половых путей появились несколько часов назад. Менструации с 12 лет, в течение последних трех лет нерегулярные, через 28-45 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20 дней назад, в срок, обильная, в течение 8 дней. В анамнезе одна беременность, закончилась срочными родами 6 лет назад. Контрацепция барьерная. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Из соматических заболеваний: ожирение III степени, эндемический зоб II степени (эутиреоз). Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 36, 6 градусов. Пульс 84 уд. в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения кровянистые, обильные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды – без особенностей.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. От чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения больной?

**Задача №2**

В гинекологический стационар бригадой скорой помощи доставлена пациентка 47 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, которые продолжаются 10 –е сутки. Из анамнеза: нарушений менструальной функции ранее не отмечала, последняя менструация 2 месяца назад, без особенностей. В анамнезе 5 беременностей, из которых 2 закончились срочными родами и 3 мед. аборта без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, гинеколога посещает нерегулярно. Из соматических заболеваний имеет место ожирение 3 степени. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения кровянистые, обильные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды – без особенностей.

1. Предположительный диагноз?
2. Какова тактика врача?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какой метод обследования является решающим в плане дифференциальной диагностики в данном случае?
5. От чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения больной?

**Задача №3**

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Задача №4**

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь регулярно, без контрацепции. При осмотре: АД 150/100 мм рт.ст., PS 68 в 1 мин, ИМТ = 34. При влагалищном исследовании: Шейка матки не эрозирована, феномен «зрачка» (+ +). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д» учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?

3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

1. **Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

1**.**Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Преинвазивный рак шейки матки, микроинвазивный рак шейки матки. Инвазивный рак шейки матки.

5. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

6. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

7. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

8. Лечение преинвазивного и микроинвазивного рака шейки матки.

9. Планирование лечения инвазивного рака шейки матки. Хирургическое, лучевое лечение.

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 90-Х ГГ.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) нет верного ответа

5. ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

а) в поверхностном слое

б) только атипию в некоторых клетках

в) только в отдельных участках пласта эпителия

г) во всей толще эпителия

д) нет верного ответа

6. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) отсутствия инвазии в подлежащую строму

б) сохранения базальной мембраны

в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия

г) очагового проникновения группы клеток в строму

д) нет верного ответа

7. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ НАЗЫВАЮТ "КОМПЕНСИРОВАННЫМ" В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ОН ИМЕЕТ

а) малую стромальную инвазию

б) низкую потенцию к метастазированию

в) раковые эмболы в лимфатических щелях

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

8. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ПО СВОЕМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ СХОДЕН

а) с тяжелой дисплазией

б) с внутриэпителиальным раком

в) с инвазивным раком

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

9. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция

г) электроконизация

д) все верно

10. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН 50 ЛЕТ И СТАРШЕ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВОДИТЬ

а) экстирпацию матки с придатками

б) экстирпацию матки без придатков

в) криодеструкцию

г) электроконизацию

д) радиоволновой метод

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

**Задача №1**

Женщина 58 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 10 лет. Беременностей не было. АД 170/110. Вес – 93кг. Рост – 160см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован. Тело матки не увеличено, обычной консистенции, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий не инфильтрирован. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Прогноз?

**Задача №2**

Женщина 48 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 2 года. Беременностей 10: Криминальный аборт- 3, с/в -7, Р-0. АД 170/110. Вес – 103кг. Рост – 160см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован с кратерообразым углублением. Ткани с некрозом и фибрильным налетом . Тело матки не увеличено, обычной консистенции, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий инфильтрирован до стенок таза. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Женщина 54 года обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 6 лет. Беременностей 8: Криминальный аборт- 3, с/в -2, Р-3. АД 170/110. Вес – 100кг. Рост – 161см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован с кратерообразым углублением. Ткани с некрозом и фибринным налетом . Тело матки незначительно увеличено, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий инфильтрирован не доходя до стенок таза с ихорозным запахом. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Профилактика.

**Задача №4**

Больной 54 лет с посткоитальными кровотечениями произведена при-цельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного среднедифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.

* 1. Поставьте диагноз?
  2. Ваша тактика?
  3. Определите стадию заболевания?
  4. Определите тактику для данной больной?
  5. Наиболее неблагоприятный прогноз бывает в следующем случае?

Задача №5

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?
4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?
5. Лечение рака шейки матки включает?

**1. Занятие № 29**

**Тема: «Рак шейки матки (эндофитная и экзофитная формы). Клиника, методы диагностики, лечение».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3. Значение изучения темы** (актуальность изучаемой проблемы).

В связи с ростом частоты фоновых, предраковых заболеваний и рака шейки матки в популяции актуальность этой проблемы растет. Рак шейки матки – это не только медицинская, но и социальная проблема. Вакцинопрофилактика – это возможное решение проблемы в 21 веке для России.

**4. Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7

**- учебная**:

Обучающийся должен знать:

Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-что относится к фоновым и предраковым заболеваниям шейки матки

-факторы риска патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Клинические проявления патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Скрининговые методы диагностики

-принципы лечения фоновых и предраквых заболеваний шейки матки

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска по раку шейки матки;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать патологию шейки матки

Обучающийся должен владеть:

-Взять мазок на АК с шейки матки

-Взять биопсию с шейки матки

-Кольпоскопию

-выскабливание цервикального канала

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

1**.**Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Преинвазивный рак шейки матки, микроинвазивный рак шейки матки. Инвазивный рак шейки матки.

5. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

6. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

7. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

8. Лечение преинвазивного и микроинвазивного рака шейки матки.

9. Планирование лечения инвазивного рака шейки матки. Хирургическое, лучевое лечение.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

Рак шейки матки — наиболее распространенная форма злокачественного новообразования половых органов жен­щины. В структуре женской онкопатологии РШМ составляет 42,4% и занимает стабильно 1 место. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляется около 500 000 заболевших РШМ (в 1980 г. в мире – 465600 свежих случаев инвазивного рака, приблизительно 80 % этих случаев наблюдались в развивающихся странах). Больше 200 тыс. летальных случаев в год от РШМ. Ежегодные потери составляют 3-4 млн\ чел\ лет. Это ведущая опухоль в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки и важная медицинская и социальная проблема во всех экономически развитых странах. В 1992г. в России выявлено 11500 первичных больных. В Европе и Северной Америке его частота составляет 10-20 на 100тыс. женского населения. Возрастной пик заболеваемости падает на возраст 48-55 лет, пик для карциномы insitu падает на возраст 25-40 лет.

По словам видного онкогинеколога А. И. Сереброва, рак шейки матки остается злободневной проблемой меди­цины, важной в социальном отношении, так как, вырыва­ет из общества, из семьи женщин в наиболее цветущем в смыс­ле физических и умственных сил возрасте. В связи с этим борьба с раком шейки матки, его ранняя ди­агностика и профилактика — важный раздел общегосударст­венной программы борьбы со злокачественными опухолями.

Несмотря на значительное снижение за последние десяти­летия в экономически развитых странах смертности от рака шейки матки, в общей структуре онкологических заболевании в России рак шейки матки находится на четвертом месте по­сле рака желудка, кожи и молочной железы.

РШМ – это заболевание, которое можно предупредить и выявить в начальной стадии. Для раннего распознавания РШМ не требуется принципиально новые методы, так как сочетание клинического, эндоскопического (кольпоскопия, кольпомикроскопия) и морфологического (цитологическое и гистологическое) исследований позволяет решить все диагностические проблемы.

Сравнительно недавно к случаям запоздалой диагностики относили только установление РШМ 4 стадии, а в последние годы – и 3 стадии. Однако обнаружение РШМ и 1в и во 2 стадиях уже нельзя признать своевременным. Дело в том, что при 1в стадии метастазы в регионарных лимфатических узлах таза определяются у 16-20% больных, при 2 – у 30-35%. Фактически эти больные к началу лечения имеют не 1 и 2, а 3 стадию. Отмечается следующая закономерность: 5- летние результаты лечения при каждой стадии равняются 100% минус частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы таза при данной стадии. ***Поэтому можно утверждать, что ранняя диагностика РШМ – это распознавание пре- или микроинвазивного рака (1а стадия, инвазия опухоли в строму не более 3 мм)***. Поскольку пре- и микроинвазивный РШМ не имеет патогномоничных клинических симптомов, он может быть своевременно установлен только при морфологическом (цитологическом, гистологическом) и эндоскопическом исследованиях. В связи с этим ошибки диагностики РШМ могут быть условно разделены на две категории: ошибки при клинически выраженных формах рака и ошибки при скрининге (т.е. при активном выявлении преклинических, начальных форм рака).

Структура заболеваемости раком основных локализаций в Красноярском крае за последние несколько лет значительной динамики не претерпела. Как и прежде на 1 месте – рак легкого (18,7%), на 2 – рак желудка (12,5%) и на 3 – рак молочной железы (9,4%). Заболеваемость РШМ на 100 тыс. населения в 1998 г. составила в нашем крае 15,8 %. Основной проблемой остается позднее выявление злокачественных новообразований в ЛПУ. Так, удельный вес запущенности РШМ составил в 1995 г – 40,5%, а в 1998 г- 40 %. Одногодичная летальность за 1998 год составила для РШМ 20,3 %.

В развивающихся странах рак шейки матки составляет 20—30% всех онкологических заболеваний. При этом отмечается относительно молодой возраст больных (более половины обследованных—женщины моложе 50 лет).

По данным ВОЗ, самые высокие цифры смертности от ра­ка шейки матки сохраняются в Латинской Америке: Мексике, Венесуэле, Бразилии.

Большое значение в распространенности этого заболевания в развивающихся страдах имеют социально-экономические факторы, особенности детородной функции, условия личной и половой гигиены, национально-этнические и географические условия.

**Эпидемиология.** Отмечают связь между ранним началом половой жизни, частой сменой половых партнеров и развитием предраковых и раковых поражений шейки матки.

**Заболеваемость.**

РШМ остается одной из основных причин смерти от болезней злокачественного роста, несмотря на снижение частоты этого заболевания за последние 30 лет на 50%.

Снижение летальности в развитых странах мира при РШМ обусловлено внедрением в диагностику дисплазии и внутриэпителиального рака метода исследования мазков по Папаниколау (Пап-мазок). В России и странах СНГ это мазок на АК (Папенгейму).

Инвазивный рак чаще возникает у больных в возрасте 45-55 лет в группе лиц с низким социальным статусом. Дисплазия ШМ –33 года, преинвазивный РШМ –37 лет, инвазивный РШМ – 57 лет (Я.В.Бохман,1989).

**Факторы риска.**

1. *Раннее начало половой жизни;*
2. *Большое количество сексуальных партнеров (промискуитет);*
3. *Первые роды в очень раннем возрасте;*
4. *Венерические заболевания в анамнезе;*
5. *Применение пероральных контрацептивов (признается не всеми авторами).Недавние исследования показали,что прием контрацептивов в течение периода, превышающего 5 лет, ассоциируется с умеренным повышением относительного риска (от 1,3 до 1,8).*

**Этиология.**

В последние годы установлена связь между возникновением РШМ и инфицированием женщин ***ВПЧ*** *и* ***ВПГ-2.***.

1) У женщин с дисплазией и инвазивным РШМ часто наблюдают латентное инфицирование ВПЧ. 2) У женщин, имеющих в анамнезе остроконечные кондиломы гениталий, чаще возникают дисплазия и инвазивный РШМ. 3) Существует взаимосвязь между ВПЧ типа 16,18,31,33 и 35 высокого онкогенного риска и тяжелой дисплазией и РШМ.

***ВПГ-2.***  1) У женщин с дисплазией шейки матки в Пап-мазке чаще выявляют признаки инфицирования ВПГ-2. 2) У женщин с РШМ часто бывает положительный титр АТ к ВПГ-2 и белкам вируса ВПГ-2. 3) ДНК и мРНК ВПГ-2 присутствуют в раковых клетках шейки матки.

Ряд факторов влияет на уровень заболеваемости женщин РШМ. Так, заболевание крайне редко встречается у девственниц. Отмечается очевидная связь между уровнем заболеваемости и ранним началом половой жизни. Заболевание встречается наиболее часто у женщин, имеющих половую связь со многими партнерами и у женщин, мужья которых имеют многочисленные внебрачные связи. Особенно высокий уровень заболеваемости РШМ имеет место у проституток. Существует очевидная связь между уровнем заболеваемости и социально-экономическими условиями, в которых находится женщины. Так, женщины из бедных семей гораздо более подвержены опасности возникновения опухоли. РШМ реже встречается у женщин, у которых во время полового акта применяются механические противозачаточные средства. Отмечается связь между повышением частоты РШМ и использованием оральных контрацептивов у интенсивно курящих женщин.

В сложной и разветвленной проблеме РШМ ключевое положение занимают 3 основных направления: 1) патогенетическое обоснование методов профилактики и ранней диагностики; 2) усовершенствование методов лечения дисплазии и преинвазивного рака; 3) повышение эффективности лечения инвазивного рака. Эти 3 направления должны привести к решению трудной, но реальной задачи – свести к минимуму заболеваемость и смертность от РШМ.

РШМ – первая злокачественная опухоль, возникновение инвазивных форм которой может быть предупреждено в ближайшие годы. Для этого не требуется новых открытий, так как применение испытанных методов морфологической и эндоскопической диагностики решает основные диагностические проблемы.

Симптоматика и клиника рака шейки матки во многом за­висят от характера роста опухоли. Различают следующие формы опухолей: 1) эндофитная; 2) экзофитная; 3) смешанная; 4) язвенно-инфильтративная. Наиболее характерным является эндофитный рост опухоли (52%), при котором шейка матки гипертрофируется, приобретает “бочкообразную” форму, становится плотной, малоподвижной. Поверхность опухоли обычно гладкая, слизистая влагалищной части шейки матки цианотичная или темно-багровая с выраженной сетью капилляров. Реже встречается экзофитная форма роста (32%), при которой имеются мелкососочковые разрастания на шейке мат­ки типа “цветной капусты”. Опухоль обычно кровоточит при дотрагивании (контактные кровотечения). Эта форма отли­чается ранней симптоматикой.

Смешанная форма (16%) характеризуется сочетанием инфильтративного роста с экзофитным (обычно в области цервикального канала). Язвенно-инфильтративная форма обычно является показателем запущенности процесса. Она характеризуется наличием некроза и рас­пада опухоли, при котором шейка матки частично или пол­ностью разрушается. В своде влагалища образуется язва с неровными краями, покрытая грязно-серым некротическим на­летом. Отделяемое язвы гнойно-кровянистое со специфическим неприятным запахом.

По гистологическому строению различают плоскоклеточный ороговевающий и неороговевающий рак шейки матки (94-95%), развивающийся из многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки, и первичную аденокарциному (5-6 %), растущую из эпителия цервикального канала. Реже встречается диморфный железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный) и низкодифференцированный РШМ. В ходе прогрессии опухоли степень дифференцировки снижается; в результате частота низкодифференцированного рака при III стадии вдвое больше, чем при I стадии. Отмечается тенденция к увеличению частоты лимфогенного метастазирования при железистом и низкодифференцированном раке по сравнению с плоскоклеточным.

**Пути распространения опухоли.**

Основными путями распространения РШМ являются стенки влагалища, тело матки, параметральная клетчатка с регионарными лимфатическими узлами, соседние органы: мочевой пузырь, прямая кишка. Реже встречаются отдаленные метастазы, связанные с распространением опухоли по кровеносным сосудам.

**Классификация рака шейки матки по стадиям**

( *Минздрав СССР, 1985 г.)*

**Стадия 0** — карцинома insitu, преинвазивный или внутриэпителиальный рак.

**Стадия I** — рак инфильтрирует соединительную строму шейки, но строго ограничен ее пределами

1а — опухоль, ограниченная шейкой матки с инвазией в строму не более 3 мм (диаметр опухоли не должен превышать 1 см) – микроинвазивный рак;

1b — опухоль ограниченная шейкой матки с инвазией более 3 мм.

**Стадия II**

IIа - рак инфильтрирует влагалище, не переходя на его нижнюю треть и/или распространяется на тело матки.

IIb - рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза.

**Стадия III**

IIIa - рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища и/или имеются метастазы в придатках матки; регионарные метастазы отсутствуют.

IIIb - рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза и/или имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах таза, и/или определяются гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленные стенозом мочеточника.

**Стадия IV**

IVa - рак прорастает мочевой пузырь и/или прямую кишку.

IVb - определяются отдаленные метастазы за пределами малого таза.

**Классификация Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO).**

***Стадия 0*** – карцинома insitu, преинвазивный, или внутриэпителиальный рак.

***Стадия 1*** – рак строго ограничен шейкой матки.

***Стадия 1а1*** – преклиническая карцинома шейки, диагностируется только минимальными микроскопическими проявлениями.

***Стадия 1а2*** – микроскопическое поражение может быть измерено и ограничено глубиной инвазии не более 5 мм и горизонтальным распространением не более 7 мм. Большие размеры определяют стадию 1в.

***Стадия 1в*** – поражение большего размера, чем при стадии 1а 2, обнаруживается клинически или микроскопически.

***Стадия 2*** – рак выходит за пределы шейки матки, но не распространяется на влагалище, за исключением его верхней трети.

***Стадия 2а*** – нет очевидного вовлечения параметрия.

***Стадия 2в –*** очевидное (явное) вовлечения параметрия.

***Стадия 3*** – рак распространяется на стенки таза; при ректальном исследовании нет свободного промежутка между опухолью и стенками таза; вовлекается нижняя часть влагалища; сюда же относятся случаи с гидронефрозом или нефункционирующей почкой, обусловленными опухолевым процессом.

***Стадия 3а –*** распространение на стенки таза.

***Стадия 3в –*** распространение на стенки таза и гидронефроз или нефункционирующая почка.

***Стадия 4 –*** рак распространяется за пределы малого таза или имеются клинические признаки вовлечения слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки.

***Стадия 4а –*** распространение по протяжению на соседние органы.

***Стадия 4в –*** отдаленные метастазы.

В 1966 г. Международным противораковым союзом была предложена и рекомендована для клинического использова­ния классификация **ТNМ**, по которой стадия заболевания оце­нивается по трем критериям:

1) **Т (tumог)**—степень распространенности первичной опухоли;

2) **N (nodes)** — состояние регионарных лимфатических узлов;

3) **М (metastases)** — наличие отдаленных метастазов.

***Международная классификация рака шейки матки по системе ТNМ (1985г.)***

**Т — первичная опухоль**

Т is — преинвазивный рак.

Т — рак, ограниченный шейкой матки.

Т1a1— микроинвазивная карцинома (инвазия до 3 мм).

Т1a2 – глубина инвазии до 5 мм, горизонтальное распространение до 7 мм.

Т1b — инвазивная карцинома.

Т2 — рак, распространяющийся за пределы шейки матки, но не достигающий стенок таза, и/или рак, инфильтрирующий влагалище, кроме его нижней трети, и/или рак переходящий на тело матки.

Т2а — рак, распространяющийся на влагалище или тело матки без инфильтрации параметральной клетчатки.

Т2b - рак, инфильтрирующий медиальные отделы параметральной клетчатки с вовлечением тела матки, влагалища или без такового.

Т3 — рак, инфильтрирующий параметральную клетчатку до стенки таза (отсутствует свободное пространство между опухолью и стенкой таза) и/или распространяющийся, на влагалище, включая нижнюю треть.

Т3а - рак распространяющийся на нижнюю треть влагалища без поражения параметральной клетчатки.

Т3b — рак, инфильтрирующий параметрий до стенки таза с распространением на влагалище или без него, и/или вызывает гидронефроз или отсутствие функции почки вследствие сдавления мочеточника опухолью.

T4 — рак, распространяющийся за пределы малого таза, а также прорастающий слизистую оболочку прямой кишки или мочевого пузыря (наличие буллезного отека недостаточно для отнесения опухоли к Т4).

**N — регионарные лимфатические узлы**

Nx — этот критерий используется тогда, когда оценка со­стояния лимфатических узлов с помощью клинических мето­дов невозможна. Гистологическое исследование удаленных при операции лимфатических узлов позволяет установить их метастатическое поражение (Nх+) или отсутствие такового (Nx-).

При проведении лимфоангиографии используются следую­щие критерии оценки состояния лимфатических узлов.

Nо — отсутствие рентгенологических признаков метастати­ческого поражения лимфатических узлов.

N1 — наличие рентгенологических признаков, указывают на вероятность метастазов в тазовых лимфатических уз­лах.

N2 — выявление при пальпации плотных конгломератов лимфатических узлов у стенки таза и свободного пространства между ним и первичной опухолью.

**М — отдаленные метастазы**

Мо — нет признаков отдаленных метастазов.

М1 — имеются отдаленные метастазы вне малого таза.

В каждом конкретном клиническом наблюдении символы **Т**, **N** и **М** группируются вместе, причем можно провести следующую аналогию с клинической классификацией по стадиям.

**Стадия 0 - Tis**

**Стадия Ia – T1aN0M0**

**Стадия Ib – T1bN0M0**

**Стадия IIa – T2aN0M0**

**Стадия IIb – T2bN0M0**

**Стадия III – T3N0M0; T1-3N1M0;T1-3N2M0.**

**Стадия IV – T4 и/или M1 при любых значениях символов T и N.**

**Общие правила определения стадий:**

1. При установлении стадии должны приниматься во внимание только факты, выявленные при объективном обследовании.
2. При сомнении, к какой стадии отнести случай, следует устанавливать более раннюю стадию.
3. Наличие двух или более условий, характеризующих стадию, не должно влиять на установление стадии.
4. Стадирование РШМ рекомендуется проводить дважды: до начала терапии с целью ее планирования и, в случаях хирургического лечения,- после получения результата окончательного гистологического исследования. Повторное уточнение стадии необходимо для постановки прогноза, определения группы инвалидности и построения корректной программы реабилитации.

**СИМПТОМАТОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

***Симптоматика рака шейки матки существенно зависит от формы роста опухоли (эндофитная, экзофитная, смешанная, язвенно-инфильтративная), стадии и варианта распростране­ния заболевания (параметральный, влагалищный, маточный, метастатический).***

Классическая триада (**бели, кровотечение и боли**) появ­ляется при далеко зашедшем процессе и не может служить синдромом ранней диагностики рака шейки матки.

Наличие водянистых **белей** связано с лимфорреей из участ­ков опухоли, подвергающейся некрозу и распаду. Позже выделения приобретают характерный вид “мясных помоев” с рез­ким гнилостным запахом, появляется примесь гноя. Кровоте­чение является наиболее частым признаком рака шейки матки. Особенно характерны контактные **кровотечения**, возникающиё при половом сношении, дефекации, подъеме тяжестей или при гинекологическом исследовании. При распаде опухо­ли кровотечения носят характер беспорядочных, многократно повторяющихся выделений, усиливающихся перед и после менструаций.

**Боли** при раке шейки матки чаще всего возникают вслед­ствие сдавления опухолевым инфильтратом нервных стволов и не зависят от положения тела и поведения больной. Они локализуются преимущественно внизу живота и пояснично-крестцовой области. Боли могут появляться и в начальной стадии заболевания. В этом случае они чаще всего связаны с присоединением инфекции (эндомиометрит) или развитием опухоли в цервикальном канале. В последнем случае боли не­редко носят схваткообразный характер.

При поражении параметральной клетчатки и регионарных лимфатических узлов возникают резкие, “*грызущие*” боли, особенно в ночное время. Эти боли локализуются обычно в пояснице и иррадиируют в нижние конечности.

*При экзофитном росте опухоли раньше появляются бели и контактные кровотечения, для эндофитной формы характерны внезапные кровотечения, иногда довольно обильные, и боле­вой синдром.*

При значительной величине опухоли нередко появляются симптомы со стороны соседних с маткой органов: **дизурические расстройства или нарушения дефекации.** Опухоль может прорастать в мочевой пузырь или прямую кишку, что приводит к образованию пузырно- или прямокишечно-влагалищного свища. При росте опухоли может возникать сдавление мочеточников с нарастанием явлений почечной недостаточности.

Следует еще раз подчеркнуть, что все описанные симптомы характерны для далеко зашедшего процесса. На ранней стадии рак шейки матки протекает практически бессимптомно или с незначительными проявлениями, которые не всегда заставляют больную обращаться к врачу.

Однако ранняя диагностика рака шейки матки вполне возможна в первую очередь благодаря доступности шейки матки для осмотра и других методов исследования.

**ДИАГНОСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Идея широкого проведения профилактических осмотров для раннего выявления рака шейки матки впервые была вы­сказана выдающимся русским акушером-гинекологом В. Ф. Снегиревым еще в 1914 г.

Диагностика рака шейки матки при развитом процессе не представляет трудности: наличие характерных жалоб боль­ных на бели, кровяные выделения и боли, осмотр шейки матки при помощи зеркал, биопсия подозрительного участка и по­следующее гистологическое исследование во всех случаях позволяют поставить правильный диагноз.

При осмотре шейки матки с помощью зеркал рекомендует­ся проведение пробы Хробака (надавливание на пораженный участок шейки пуговчатым зондом), что позволяет отличить опухолевую инфильтрацию шейки матки от воспалительной.

При эндофитной форме рака шейки матки зонд легко проникает через хрупкую опухолевую ткань, при наличии изменении воспалительного характера этого не происходит.

Применяется также проба Шиллера. Которая заключается в обработке поверхности шейки матки 2—3% раствором Люголя. Нормальный эпителий шейки матки (многослойный плоский неороговевающий) окрашивается при этом в темно-бурый цвет за счет наличия большого количества гликогена. Участки, пораженные раковой опухолью, вследствие бедности гликогеном остаются неокрашенными.

При бимануальном исследовании больной раком шейки матки отмечается увеличение плотности шейки матки, ограничение ее подвижности.

Значительное распространение процесса обусловливает наличие выраженной гипертрофии шейки матки и инфильтрации стенок влагалища (влагалищный вариант), увеличение тела матки (маточный вариант), опухолевидное образование в параметральной клетчатке (параметральный вариант).

Более точное представление о распространенности процес­са обычно удается получить при ректовагинальном исследовании больной.

Диагностика ранней стадии развития рака шейки матки возможна при тщательном обследовании больной и примене­нии дополнительных методов исследования, особое значение среди которых имеют цитология и кольпоскопия.

В анамнезе больной раком шейки матки часто можно най­ти указания на воспалительные заболевания внутренних поло­вых органов, наличие рецидивирующей псевдоэрозии шейки матки, полипы шейки матки.

Необходимо обращать внимание на количество родов и абортов, характер половой жизни.

Известно, что рак шейки матки чаще встречается у рожавших и имеющих в анамнезе аборты женщин.

При расспросе необходимо уточнить особенности менструальной и секреторной функций.

Ведущая роль в ранней диагностике рака шейки матки принадлежит кольпоскопии и цитологическому исследованию.

*Кольпоскопия—*осмотр влагалищной части шейки матки с помощью специального оптического прибора, дающего много­кратное увеличение.

При осмотре обращают внимание на форму шейки матки, наличие ее деформации, состояние эпителия, сосудов шейки матки.

Специальная обработка позволяет уточнить характер из­менений шейки матки. Ватным или марлевым тампоном про­изводят обработку влагалищной части шейки матки 3% ук­сусной кислотой и 2% водным раствором Люголя. Обработка уксусной кислотой позволяет выявить участки эктопии эпи­телия цервикального канала и определить реакцию сосудов шейки матки (при опухолевом процессе сосуды чаще всего расширены, штопорообразно извиты и не суживаются под действием уксусной кислоты). Раствор Люголя окрашивает многослойный плоский неороговевающий эпителий влагалищной части шейки матки в бурый цвет. Не окрашиваются участки, пораженные опухолью, а также эпителий с процессами оро­говения. Из подозрительных участков прицельно берется ткань для гистологического исследования.

Для *цитологического исследования* берутся мазки из подозрительных участков влагалищной части шейки матки, церви­кального канала и заднего свода влагалища. Мазки берутся с помощью ватных тампончиков, наносятся на предметное стекло, сушатся и окрашиваются по определенной методике (по Папаниколау или гематоксилин-эозином). Исследование мазков под микроскопом позволяет выявить атипические ра­ковые клетки.

Для установления диагноза рака шейки матки использу­ется также (наряду с биопсией шейки матки) выскабливание слизистой цервикального канала с гистологическим исследованием соскоба.

При установленном диагнозе рака шейки матки для выбо­ра метода лечения необходимым является определение степе­ни распространенности процесса. В связи с этим большое значение приобретает комплексное обследование, включающее наряду с клиническими, инструментальными и морфологиче­скими такие методы, как рентгеноконтрастная и непрямая ра­диоизотопная лимфография, чрезкостная флебография, артериография и др.

Одним из методов прижизненной диагностики метастазов рака шейки матки является прямая рентгеноконтрастная лимфография.

Рентгеноконтрастная флебография является методом кос­венной диагностики лимфогенного распространения рака шей­ки матки, артериография дает возможность уточнить степень поражения тазовой клетчатки и оценить, таким образом, ста­дию опухолевого процесса.

Дополнительно производится урологическое обследование: цистоскопия и рентгеноконтрастное исследование устанавливаюшее, состояние мочевыделительной системы (возможность сдавления мочеточника растущей опухолью). Проводится также RRS для установления состояния прямой кишки.

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Лечение больных раком шейки матки в настоящее время развивается в трех основных направлениях:

1) сочетанная лучевая терапия;

2) комбинированное лечение (лучевая терапия и хирурги­ческое лечение);

3) только хирургическое лечение.

Выбор метода лечения определяется стадией рака шейки матки, зависит от общего состояния больной и сопутствующих заболеваний.

**Хирургическое лечение** как самостоятельный метод лече­ния больных раком шейки матки является целесообразным при лечении больных ранними формами рака шейки матки. При 0 стадии (ТisN0М0) производят щадящую операцию — конизацию шейки матки электрохирургическим или ножевым способом. В результате такой небольшой по объему операции наступает клиническое излечение 99% больных. У больных старше 50 лет, имеющих миомы матки, опуще­ние и выпадение матки, при отсутствии анатомических усло­вий для производства конизации осуществляется экстирпация матки. У больных репродуктивного возраста с неизменными яичниками производят экстирпацию матки без придатков.

При микроинвазивном раке Т1а1(инвазия до 1 мм) у женщин до 50 лет возможна конизация шейки матки, а при Т1а2 (инвазия 2-3 мм) экстирпация матки с оставлением яичников у женщин репродуктивного возраста (до 45 лет).(Я.В.Бохман, 1989).

При Т1b и Т2а операция Вертгейма показана в следующих случаях: 1).молодой и средний возраст больной (до 50 лет); 2). сочетание с беременностью; 3). Сочетание с миомой матки и воспалительными процессами или опухолями в придатках; 4). Резистентность опухоли к облучению, выявляемая в процессе лучевой терапии, особенно в случаях раздутой “бочкобразной” шейки вследствие инфильтрации; 5). лимфографические признаки метастазов в регионарных узлах таза.

При больших экзофитных опухолях (Т1b) и во всех случаях Т2а предпочтительна предоперационная внутриполостная гамма-терапия в суммарной дозе 40-50 Гр.

Послеоперационное дистанционное облучение показано во всех наблюдениях с метастазами в удаленных лимфатических узлах, а также при глубокой инвазии опухоли (более 1 см).

Для больных раком шейки матки Т2b стадии и для всех больных в Т3 стадии заболевания сочетанная луче­вая терапия в полном обьеме — единственно возможный метод лечения, которое может быть дополнено экстраперитонеальной подвздошной лимфаденэктомией при убедительных позитивных лимфографических данных.

4 стадия заболевания является показанием к паллиативной лучевой терапии, назначению противоопухолевых препаратов или симптоматической терапии.

**Сочетанная лучевая терапия** — применение дистанционного облучения в сочетании с внутриполостной гамма-терапией.

Лучевую терапию применяют при всех стадиях РШМ, но преимущественно при II и особенно III.

Для внутриполостной радиационной терапии используются специальные источники излучения, гинекологические эндостаты (трубки различной формы и величины для введения во вла­галище, цервикальный канал, полость матки, содержащие ра­диоактивные элементы - 60Со; 137Сs; 226Rа; 192Iг).

Для дистанционной лучевой терапии применяют гамма- терапевтические установки, бетатроны и линейные ускори­тели.

*Противопоказания к лучевому лечению больных РШМ:* воспалительные процессы в виде осумкованного пиосальпинкса, эндометрита, параметрита; отдаленные метастазы, прорастание смежных с шейкой матки полостных органов и костей таза; острый нефрит, пиелит, хронические воспалительные заболевания мочевого пузыря и прямой кишки с частыми обострениями и изменениями их слизистой оболочки; атрезия, стеноз влагалища или пороки развития наружных половых органов, не позволяющие провести внутривлагалищное облучение; опухоли яичников, миомы матки или беременность, сопутствующие РШМ.

Основным направлением в дистанционной лучевой тера­пии больных раком шейки матки является выбор оптималь­ного объема облучения и определение его зон таким образом, чтобы создать наибольшую концентрацию в месте поражения, минимально травмируя здоровые ткани. Производится облучение первичного очага (шейка матки, тело, влагалище) путей распространения опухоли (лимфатические узлы таза).

Лучевая терапия РШМ чаще всего используется как радикальный метод. В качестве паллиативной терапии она применяется с целью затормозить рост опухоли, когда облучение по полной программе не осуществимо (тяжелые сопутствующие заболевания, большое местное распространение опухоли). Как симптоматическое средство оно нередко снимает болевой синдром и останавливает кровотечение.

Сочетанная терапия рака шейки матки, проводимая по современным методам, существенно снизила процент ранних (поздних лучевых осложнений со стороны кишечника (лучевые ректосигмоидиты, колиты), мочевыделительной системы (циститы, стриктуры мочеточников после лучевой терапии).

Редкими осложнениями являются кишечно- и пузырно-влагалищные свищи.

Применение поэтапной радиационной терапиии значительно уменьшило частоту и степень выраженности поражения кожи и подкожно-жировой клетчатки.

**Комбинированный метод лечения** заключается в использовании лучевой терапии в пред- или послеоперационном периоде. Обычно такой метод бывает приемлемым при I—II стадиях процесса. В результате предоперационного облучения иногда удается добиться уменьшения размеров опухоли. Предоперационная лучевая терапия хорошо переносится больными, приводит к уменьшению числа послеоперационных осложнений, позволяет сократить сроки лечения и в целом дает возможность рассматривать данный метод лечения как весьма перспективный в начальных стадиях заболевания.

**Химиотерапия.** Поскольку основными методами лечения РШМ являются хирургический и лучевой, роль химиотерапии при данной локализации изучена менее полно. Она применяется в основном при 3 и 4 стадиях, рецидивах после операции и лучевой терапии и у больных с метастазами в тазовые и периаортальные л\узлы, имеющих малые шансы на излечение стандартными методами. Кроме того, химиотерапия может играть роль сенсибилизатора при использовании в комбинации с лучевой терапией. С этой целью чаще используют цисплатин (эффективность – 40%).

В последние годы изучаются новые возможности химиотерапии, в том числе внутриаортальная химиотерапия через катетер, введенный по Сельдингеру во внутреннюю подвздошную артерию или во внутреннюю подчревную артерию. При регионарной инфузионной химиотерапии используют фторурацил и цисплатин; цисплатин, метотрексат и блеомицин; митомицин С, блеомицин и винкристин.

Одним из основных направлений РШМ является применение ее в качестве неоадьювантной (до операции и лучевой терапии). Теоретическими предпосылками к этому являются лучшая доставка лекарств к опухоли сосудами, неповрежденными вследствие лучевой терапии и операции; возможность уменьшения опухоли с целью большей эффективности последующих методов лечения; вероятность патоморфологической оценки эффекта и эрадикация микрометастазов.

С целью неоадьювантной терапии может быть использована как монохимиотерапия (цисплатин, ифосфамид), так и полихимиотерапия (цисплатин и фторурацил).

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 90-Х ГГ.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) нет верного ответа

5. ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

а) в поверхностном слое

б) только атипию в некоторых клетках

в) только в отдельных участках пласта эпителия

г) во всей толще эпителия

д) нет верного ответа

6. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) отсутствия инвазии в подлежащую строму

б) сохранения базальной мембраны

в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия

г) очагового проникновения группы клеток в строму

д) нет верного ответа

7. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ НАЗЫВАЮТ "КОМПЕНСИРОВАННЫМ" В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ОН ИМЕЕТ

а) малую стромальную инвазию

б) низкую потенцию к метастазированию

в) раковые эмболы в лимфатических щелях

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

8. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ПО СВОЕМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ СХОДЕН

а) с тяжелой дисплазией

б) с внутриэпителиальным раком

в) с инвазивным раком

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

9. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция

г) электроконизация

д) все верно

10. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН 50 ЛЕТ И СТАРШЕ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВОДИТЬ

а) экстирпацию матки с придатками

б) экстирпацию матки без придатков

в) криодеструкцию

г) электроконизацию

д) радиоволновой метод

**Ситуационные задачи по теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

**Задача №1**

Женщина 58 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 10 лет. Беременностей не было. АД 170/110. Вес – 93кг. Рост – 160см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован. Тело матки не увеличено, обычной консистенции, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий не инфильтрирован. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Прогноз?

**Задача №2**

Женщина 48 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 2 года. Беременностей 10: Криминальный аборт- 3, с/в -7, Р-0. АД 170/110. Вес – 103кг. Рост – 160см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован с кратерообразым углублением. Ткани с некрозом и фибрильным налетом . Тело матки не увеличено, обычной консистенции, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий инфильтрирован до стенок таза. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Задача №3**

Женщина 54 года обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 6 лет. Беременностей 8: Криминальный аборт- 3, с/в -2, Р-3. АД 170/110. Вес – 100кг. Рост – 161см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован с кратерообразым углублением. Ткани с некрозом и фибринным налетом . Тело матки незначительно увеличено, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий инфильтрирован не доходя до стенок таза с ихорозным запахом. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Профилактика.

**Задача №4**

Больной 54 лет с посткоитальными кровотечениями произведена при-цельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного среднедифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.

* 1. Поставьте диагноз?
  2. Ваша тактика?
  3. Определите стадию заболевания?
  4. Определите тактику для данной больной?
  5. Наиболее неблагоприятный прогноз бывает в следующем случае?

**Задача №5**

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?
4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?
5. Лечение рака шейки матки включает?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

1. Классификация патологических процессов эндометрия. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия, рак эндометрия.
2. Классификация аденокарцином (ВОЗ) в зависимости от степени гистологической дифференцировки.
3. Рак эндометрия. Эпидемиология и факторы риска. Патогенетические варианты.
4. Заболеваемость и смертность. Прогноз. Возрастные особенности.
5. Особенности клинического течения и метастазирование рака эндометрия.
6. Клиника и диагностика рака эндометрия.
7. Современные подходы к лечению рака тела матки.
8. Планирование лечения и прогноз рака эндометрия.
9. Классификацию рака тела матки по стадиям.
10. Консервативное лечение атипической гиперплазии и начального рака эндометрия
11. Самостоятельная гормонотерапия рака тела матки.

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

1.ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

а) метаболический синдром

б) гипертоническая болезнь

в) сахарный диабет

г) хроническая ановуляция на фоне гиперэстрогении

д) верно все перечисленное  
2.В ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ ВЫШЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ:

а) рака шейки матки

б) рака эндометрия

в) злокачественных опухолей яичника

г) рака вульвы

д) нет верного ответа

3.ДЛЯ ПЕРВОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО:

а) метаболические и обменно-эндокринные нарушения

б) выраженные нарушения овуляции

в) гиперпластические процессы эндометрия

г) чувствительность к прогестагенам

д) верно все перечисленное

4.НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ:

а) дно матки

б) углы матки

в) нижне-задний отдел с переходом на эндоцервикс

г) передняя стенка матки

д) все верно

5.ОСНОВНОЙ СИМПТОМ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПРИ НЕЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЯХ:

а) болевой

б) патологические бели

в) метроррагия

г) нарушение функции соседних органов

д) нет верного ответа

6.УЗ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) М-эхо во II фазу >15 мм

б) неоднородность структуры, эхопозитивные сигналы

в) наличие жидкости в позадиматочном пространстве

г) увеличение размеров матки

д) верно а) и б)

7.СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) цитология аспирата

б) УЗ-сканирование

в) опухолевые маркеры

г) биопсия эндометрия

д) нет верного ответа

8.ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ:

а) железисто-кистозная гиперплазия

б) атипическая гиперплазия

в) полипы эндометрия

г) атрофический эндометрий

д) все верно

9.ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

а) аспирации эндометрия с последующим цитологическим

исследованием

б) гистероскопии, биопсии эндометрия с последующим

гистологическим исследованием

в) гистеросальпингографии

г) лапароскопии.

д) нет верного ответа

10.СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН:

а) субтотальная гистерэктомия

б) тотальная гистерэктомия

в) расширенная эктирпация матки по Вертгейму

г)гистерорезектоскопия: резекция эндометрия в сочетании с аблацией

эндометрия

д) все верно

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

**Задача №1**

Больная 58 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей в течение 3-х недель, к врачу не обращалась. Постменопауза 6 лет. В анамнезе 1 родов, абортов не было, гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Общее состояние удовлетворительное, вес 96 кг, рост 160см. Бимануально: матка несколько увеличена, область придатков свободна, пальпация безболезненна. Шейка при осмотре визуально не изменена. Выделения из матки кровяные, умеренные. При УЗ сканировании: срединное М-эхо 19 мм, неоднородной структуры, на границе с миометрием - выраженная зона разряжения эхоструктуры.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечение?
4. Факторы риска?
5. Профилактика?

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д»-учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Задача №3**

В ж/к обратилась пациентка 42 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, учащенное мочеиспускание малыми порциями. Из анамнеза: месячные регулярные, через 30-32 дня, по 5 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся срочными родами. Контрацепция – фарматекс. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, у гинеколога на проф. осмотре последний раз была 3 года назад. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки рубцоводеформирована старыми невосстановленными акушерскими разрывами, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 6-7 недель беременности, по передней стенке матки близко к ее перешейку определяется плотное опухолевидное образование с четкими контурами до 6 см в диаметре, безболезненное. При смешении тела матки образование смещается вместе с маткой. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Задача №4**

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь регулярно, без контрацепции. При осмотре: АД 150/100 мм рт.ст., PS 68 в 1 мин, ИМТ = 34. При влагалищном исследовании: Шейка матки не эрозирована, феномен «зрачка» (+ +). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д» учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?

3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**1. Занятие № 30**

**Тема: «Рак эндометрия. Диагностика. Особенности клинического течения и современные методы лечения».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3. Значение изучения темы** (актуальность изучаемой проблемы).

В связи с ростом заболеваемости раком тела матки в индустриальных странах, в том числе и в России актуальность этой проблемы растет. Рак эндометрия – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований ЖПО; составляет 9% всех раковых опухолей женщин. Заболеваемость РЭ неуклонно увеличивается и составляет примерно 19- 22 на 100 тыс. женщин в год. В структуре онкогинекологической заболеваемости. В России и США он занимает сейчас первое место. Ежегодно только в США смертность от РЭ составляет около 3 тыс., а выявляется он примерно в 34 тыс. новых случаев.

**4. Цели обучения:**

**- общая**: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Злокачественные заболевания матки (клинику, диагностику, лечение)

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-оценивать результаты гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки;

-проводить диагностику заболеваний эндометрия

-Интерпретировать результаты УЗИ матки

-Интерпретировать результаты ГСГ

-Определять показания для РДВПМ

-Определять показания для гормонотерапии

Обучающийся должен владеть:

-раздельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки тела и шейки матки. Гистероскопией;

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией эндометрия

-аспират полости матки

-методами консервативного лечение доброкачественных гиперпластических процессов и предрака

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

1. Классификация патологических процессов эндометрия. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия, рак эндометрия.
2. Классификация аденокарцином (ВОЗ) в зависимости от степени гистологической дифференцировки.
3. Рак эндометрия. Эпидемиология и факторы риска. Патогенетические варианты.
4. Заболеваемость и смертность. Прогноз. Возрастные особенности.
5. Особенности клинического течения и метастазирование рака эндометрия.
6. Клиника и диагностика рака эндометрия.
7. Современные подходы к лечению рака тела матки.
8. Планирование лечения и прогноз рака эндометрия.
9. Классификацию рака тела матки по стадиям.
10. Консервативное лечение атипической гиперплазии и начального рака эндометрия
11. Самостоятельная гормонотерапия рака тела матки.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

**Эпидемиология. *Заболеваемость.***Рак эндометрия – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований ЖПО; составляет 9% всех раковых опухолей женщин. Заболеваемость РЭ неуклонно увеличивается и составляет примерно 72 на 100 тыс. женщин в год (Х.Фредериксон, 1997). В структуре онкогинекологической заболеваемости он занимает сейчас второе место после РШМ, на третьем месте РЯ. Ежегодно только в США смертность от РЭ составляет около 3 тыс., а выявляется он примерно в 34 тыс. новых случаев. Возрастание заболеваемости РЭ связано с увеличением продолжительности жизни в ряде стран. Средний возраст больных с РЭ составляет 59,2 года.

***Факторы риска.***  Кроме увеличения продолжительности жизни среди причин возрастания частоты заболевания РЭ можно назвать следующие:

1. Возрастание частоты эндокринных заболеваний (ожирение). Так у женщин с массой, превышающей норму на 10-25 кг, риск развития рака эндометрия в 3 раза больше, чем при нормальной массе тела. У женщин, чья масса превышает норму более чем на 25 кг, риск развития заболевания в 9 раз больше.
2. Хроническая ановуляция или поликистоз яичников. Повышенный риск у больных с хронической ановуляцией связывают с несбалансированной стимуляцией эндометрия эстрогенами.
3. Гранулезоклеточные опухоли яичников. Гормонально активные опухоли яичников, секретирующие эстрогены, в 25% случаев сопровождаются РЭ.
4. Экзогенные эстрогены. Между пероральным применением эстрогенов и РЭ существует значительная кореляция, если терапию эстрогенами проводить без дополнительного назначения прогестерона.

***Пути распространения.***

1. Вниз из полости матки на цервикальный канал, что может привести к стенозу и пиометре.
2. Сквозь миометрий на серозную оболочку и в брюшную полость.
3. Через просвет фаллопиевых труб к яичнику.
4. Гематогенный путь, приводящий к отдаленным метастазам.
5. Лимфогенный путь.

***Патогенетические варианты.***

В результате комплексных исследований была выдвинута и обоснована концепция о двух патогенетических вариантах гиперпластических процессов и рака тела матки Я.В.Бохман, 1985).

**1 (гормонозависимый) патогенетический вариант** (1-ПГВ) наблюдается у 60-70% больных с атипической гиперплазией и РЭ и характеризуется многообразием и глубиной проявлений хронической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена. Клинический симптомокомплекс проявляется в ановуляторных маточных кровотечениях, бесплодии, позднем наступлении менопаузы (после 50 лет), сопровождается гиперплазией текаткани яичников в сочетании с феминизирующими опухолями яичников и синдромом Штейна-Левенталя, гиперпластическими процессами в эндометрии, окружающем полипы, очаги атипической гиперплазии или рака, миомой матки, аденомиозом. Обменные нарушения сводятся к ожирению, сахарному диабету(СД), гиперлипидемии. Гипертоническая болезнь сочетается с ожирением и\или СД. Т-система иммунитета без существенных изменений. Наблюдается эстрогенный тип кольпоскопической реакции в постменопаузе.

**2 (автономный) патогенетический вариант** (2-ПГВ) отмечается у 30-40% больных. Указанные выше эндокринно-обменные нарушения (ЭОН) выражены нечетко или вообще отсутствуют. Для этих больных характерно сочетание фиброза стромы яичников и атрофии эндометрия, на фоне которого возникают полипы, атипическая гиперплазия и рак. Менструальная и детородная функции обычно не нарушены. Время наступления менопаузы, как правило, до 50 лет. Состояние эндометрия – без особенностей. Ожирения, СД и гиперлипидемии нет. Гипертоническая болезнь отсутствует или не сочетается с ожирением и СД. Для Т-системы иммунитета характерна иммунодепрессия.

Для того чтобы отнести каждое конкретное наблюдение к 1-ПГВ, необходимы 2 условия: соответствие более чем половине его признаков и сочетание симптомов гиперэстрогении с обменными нарушениями.

Примечательна четкая корреляция между вариантом и степенью дифференцировки аденокарциномы. 1-ПГВ отмечается у 4 из 5 больных с 1 и 2 степенью дифференцировки (81,6%) и только 38,8% больных – при 3 и 4 степени дифференцировки. При 2-ПГВ не имеют выраженных ЭОН 63,2% больных с низкодифференцированным РЭ.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ**

Патологические состояния эндометрия, имеющие значение для онкологической клиники, классифицируются следующим образом (Я.В. Бохман 1985)

1. **Фоновые процессы:** железистая и железисто-кистозная гиперплазия, эндометриальные полипы.
2. **Предраковое заболевание:** атипическая гиперплазия эндометрия в любом возрасте; атипические полипы; ЖГЭ резистентная к гормонотерапии; ЖГЭ в сочетании с нейроэндокринным синдромом; рецидивирующая ЖГЭ, особенно в пре- и постменопаузе.
3. **Рак:** аденокарцинома; аденоакантома (аденоакантокарцинома), светлоклеточная мезонефроидная аденокарцинома, железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный) рак, недифференцированный рак.

Согласно классификации ВОЗ, аденокарциномы эндометрия в зависимости от степени гистологической дифференцировки делят на высокодифференцированные (G1), умереннодифференцированные, в том железисто-солидный рак (G2), и низкодифференцированные (G3). Учитывая существенные различия клинического течения и гормоночувствительности умереннодифференцированного и железисто-солидного рака, Я.В.Бохман рекомендует разделять аденокарциному эндометрия в соответствии с четырьмя степенями дифференцировки: высокодифференцированная, умереннодифференцированная, железисто-солидная и низко-дифференцированная.

**Классификация по стадиям РТМ**

**О стадия** – преинвазивная карцинома (син. атипическая ГЭ)

**Стадия I**—опухоль ограничена телом матки, регионарные метастазы не определяются.

**1а стадия**- опухоль ограничена эндометрием

**1б стадия**- инвазия в миометрий до 1 см.

**1в стадия**- инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.

**Стадия II** - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.

**Стадия III** – опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.

**3 а стадия** – опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки и\или имеются метастазы в придатках матки и\или в регионарных лимфатических узлах таза.

**3 б стадия** – опухоль инфильтрирует клетчатку таза и\или имеются метастазы во влагалище.

**Стадия IV** – опухоль распространяется за пределы малого таза и\или имеется прорастание мочевого пузыря и\или прямой кишки.

**4 а стадия** – опухоль прорастает мочевой пузырь и\или прямую кишку.

**4 б стадия** - опухоль любой степени местного и регионарного распространения с определяемыми метастазами.

**Классификация рака тела матки по системе TNM (2002 г.)**

**T**- *первичная опухоль.*

**Tis**– преинвазивный (внутриэпителиальный) рак.

**Т0** – первичная опухоль не определяется (полностью удалена при кюретаже)

**T1** - карцинома ограничена телом матки.

**T1a**- полость матки до 8 см.

**T1b**- полость матки более 8 см.

**T2** - карцинома распространяется на шейку матки, но не за пределы матки.

**T3** - карцинома выходит за пределы матки, включая влагалище, но остается пределах малого таза.

**Т4** — карцинома распространяется за пределы малого таза и\или поражает слизистую оболочку мочевого пузыря и\или прямой кишки.

**N**- *регионарные лимфатические узлы таза.*

**Nо** – метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.

**N 1** - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах таза

**Nх** – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

**М** — *отдаленные метастазы*.

**М0** — нет данных об отдаленных метастазах.

**М1** — имеются отдаленные метастазы, включая поражение паховых лимфоузлов.

С 1985г. используется классификация рака тела матки, предложенная Международной федерацией акушеров и гине­кологов **(FIGО)**.

Согласно классификации **FIGO**, рак тела матки имеет пять стадий распространения (от 0 до IV).

**Стадия 0** – внутриэпителиальный рак (АГЭ).

**Стадия I** — опухоль ограничена телом матки;

**1а** — длина полости матки не превышает 8 см;

**1b** — длина полости матки превышает 8 см.

**Стадия II**—опухоль распространяется на тело и шейку матки, но не за пределы матки.

**Стадия III**—распространение опухоли за пределы матки (на параметральную клетчатку или метастазы во влагалище), но не за пределы малого таза.

**Стадия IV** — распространение процесса за пределы мало­го таза, и\или прорастание мочевого пузыря и прямой кишки, и\или наличие отдаленных метастазов.

**G** – *гистопатологические градации:*

**G1**— высокодифференцированный железистый рак;

**G2** — умеренно дифференцированный железистый рак;

**G3**— преобладание структуры солидного строения или полностью недифференцированный рак.

Степень дифференцировки опухоли (G1, G2, G3) указывается не только при 1-ой, но и 2-4 стадиях, так как имеет большое значение для планирования гормонотерапии. Разделение 1 стадии на подгруппы проводится в соответствии не с длиной полости (часто зависящей от сопутствующей миомы), а измеренной после операции глубины инвазии опухоли в миометрий.

Классификация FIGО наиболее полно отражает различ­ные варианты распространения ракового процесса и успеш­но применяется онкогинекологами во всем мире.

В каждом клиническом наблюдении символы Т, N и М группируют, что позволяет провести следующую аналогию с клинико-анатомической классификацией по стадиям:

Стадия 0 – Тis

Стадия I - T1N0M0

Стадия II - T2N0M0

Стадия III – T3N0M0; T1 – 3N1M0

Стадия IV - T4 и/или M1 при любых значениях символов T и N.

**Клиника рака тела матки**

Ранним проявлением заболевания являются патологические бели гноевидного или кровянистого характера. Кровяные выделения из по­ловых путей по интенсивности бывают:

а) в виде мажущих выделений;

б) иногда в виде серозно-кровяных выделений;

в) иногда обильные.

По характеру кровяные выделения бывают в виде меноррагии, метроррагии или кровотечения в менопаузе. Как правило, имеют контактный характер или появляются после физической нагрузки.

Третий основной симптом - боли, которые в ранних стадиях носят схваткообразный характер, что связано с сокращениями миометрия и опорожнением матки от скопившейся в ней крови или гноевидной жидкости (гематометра, пиометра), отток которой в результате обтурации внутреннего зева шейки матки затруднены. После таких схваткообразных болей появляются патологические выделения из матки - гной и кровь.

При поздних стадиях боли постоянные, особенно интенсивны по ночам, связаны со сдавлением раковым инфильтратом нервных сплете­ний в малом тазу.

При переходе процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появ­ляются симптомы нарушения функции этих органов.

При бимануальном исследовании матка несколько увеличена, ок­руглой формы, слегка болезненна, ограниченно подвижна.

Распространение рака тела матки происходит по трем путям: лимфогенному, гематогенному и имплантационному.

**Диагностика рака тела матки**

При общем осмотре больной обращают внимание на рост, массу, АД, сахар крови, состояние паховых лимфатических узлов. При гинекологическом исследовании с помощью зеркал обращают внимание на состояние слизистой влагалища и шейки матки, так как процесс про­текает на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении, что обу­словливает наличие у пожилой женщины складчатой сочной слизистой. При бимануальном исследований матка плотная, увеличена. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование дополняется ректальным для определения наличия в параметрии инфильтратов. Для ранней диагно­стики рака тела матки большое значение имеет цитологическое иссле­дование аспирата из полости матки, проводимое у больных группы по­вышенного риска в амбулаторных условиях. Высокоинформативным мето­дом диагностики является радиоизотопное исследование с помощью Р32, которое также можно проводить амбулаторно. В основе метода лежит накопление Р32 в измененных тканях. Р32  применяется внутрь из расчета 2-3 мк КИ на 1 кг массыбольной в 20 -30 мл 5% раствора глюкозы (через 24-72 часа производится радиометрия).

Накопление Р32 при раке тела матки составляет 365 мк, при доброкачественных опухолях – 180 мк. Радиометрия в сочетании с цитологическим иссле­дованием позволяет диагностировать рак в 96-97% случаев. Наиболее ценным методом диагностики является гистероскопия, при которой уточняется локализация патологического очага и его распространенность в эндометрии. Окончательно подтверждается диагноз при раздельном диагностическом выскабливании с последующим гистологическим исследованием соскоба.

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ**

Для лечения больных раком тела матки в настоящее вре­мя применяются различные методы: хирургический, комбини­рованный, сочетанная лучевая терапия, гормоно- и химиоте­рапия.

Наиболее распространенным методом является **хирургиче­ский.**

Кроме хирургического метода, который является самостоятельным методом лечения в вышеперечисленных случаях, при раке тела матки применяется **комбинированный метод,** вклю­чающий в себя два вида лечения как два его этапа.

Одним из этапов комбинированного метода является опера­тивное лечение (чаще первый этап, так как на операции окон­чательно уточняется стадия распространения процесса и лока­лизация метастазов), другим —дистанционная лучевая тера­пия.

Задачей оперативного лечения является удаление очага по­ражения, при дистанционной лучевой терапии облучаются пути лимфогенного метастазирования.

Комбинированный метод применяется при отсутствии экстрагенитальных противопоказаний к нему, а также при возмож­ности радикального удаления первичного очага поражения при хирургической операции.

**Сочетанная лучевая терапия** как метод лечения рака тела матки включает два вида лучевой терапии:

1) дистанционная лучевая терапия;

2) внутриполостная гамма-терапия.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

1.ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

а) метаболический синдром

б) гипертоническая болезнь

в) сахарный диабет

г) хроническая ановуляция на фоне гиперэстрогении

д) верно все перечисленное  
2.В ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ ВЫШЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ:

а) рака шейки матки

б) рака эндометрия

в) злокачественных опухолей яичника

г) рака вульвы

д) нет верного ответа

3.ДЛЯ ПЕРВОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО:

а) метаболические и обменно-эндокринные нарушения

б) выраженные нарушения овуляции

в) гиперпластические процессы эндометрия

г) чувствительность к прогестагенам

д) верно все перечисленное

4.НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ:

а) дно матки

б) углы матки

в) нижне-задний отдел с переходом на эндоцервикс

г) передняя стенка матки

д) все верно

5.ОСНОВНОЙ СИМПТОМ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПРИ НЕЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЯХ:

а) болевой

б) патологические бели

в) метроррагия

г) нарушение функции соседних органов

д) нет верного ответа

6.УЗ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) М-эхо во II фазу >15 мм

б) неоднородность структуры, эхопозитивные сигналы

в) наличие жидкости в позадиматочном пространстве

г) увеличение размеров матки

д) верно а) и б)

7.СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) цитология аспирата

б) УЗ-сканирование

в) опухолевые маркеры

г) биопсия эндометрия

д) нет верного ответа

8.ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ:

а) железисто-кистозная гиперплазия

б) атипическая гиперплазия

в) полипы эндометрия

г) атрофический эндометрий

д) все верно

9.ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

а) аспирации эндометрия с последующим цитологическим

исследованием

б) гистероскопии, биопсии эндометрия с последующим

гистологическим исследованием

в) гистеросальпингографии

г) лапароскопии.

д) нет верного ответа

10.СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН:

а) субтотальная гистерэктомия

б) тотальная гистерэктомия

в) расширенная эктирпация матки по Вертгейму

г)гистерорезектоскопия: резекция эндометрия в сочетании с аблацией эндометрия

д) все верно

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

**Задача №1**

Больная 58 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей в течение 3-х недель, к врачу не обращалась. Постменопауза 6 лет. В анамнезе 1 родов, абортов не было, гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Общее состояние удовлетворительное, вес 96 кг, рост 160см. Бимануально: матка несколько увеличена, область придатков свободна, пальпация безболезненна. Шейка при осмотре визуально не изменена. Выделения из матки кровяные, умеренные. При УЗ сканировании: срединное М-эхо 19 мм, неоднородной структуры, на границе с миометрием - выраженная зона разряжения эхоструктуры.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечение?
4. Факторы риска?
5. Профилактика?

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д»-учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Задача №3**

В ж/к обратилась пациентка 42 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, учащенное мочеиспускание малыми порциями. Из анамнеза: месячные регулярные, через 30-32 дня, по 5 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся срочными родами. Контрацепция – фарматекс. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, у гинеколога на проф. осмотре последний раз была 3 года назад. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки рубцоводеформирована старыми невосстановленными акушерскими разрывами, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 6-7 недель беременности, по передней стенке матки близко к ее перешейку определяется плотное опухолевидное образование с четкими контурами до 6 см в диаметре, безболезненное. При смешении тела матки образование смещается вместе с маткой. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Задача №4**

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь регулярно, без контрацепции. При осмотре: АД 150/100 мм рт.ст., PS 68 в 1 мин, ИМТ = 34. При влагалищном исследовании: Шейка матки не эрозирована, феномен «зрачка» (+ +). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д» учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1.Предварительный диагноз?

2.Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?

3.С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**6. Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

1. Какие больные относятся к группе риска по возникновению рака яичника?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак тела матки?
3. Профилактика рака тела матки и методы ранней диагностики.
4. Вопросы психологической реабилитации
5. Вопросы сексуальной реабилитации

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

1.ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ СТАДИЯ II А ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЕТ:

1. Только облучение.
2. Гистерэктомию.
3. Гистерэктомия + лучевая терапия.
4. Гормонотерапия.
5. Радикальная гистерэктомия + гормонотерапия

2.К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. Простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
2. Аденоматоз.
3. Аденоматозные полипы
4. Рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия при условии адекватного гормонального лечения
5. Простая железисто-кистозная гиперплазия у женщин с нейро-обменно-эндокринным синдромом

3.К ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. Аденомиоз
2. Аденоматоз
3. Эндометрит
4. Железисто-фиброзный полип эндометрия
5. Аденоматозный полип эндометрия

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. Гормонотерапию
2. Лучевую терапию
3. Физиолечение
4. Симптоматическое лечение
5. Оперативное лечение

5.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ

1. гестагенов
2. андрогенов
3. эстрогенов
4. агонистов гонадотропинов
5. витаминов

6.РАК ТЕЛА МАТКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ:

1. до 25 лет
2. 55-65 лет
3. 45-50 лет
4. старше 70 лет
5. до 30 лет

7.ДЛЯ ПЕРВОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. Опухоль чувствительна к лечению гормонами
2. Позднее метастазирование
3. Как правило возникает у женщин с обменно-эндокринными нарушениями
4. Ранее метастазирование
5. Гисто-морфологически это высокодифференцированная аденокарцинома

8.ДЛЯ ВТОРОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. Опухоль нечувствительна к лечению гормонами
2. Позднее метастазирование
3. Возникает на фоне атрофического эндометрия
4. Ранее метастазирование
5. Гисто-морфологически это низкодифференцированный плоскоклеточный рак

9.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

1. в течение 1 менструального цикла
2. 2-3 месяца
3. 4 месяца
4. 6 месяцев
5. не менее 9 месяцев

10. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Гормонотерапия
2. Только оперативное лечение
3. Оперативное лечение + химиотерапия
4. Сочетанная лучевая терапия
5. Оперативное лечение + гормонотерапия

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

**Задача №1**

Больная С., 28 лет доставлена в гинекологическое отделение по поводу рецидивирующей метроррагии. Больная трижды подвергалась фракционному диагностическому выскабливанию по поводу метроррагии, последний раз 3 мес. назад под контролем гистероскопии. Патологии со стороны полости матки не было выявлено. Гистологическое исследование соскоба полости матки выявило железисто-кистозную гиперплазию эндометрия (активную форму). Пациентка получала гормонотерапию КОК (Жанин по схеме контрацепции), чистыми гестагенами (Дюфастон по схеме контрацепции), антигонадотропинами (Даназол) – без эффекта. Метроррагия рецидивировала. Половая жизнь с 20 лет. Методы контрацепции не использует. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. При влагалищном исследовании: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка без видимой патологии. Тело матки и левые придатки не увеличены, безболезненны. Правый яичники увеличен до 5 см, плотный, безболезненный. Своды глубокие. Выделения кровянистые, мажущие.

1. Диагноз?
2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?
3. Тактика?
4. Прогноз?
5. Реабилитация?

**Задача №2**

Больная Д., 5 лет жалуется на кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Родилась от первой беременности, росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний – паротит в 4 года, частые ОРЗ. При осмотре: молочные железы по Таннеру – II, на лобке единичные жесткие волоски. Гинекологический статус: наружные гениталии развиты правильно, слизистая преддверия во влагалище без воспалительных явлений. Девственная плева с овальным отверстием по центру, интактна. Ректально: сфинктер сохранен, ампула прямой кишки свободная, слизистая эластичная, подвижная. Высоко определяется матка, чуть больше нормы, придатки слева не увеличены, справа пальпируется яичник до 4 см, плотный, безболезненный. На пальце фекалии.

1. Диагноз?
2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?
3. Тактика?
4. Прогноз?
5. Реабилитация?

**Задача №3**

Больная М., 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в низу живота. Из анамнеза: родов –3, абортов – 4. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не наблюдалась. Объективно: кожа бледная, тургор понижен, легкие и сердце в пределах возрастных изменений, живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах. Перкуссия определяет наличие асцита. Влагалищно-ректальное исследование: матка отдельно не контурируется. С обеих сторон пальпируются плотные болезненные конгломераты, неподвижные. Задний свод инфильтрирован, бугристый. При микроскопии осадка асцитической жидкости – атипические клетки.

1. Диагноз?
2. Что необходимо для подтверждения стадии?
3. План лечения?
4. Реабилитация?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная 58 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей в течение 3-х недель, к врачу не обращалась. Постменопауза 6 лет. В анамнезе 1 родов, абортов не было, гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Общее состояние удовлетворительное, вес 96 кг, рост 160см. Бимануально: матка несколько увеличена, область придатков свободна, пальпация безболезненна. Шейка при осмотре визуально не изменена. Выделения из матки кровяные, умеренные. При УЗ сканировании: срединное М-эхо 19 мм, неоднородной структуры, на границе с миометрием - выраженная зона разряжения эхоструктуры.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. План обследования?

3. План лечение?

4. Факторы риска?

5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?

4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?

5. Лечение рака шейки матки включает?

**1. Занятие № 31**

**Тема: «Вопросы медицинской, социальной, психологической, сексуальной и профессиональной реабилитации онкогинекологических больных».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3. Значение изучения темы** (актуальность изучаемой проблемы).

За последние 10 лет онкологическая заболеваемость резко возросла, в том числе среди гинекологических больных. В достаточной степени нерешенной остается проблема реабилитации онкогинекологических больных, ввиду большой травматичности оперативных вмешательств и длительного химиолучевого лечения пациентов данного контингента, что в итоге может приводить к социальной дезадаптации.

**4. Цели обучения:**

**- общая:**УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

обучающийся должен владеть:

-методамидиагностики фоновых и предраковых заболеваний

-оценкой результатов гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. Какие больные относятся к группе риска по возникновению рака яичника?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак тела матки?
3. Профилактика рака тела матки и методы ранней диагностики.
4. Вопросы психологической реабилитации
5. Вопросы сексуальной реабилитации

**5.2. Основные понятия и положения темы** (наглядные формы – таблицы, схемы, алгоритмы и др.)**.**

В последние годы отмечается не только рост заболеваемости гинекологическим раком, но и наметилась тенденция прироста удельного веса женщин репродуктивного возраста, страдающих этой патологией. Так, в структуре онкологической заболеваемости и смертности рак шейки матки (РШМ) в возрастной группе от 15 до 39 лет занимает 1-е место, от 40 до 54 лет – 2-е, а рак тела матки (РТМ) – 3-е.

Удельный вес выявления ранних стадий рака шейки матки составляет 59,5%, рака тела матки – 77%. Основным методом лечения больных этой патологии является комбинированный, включающий радикальное хирургическое вмешательство с последующей лучевой и/или химиотерапией. Поэтому при высоких показателях выживаемости больных с ранними стадиями гинекологического рака у пациенток молодого возраста наблюдается развитие хирургической менопаузы, что отражается в значительном снижении качества жизни этих женщин. Эксперты ВОЗ рассматривают качество жизни как конечную цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, духовных и социальных программ помощи больным.

Больные гинекологическим раком репродуктивного возраста после радикального лечения в большинстве своем стремятся сохранить прежний образ жизни, социальный статус, а также трудовую активность. Выводы об отдаленной эффективности лучевого, хирургического и комбинированного лечения чаще всего основываются на анализе количества осложнений и уровня смертности. Однако эти объективные критерии оценки здоровья и результатов лечения не всегда дают возможность всесторонне оценить субъективное состояние здоровья человека, которое часто является более полным и точным. Именно субъективные показатели отражают восприятие пациентом степени собственного благополучия – качества жизни. Современной методикой, позволяющей проводить сравнительный анализ результатов различных видов лечения, является оценка качества жизни.

По определению EORTC качество жизни, связанное со здоровьем, является характеристикой степени воздействия болезни или лечения на ожидаемое физическое, эмоциональное и социальное благосостояние. Оценка качества жизни – современный метод исследования, позволяющий выявлять даже незначительные изменения в любых сферах жизнедеятельности человека с целью всестороннего определения эффективности лечения. Увеличение сроков выживания поднимает вопрос не только о том, сколько лет прожила пациентка, но и как она их прожила.

Факторами, влияющими на качество жизни онкогинекологических больных, являются как сам онкологический процесс (стадия, симптоматика, осложнения), так и осложнения проводимого лечения – хирургического вмешательства, химиотерапии и лучевой терапии.

Анализ материалов отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что в настоящее время вопросы качества жизни у онкогинекологических больных после радикального лечения, в частности больных злокачественными опухолями шейки и тела матки, находятся в стадии активного изучения).

При исследовании уровня качества жизни у больных раком шейки матки после проведенного лечения отмечалось достоверное снижение показателей эмоционального, социального функционирования и общего уровня здоровья.

Впервые выявлена взаимосвязь особенностей клинического проявления постовариэктомического синдрома онкогинекологических больных репродуктивного возраста после различных видов противоопухолевого лечения с интегральными показателями качества жизни, характеризующаяся преобладанием нейровегетативных расстройств легкой степени тяжести, возникающих на 3-и–7-е сутки после оперативного лечения и на 12–24-е сутки после начала лучевой терапии, высоким уровнем тревожно-депрессивных расстройств и статистически значимым снижением уровня эмоционального и социального функционирования. Показано, что снижение качества жизни у молодых больных гинекологическим раком в большей степени обусловлено развитием постовариэктомического синдрома.

Впервые разработан и клинически апробирован патогенетически обоснованный комплекс восстановительного лечения больных гинекологическим раком репродуктивного возраста после противоопухолевого лечения, включающий: ванны 4-камерные, КВЧ-терапию, электросон, лечебное плавание в бассейне, терренкур, психологическую разгрузку.

Впервые показано, что проведение разработанного комплекса восстановительного лечения способствует снижению выраженности нейровегетативных расстройств, уровня тревоги, тенденции к снижению уровня депрессии, а также статистически значимому повышению уровня эмоционального и социального функционирования на протяжении 12 месяцев после завершения восстановительного лечения.

Показано, что у молодых больных раком тела и шейки матки после завершения восстановительного лечения отмечается статистически значимое повышение уровня эстрадиола.

Исследовано влияние разработанного комплекса реабилитационных мероприятий на отдаленные результаты противоопухолевого лечения, установлено, что восстановительное лечение не оказывает отрицательного влияния на показатели двухлетней общей и безрецидивной выживаемости по сравнению с контрольной группой.

Впервые проведена оценка социально-экономической эффективности комплекса восстановительного лечения онкогинекологических больных репродуктивного возраста, которая выявила статистически значимое снижение уровня инвалидизации и повышение коэффициента «трудовой реабилитации» через 12 месяцев после окончания реабилитационных мероприятий у пациенток основной группы.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1.ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ СТАДИЯ II А ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЕТ:

1. Только облучение.
2. Гистерэктомию.
3. Гистерэктомия + лучевая терапия.
4. Гормонотерапия.
5. Радикальная гистерэктомия + гормонотерапия

2.К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. Простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
2. Аденоматоз.
3. Аденоматозные полипы
4. Рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия при условии адекватного гормонального лечения
5. Простая железисто-кистозная гиперплазия у женщин с нейро-обменно-эндокринным синдромом

3.К ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. Аденомиоз
2. Аденоматоз
3. Эндометрит
4. Железисто-фиброзный полип эндометрия
5. Аденоматозный полип эндометрия

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. Гормонотерапию
2. Лучевую терапию
3. Физиолечение
4. Симптоматическое лечение
5. Оперативное лечение

5.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ

1. гестагенов
2. андрогенов
3. эстрогенов
4. агонистов гонадотропинов
5. витаминов

6.РАК ТЕЛА МАТКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ:

1. до 25 лет
2. 55-65 лет
3. 45-50 лет
4. старше 70 лет
5. до 30 лет

7.ДЛЯ ПЕРВОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. Опухоль чувствительна к лечению гормонами
2. Позднее метастазирование
3. Как правило возникает у женщин с обменно-эндокринными нарушениями
4. Ранее метастазирование
5. Гисто-морфологически это высокодифференцированная аденокарцинома

8.ДЛЯ ВТОРОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. Опухоль нечувствительна к лечению гормонами
2. Позднее метастазирование
3. Возникает на фоне атрофического эндометрия
4. Ранее метастазирование
5. Гисто-морфологически это низкодифференцированный плоскоклеточный рак

9.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

1. в течение 1 менструального цикла
2. 2-3 месяца
3. 4 месяца
4. 6 месяцев
5. не менее 9 месяцев

10. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Гормонотерапия
2. Только оперативное лечение
3. Оперативное лечение + химиотерапия
4. Сочетанная лучевая терапия
5. Оперативное лечение + гормонотерапия

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная С., 28 лет доставлена в гинекологическое отделение по поводу рецидивирующей метроррагии. Больная трижды подвергалась фракционному диагностическому выскабливанию по поводу метроррагии, последний раз 3 мес. назад под контролем гистероскопии. Патологии со стороны полости матки не было выявлено. Гистологическое исследование соскоба полости матки выявило железисто-кистозную гиперплазию эндометрия (активную форму). Пациентка получала гормонотерапию КОК (Жанин по схеме контрацепции), чистыми гестагенами (Дюфастон по схеме контрацепции), антигонадотропинами (Даназол) – без эффекта. Метроррагия рецидивировала. Половая жизнь с 20 лет. Методы контрацепции не использует. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. При влагалищном исследовании: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка без видимой патологии. Тело матки и левые придатки не увеличены, безболезненны. Правый яичники увеличен до 5 см, плотный, безболезненный. Своды глубокие. Выделения кровянистые, мажущие.

1. Диагноз?
2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?
3. Тактика?
4. Прогноз?
5. Реабилитация?

**Задача №2**

Больная Д., 5 лет жалуется на кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Родилась от первой беременности, росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний – паротит в 4 года, частые ОРЗ. При осмотре: молочные железы по Таннеру – II, на лобке единичные жесткие волоски. Гинекологический статус: наружные гениталии развиты правильно, слизистая преддверия во влагалище без воспалительных явлений. Девственная плева с овальным отверстием по центру, интактна. Ректально: сфинктер сохранен, ампула прямой кишки свободная, слизистая эластичная, подвижная. Высоко определяется матка, чуть больше нормы, придатки слева не увеличены, справа пальпируется яичник до 4 см, плотный, безболезненный. На пальце фекалии.

1. Диагноз?
2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?
3. Тактика?
4. Прогноз?
5. Реабилитация?

**Задача №3**

Больная М., 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в низу живота. Из анамнеза: родов –3, абортов – 4. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не наблюдалась. Объективно: кожа бледная, тургор понижен, легкие и сердце в пределах возрастных изменений, живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах. Перкуссия определяет наличие асцита. Влагалищно-ректальное исследование: матка отдельно не контурируется. С обеих сторон пальпируются плотные болезненные конгломераты, неподвижные. Задний свод инфильтрирован, бугристый. При микроскопии осадка асцитической жидкости – атипические клетки.

1. Диагноз?
2. Что необходимо для подтверждения стадии?
3. План лечения?
4. Реабилитация?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Больная 58 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей в течение 3-х недель, к врачу не обращалась. Постменопауза 6 лет. В анамнезе 1 родов, абортов не было, гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Общее состояние удовлетворительное, вес 96 кг, рост 160см. Бимануально: матка несколько увеличена, область придатков свободна, пальпация безболезненна. Шейка при осмотре визуально не изменена. Выделения из матки кровяные, умеренные. При УЗ сканировании: срединное М-эхо 19 мм, неоднородной структуры, на границе с миометрием - выраженная зона разряжения эхоструктуры.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. План обследования?

3. План лечение?

4. Факторы риска?

5. Профилактика?

**Задача №5**

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?

4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?

5. Лечение рака шейки матки включает?

1. **Домашнее задание по теме занятия**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

* 1. Что относится к фоновым заболеваниям вульвы и влагалища?
  2. Что относится к предраковым заболеваниям вульвы и влагалища?
  3. Назовите клинические стадии заболевания крауроза вульвы.
  4. Какие методы применяются при диагностике крауроза вульвы?
  5. Методы лечения крауроза вульвы.
  6. Назовите пути метастазирования при раке вульвы.
  7. Методы лечения рака вульвы.

**Тестовые задания**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. К ФОНОВЫМ ПРОЦЕССАМ ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
2. папиллома
3. фолликулит
4. липома
5. гигрома
6. крауроз
7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а). вульвоскопия

б). Мазок на А К

г). Клиника

в.) Гистология биоптата

д). мазок ПЦР

1. К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
2. Сахарный диабет
3. Возраст
4. Язвенная болезнь
5. Рецидивирующий вульвовагинит
6. Все ответы верны
7. ПРИ ПАПИЛЛОМЫ ВУЛЬВЫ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
8. Хирургическое удаление
9. Криодеструкция
10. Лазерная вапоризация
11. Химическая коагуляция
12. УВЧ
13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
14. вульвэктомия
15. химиотерапия
16. лучевая терапия
17. гормонотерапия
18. нет верного ответа
19. ОПТИМАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЛИПОМЫ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
20. солковагин
21. криодеструкция
22. УВЧ терапия
23. гормонотерапия
24. хирургическое иссечение
25. МЕСТНОСАНИРУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ:
26. 1-2 дня
27. 3дня
28. 4-5 дней
29. 7-10 дней
30. Месяц
31. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛИХЕНА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:
32. гормонотерапия – эстрогенами
33. Гормонотерапия андрогенами
34. Гормонотерапия клюкокортикоидами
35. УЗИ на область вульвы
36. Сидячие ванночки на область поражения с раствором марганцево- кислого калия
37. К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
38. Сахарный диабет
39. Возраст
40. Язвенная болезнь
41. Рецидивирующий вульвовагинит
42. Все ответы верны
43. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
44. вульвоскопия
45. Мазок на АК
46. Клиника
47. Гистология биоптата
48. мазок ПЦР

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Девочка 5 лет обратилась к детскому гинекологу с жалобами на зуд в области вульвы в течение последних 6 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Ma-0, Pub-0, Adr-0, Me-0. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение отсутствует. Кожные покровы больших половых губ с явлениями лехинезации, белесоватые с перламутровым оттенком по внутренней поверхности 2\*3см, девственная плева интактна, выделений из половых путей нет. Перианальная область – Б/о

* 1. Диагноз?
  2. Диф.диагноз?
  3. Обследование?
  4. Лечение?
  5. Прогноз?

**Задача №2**

Больная Н. 28 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на дискомфорт в области вульвы при половых контактах в течение последних 6 лет. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение по женскому типу. На правой большой половой губе опухолевидное образование тугоэластической консистенции 4\*5 см, безболезненное, на ножке, не спаяно с окружающими тканями. Влагалище свободное, шейка без патологии. Тело матки и придатки не увеличено, б/б. Своды свободные. Выделения бели.

1. Диагноз?
2. Диф.диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?
5. Прогноз?

**Задача №3**

Больная М. 65 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения и дискомфорт в области НПО в течение 6 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически – СД II тип, ГБIIIст. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы атрофичны. Оволосение по женскому типу. Слева на внутренней поверхности половой губы определяется язва с инфильтрированными краями, с распадом по центру ,некрозом и фибриновым налетом в D 4 см. Влагалище свободное, слизистая влагалища атрофична. Матка атрофична. Придатки не пальпируются. Своды свободные. Выделения скудные. Пальпируются паховые лимфоузлы до 2 см, плотные, спаянные с подлежащими тканями.

1. Диагноз?
2. Диф.диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Девочка 12 лет обратилась к детскому гинекологу с жалобами на зуд в области вульвы в течение последних 9 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Ma-0, Pub-0, Adr-0, Me-0. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение отсутствует. Кожные покровы больших половых губ с явлениями лехинезации, белесоватые с перламутровым оттенком по внутренней поверхности 2\*3см, девственная плева интактна, выделений из половых путей нет. Перианальная область – Б/о

1. Диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Обследование?

4. Лечение?

5. Прогноз?

**Задача №5**

Больная Н. 28 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на дискомфорт в области вульвы при половых контактах в течение последних 6 лет. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение по женскому типу. На правой большой половой губе опухолевидное образование тугоэластической консистенции 4\*5 см, безболезненное, на ножке, не спаяно с окружающими тканями. Влагалище свободное, шейка без патологии. Тело матки и придатки не увеличено, б/б. Своды свободные. Выделения бели.

1. Диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Обследование?

4. Лечение?

5. Прогноз?

**1. Занятие № 32**

**Тема: «Доброкачественные заболевания вульвы: классификация, этиология, клиника, диагностика и лечение. Рак вульвы: классификация, клиника, диагностика, лечение».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие

**3.Значение изучения темы** (актуальность изучаемой проблемы). Злокачественные опухоли вульвы составляют от 2,5 до 5% злокачественных онкогинекологических заболеваний, занимая 4-е место после рака шейки матки, эндометрия и яичников. В США ежегодно выявляют около 4000 больных раком вульвы и 850 женщин умирают от этого заболевания.

Средний возраст больных раком вульвы составляет 65–68 лет.

У женщин репродуктивного возраста рак вульвы развивается крайне редко и заболеваемость им возрастает в постменопаузе. Пик заболеваемости приходится на возраст 75 лет. Эпидемиология рака вульвы изучена недостаточно. В развитых странах заболеваемость находится на уровне 3–5%.

**4. Цели обучения:**

**- общая:**УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии при патологии вульвы

Обучающийся должен уметь:

-проводить профилактические осмотры;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-составить план обследования и лечения больных с патологией вульвы

Обучающийся должен владеть:

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией, удалением полипов слизистой шейки

- вульвоскопией

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

* 1. Что относится к фоновым заболеваниям вульвы и влагалища?
  2. Что относится к предраковым заболеваниям вульвы и влагалища?
  3. Назовите клинические стадии заболевания крауроза вульвы.
  4. Какие методы применяются при диагностике крауроза вульвы?
  5. Методы лечения крауроза вульвы.
  6. Назовите пути метастазирования при раке вульвы.
  7. Методы лечения рака вульвы.

**5.2. Основные понятия и положения темы:**

К предраковым заболеваниям наружных половых органов относят **крауроз** и **лейкоплакию.**

Крауроз и лейкоплакия вульвы – это хронические дистрофические процессы кожно-слизистых покровов и подкожной жировой клетчатки. Эти заболевания встречаются преимущественно в пре- и постменопаузальном периодах и редко в молодом возрасте и составляют 0,06% от общего числа гинекологических заболеваний. Большинство авторов считают крауроз и лейкоплакию единым дистрофическим процессом, на фоне которого рак развивается в 20-50% случаев.

**Крауроз** (греч. craurosis – сухой, сморщенный) представляет собой атрофический процесс, который приводит к патологическому сморщиванию кожи и слизистой наружных половых органов.

При краурозе имеется выраженная атрофия многослойного плоского эпителия. Заболевание начинается с отека сосочкового и ретикулярного слоев, приводящего к разволокнению и расслоению соединительных волокон. По мере развития крауроза в области бывшего отека образуется грубоволокнистая соединительная ткань. В последующем происходит гибель эластических волокон и гиалинизация соединительной ткани. Склероз сосочкового слоя сопровождается атрофией сальных и потовых желез.

Различают три стадии заболевания: I. Отечная – характеризуется отеком, гиперемией в области наружных половых органов. Кожа становится напряженной, блестящей, имеет окраску от обычной до ярко-красной с синюшным оттенком. Большие и малые половые губы выглядят отечными, гипертрофированными. При II стадии уже заметно прогрессируют атрофические изменения, уплощаются большие и малые половые губы, происходит атрофия клитора, кожа становится неэластичной, сухой, белесоватого цвета, имеет вид «полированной», суживается вход во влагалище. Стадия III – склеротическая – приводит к полной атрофии и склерозу наружных половых органов. Большие половые губы превращаются в тонкие плоские валики, малые – сморщиваются, становятся едва заметными или совершенно исчезают, уменьшается клитор. В связи с исчезновением волосяных луковиц на больших половых губах отсутствуют волосы, резко уменьшается количество сальных желез. Кожа и слизистые истончаются, приобретают тусклый перламутровый цвет с серо-голубым оттенком. В результате склероза, потери эластичности тканей вульва легко собирается в складки и имеет вид смятого пергаментного листа с тусклым отблеском. Склерозирование тканей вызывает резкое сужение входа во влагалище, сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала и анального отверстия. Половой акт затруднен или даже невозможен, может быть затруднено и болезненно мочеиспускание. Сужение входа во влагалище надо учитывать при осмотре шейки матки с помощью зеркал (для осмотра надо брать только маленькие зеркала, предварительно смазав их вазелином).

**Лейкоплакия** (греч. leucosplacia – белая бляшка) характеризуется гиперплазией эпителия в сочетании с лимфогистиоцитарной инфильтрацией подэпителиальной ткани.

В покровном эпителии обнаруживается гиперкератоз, паракератоз, акантоз. В дальнейшем развивается склероз тканей.

Сочетание крауроза и лейкоплакии является неблагоприятным в отношении малигнизации, особенно в тех участках вульвы, где имеется лейкоплакия.

Выделяют три степени выраженности гиперкератоза: плоскую, гипертрофическую и бородавчатую. Лейкоплакия в виде сухих белых или синевато-белых бляшек может располагаться на ограниченных участках или распространяться на всю вульву. Различают также контурную и разлитую формы лейкоплакии.

## Клиника крауроза и лейкоплакии

Заболевание начинается незаметно, в легких формах не сопровождается никакими симптомами и обнаруживается только при профилактических осмотрах. Однако чаще крауроз сопровождается зудом вульвы, преимущественно в ночное время, появляются парестезии (онемение, «ползание мурашек», чувство жжения). Продолжительный, многолетний зуд нередко бывает столь мучительным, что приводит к невротическим расстройствам (депрессии, повышенной раздражительности и даже к суицидальным попыткам), лишает больную сна, снижает трудоспособность. Появление столь мучительного зуда объясняется нарушением трофики тканей, разрастанием свободных нервных окончаний, лишенных глиального покрова, и избыточным действием на них пруритогенных протеиназ. Упорный зуд приводит к расчесам, ссадинам, трещинам и, в конечном итоге, к воспалению вульвы.

## Лечение крауроза и лейкоплакии вульвы

Крауроз и лейкоплакия имеют хроническое длительное течение и требуют терпения врача и больной. Терапия должна быть комплексной, строго индивидуальной и патогенетически обоснованной.

Больная должна систематически выполнять правила личной гигиены. Туалет наружных половых органов следует проводить неоднократно в течение дня, кипяченой водой, без мыла, с добавлением питьевой соды, настоя ромашки или календулы. Не рекомендуется пользоваться растворами перманганата калия, борной кислоты, так как они сушат кожу и раздражают ткани. Не следует носить шерстяного и синтетического белья, так как зуд может усилиться.

Одним из давно применяемых методов лечения является гормонотерапия. Рекомендуется одновременное применение эстрогенных и андрогенных гормонов с целью уменьшения стимулирующего воздействия на эндометрий и молочные железы: инъекции эстрадиола дипропионата (0,5-1,0 мл 0,1% раствора) и тестостерона пропионата (1 мл 1% раствора) в одном шприце в течение 5-7 дней. Лечение проводится 5-7 нед. После этого назначается поддерживающая терапия - 1 инъекция указанных гормонов каждый месяц в течение года. Хороший эффект оказывают и одни андрогены, которые в меньшей степени, чем эстрогены, подавляют гонадотропную функцию гипофиза, а также значительно уменьшают воспалительные наслоения, снимают зуд.

Часто рекомендуется местное применение гормональных средств в виде мазей, кремов, вагинальных свечей. Хороший эффект оказывает 0,1-0,25% синестроловая мазь, 0,1-1,5% тестостероновый крем, вагинальные свечи, содержащие 0,5-1 мг диэтилстильбэстрола, 1 мг синестрола, 5 мг метилтестостерона. Курс лечения составляет 4-6 недель. Можно провести лечение биостимуляторами: экстрактом алоэ по 1 мл ежедневно (30 инъекций), мазью с 20 000 ЕД фолликулина и линиментом алоэ. По показаниям курс лечения следует повторять через 4-6 мес., постепенно увеличивая интервал.

Широко применяется местная симптоматическая терапия: мази с глюкокортикоидами (1% и 2,5% гидрокортизоновая мазь, 0,5%), преднизолоновая, фторокорт, синалар, лококортен и др., с ментолом и анестезином, с витамином А.

Из физиотерапевтических методов используется ультразвук, который снижает возбудимость вегетативной нервной системы, блокирует проведение патологических импульсов, оказывает механическое (микромассаж), рассасывающее и противовоспалительное действие на ткани, стимулирует функцию яичников. На курс – 15-20 процедур. Патогенетическая терапия включает в себя эндоназальный электрофорез с витамином В1 для нормализации физико-химических процессов в нервных клетках, фонофорез гидрокортизона на область вульвы, паховую и перианальную области (фибринолитический, трофический, вазотропный эффект), высокие дозы витамина С, витамина А по 1 мл в/м 20 дней.

В особо упорных случаях можно применять спирт-новокаиновую блокаду и оксигенотерапию. Спирт-новокаиновый раствор (100 мл по 0,25% раствора новокаина и 30 мл 96% спирта) после предварительной анестезии кожи вводят в ишиоректальное пространство, где он блокирует патологические импульсы, улучшает трофику и тем самым способствует рассасыванию лейкоплакических бляшек. Проводят 2-5 блокад с интервалом в 1 неделю.

В промежутках между блокадами через день в кожу лобка в направлении к наружным половым органам вводится кислород, начиная со 100 куб. см и кончая 300-400 куб. см, всего 10-15 процедур.

Одновременно с консервативными методами лечения проводится психотерапия с целью уверить больную в успехе проводимой терапии: применяются седативные препараты, при бессоннице – снотворные.

В последние годы эффективным методом лечения дистрофических процессов наружных половых органов стала криотерапия (аэрозольный метод), которая не дает опасных кровотечений, при этом быстрее происходит заживление раны, яснее отграничивается очаг деструкции от окружающих тканей. Это безболезненный метод, так как под влиянием охлаждения быстро разрушаются чувствительные нервные окончания.

## Лечение дисплазий

При выявлении локальной дисплазии в репродуктивном возрасте показаны иссечение в пределах здоровых тканей, криодеструкция или лечение газовым лазером (СО2), что позволяет получить хороший косметический эффект. При диффузных формах дисплазии в репродуктивном периоде, а также при всех разновидностях дисплазии в пре- и постменопаузе методом выбора является простая вульвоэктомия.

Вульвоэктомия показана также в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения и там, где не исключена возможность развития рака в измененных краурозом тканях.

Прогноз при краурозе и лейкоплакии представляет значительные трудности. Больные подлежат многолетнему диспансерному наблюдению, так как возможны рецидивы. Комплексная терапия, нормализуя деятельность нервной и эндокринной систем, устраняет местные патологические изменения вульвы, благотворно влияет на течение заболевания и в определенной мере предотвращает возможность озлокачествления.

**Рак вульвы**

Первичная локализация рака вульвы чётко определяется толькопри начальных стадиях процесса.Наиболее агрессивным течением отличаются опухоли с локализацией в области клитора. Обильное кровоснабжение и особенности лимфооттока обусловливают быстрое прогрессирование ираннее метастазирование в пахово-бедренные и подвздошные лимфатические узлы. Изолированные гематогенные метастазы (без поражения лимфатических узлов) возникают в основном при ракеклитора.

Опухоли, ограниченные малыми половыми губами, имеют наиболее благоприятное течение.

Рак вульвы с локализацией в области больших половых губ развивается наиболее часто (до 60%) и по клиническому течению занимает промежуточное место между раком клитора и раком малых половых губ.Рак бартолиновой железы встречается приблизительно в 1% случаев.По характеру роста выделяют экзофитную, эндофитную и инфильтративно-отёчную формы опухоли. Наиболее часто наблюдают экзофитную форму рака вульвы. Наиболее неблагоприятно протекает инфильтративно-отёчная форма.

**ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ**

Рак вульвы метастазирует преимущественно лимфогенным путём.

■ Первый этап – пахово-бедренные лимфатические узлы.

■ Второй этап – подвздошные лимфатические узлы, чаще поражаются наружные подвздошные и запирательные.

■ Третий этап – общие подвздошные лимфатические узлы.

Частота метастазирования в пахово-бедренные лимфатические узлы в основном зависит от размеров опухоли. При опухоли диаметром до 1 см поражение выявляют у 5% больных, а при диаметре опухоли 4 см и более – у 30–50%. Поражение тазовых лимфатических узлов возникает в среднем у 5% больных. Гематогенные метастазы развиваются крайне редко.

**ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ**

Плоскоклеточный рак развивается у 90% больных раком вульвы.В 80–85% он имеет высокую степень дифференцировки.На 2-м месте по частоте стоит злокачественная меланома (2%).Другие опухоли вульвы (рак Педжета, первичная аденокарцинома,базальноклеточный рак, саркомы, рак бартолиновой железы) встречаются редко.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

ТNM-классификация рака вульвы находится в полном соответствии с классификацией Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO).

**Правила классификации**

Классификация применима только для первичного рака вульвы. Диагноз должен быть подтвержден гистологически. Рак вульвы, распространяющийся на влагалище, классифицируют как рак вульвы.

Стадии FIGO основаны на хирургическом стадировании, TNM-классификации основаны на клинической и/или патологической классификации.

**Регионарные лимфатические узлы**

Регионарными являются паховые и бедренные лимфатические узлы.

**Отдалённое метастазирование**

Поражение тазовых лимфатических узлов (наружных и внутренних подвздошных, запирательных и общих подвздошных) классифицируют как отдалённые метастазы.

**Клиническая классификация FIGO**

■ 0 стадия – преинвазивная карцинома (карцинома in citu).

■ I стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером не более 2 см в наибольшем измерении.

✧ IA стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером до 2 см в наибольшем измерении, с инвазией стромы не более 1 см;

✧ IB стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером до 2 см в наибольшем измерении, с инвазией стромы более 1 см.

■ II стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером более 2 см в наибольшем измерении.

■ III стадия – опухоль распространяется на любую из следующих структур: нижнюю часть уретры, влагалище, анальное кольцо и/или имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы с одной стороны.

■ IV стадия:

✧ IVA стадия – опухоль распространяется на любую из следующих структур: слизистые оболочки мочевого пузыря, верхней части уретры, прямой кишки, или опухоль фиксирована к кости, и/или имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы с обеих сторон;

✧ IVB стадия – имеются отдалённые метастазы, включая метастазы в лимфатические узлы таза.

Примечание. Глубину инвазии определяют как распространение опухоли от эпителиально-стромального соединения, прилежащих наиболее поверхностных дермальных сосочков до наиболее глубокой точки инвазии.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Симптоматика рака вульвы разнообразна. Иногда специфические симптомы могут отсутствовать. Чаще больные предъявляют жалобы на раздражение и зуд в области гениталий, дискомфорт, боли, наличие изъязвления или опухоли, гнойные и кровянистые выделения.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагностика основана на исследовании цитологических мазков-отпечатков с опухоли, вульвоскопии и биопсии подозрительного участка (или опухоли).

При инвазивном раке вульвы для уточнения распространённости процесса выполняют следующие исследования:

■ УЗИ малого таза, печени, пахово-бедренных и забрюшинных лимфатических узлов (при их увеличении выполняют пункцию);

■ рентгенографию органов грудной клетки;

■ цистоскопию и ректоскопия при значительном распространении опухоли.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Стадия 0 (интраэпителиальная неоплазия вульвы**

**и карцинома in situ)**

Адекватная операция – широкое иссечение на расстояние 0,5–1 см от края поражения, лазерная аблация или их комбинация. При значительной протяжённости поражения показана простая вульвэктомия.

При отказе от оперативного лечения применяют 5% мазь 5-фто-рурацила для местного применения**.**

**Инвазивный рак вульвы**

Лечение при раке вульвы индивидуальное и зависит от особенностей опухолевого процесса и общего состояния пациентки.

Применяют хирургический, комбинированный и лучевой методы лечения.

При выборе метода и объёма лечения необходимо рассматривать воздействие на первичную опухоль и зону паховых лимфатических узлов.

При **IА стадии** (микроинвазивный рак) производят радикальную эксцизию (широкое иссечение со значительным захватом подлежащих тканей) или простую вульвэктомию. Лимфаденэктомия при лечении микроинвазивного рака не показана**.** При **IВ стадии** выполняют радикальную вульвэктомию с пахово-бедренной лимфаденэктомией на стороне поражения при латеральном расположении первичной опухоли. Поражение контралатеральных паховых лимфатических узлов при Т1 не превышает 1%.

Показания к двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомии - медиальное расположение опухоли вульвы, особенно в зоне клитора, а также обнаружение метастатического поражения лимфатических узлов с одной стороны во время операции**.**

При проведении лимфаденэктомии единым блоком с вульвоэктомией или из отдельного доступа не выявлено различий в возникновении локальных рецидивов**.**

При осложнённом терапевтическом статусе пациентки возможно проведение профилактического дистанционного облучения пахово-бедренных зон электронным пучком и гамма-излучением в суммарной очаговой дозе (СОД) 40 Гр. Однако в рандомизированных исследованиях были представлены достоверно более низкие

результаты при облучении по сравнению с лимфаденэктомией.

При **II стадии** выполняют радикальную вульвэктомию с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией.

Показание к проведению послеоперационного облучения – наличие метастатического поражения лимфатических узлов, определяемого при морфологическом исследовании. Прогноз зависит от количества и размера поражённых лимфатических узлов, а также прорастания опухолью их капсулы.

Пациенты с выявленным одним микрометастазом (диаметром менее 5 мм) не нуждаются в послеоперационной лучевой терапии.

Показания для послеоперационного облучения:

• два или более микрометастаза в паховых лимфатических узлах;

• один или более макрометастазов (диаметром более 10 мм);

• экстракапсулярный рост.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Тестовые задания**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

1. К ФОНОВЫМ ПРОЦЕССАМ ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
2. папиллома
3. фолликулит
4. липома
5. гигрома
6. крауроз
7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а). вульвоскопия

б).Мазок на А К

г).Клиника

в.)Гистология биоптата

д).мазок ПЦР

1. К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
2. Сахарный диабет
3. Возраст
4. Язвенная болезнь
5. Рецидивирующий вульвовагинит
6. Все ответы верны
7. ПРИ ПАПИЛЛОМЫ ВУЛЬВЫ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
8. Хирургическое удаление
9. Криодеструкция
10. Лазерная вапоризация
11. Химическая коагуляция
12. УВЧ
13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
14. вульвэктомия
15. химиотерапия
16. лучевая терапия
17. гормонотерапия
18. нет верного ответа
19. ОПТИМАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЛИПОМЫ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
20. солковагин
21. криодеструкция
22. УВЧ терапия
23. гормонотерапия
24. хирургическое иссечение
25. МЕСТНОСАНИРУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ:
26. 1-2 дня
27. 3дня
28. 4-5 дней
29. 7-10 дней
30. Месяц
31. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛИХЕНА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:
32. гормонотерапия – эстрогенами
33. Гормонотерапия андрогенами
34. Гормонотерапия клюкокортикоидами
35. УЗИ на область вульвы
36. Сидячие ванночки на область поражения с раствором марганцево- кислого калия
37. К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
38. Сахарный диабет
39. Возраст
40. Язвенная болезнь
41. Рецидивирующий вульвовагинит
42. Все ответы верны
43. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
44. вульвоскопия
45. Мазок на АК
46. Клиника
47. Гистология биоптата
48. мазок ПЦР

**Ситуационные задачи**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

**Задача №1**

Девочка 5 лет обратилась к детскому гинекологу с жалобами на зуд в области вульвы в течение последних 6 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Ma-0, Pub-0, Adr-0, Me-0. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение отсутствует. Кожные покровы больших половых губ с явлениями лехинезации, белесоватые с перламутровым оттенком по внутренней поверхности 2\*3см, девственная плева интактна, выделений из половых путей нет. Перианальная область – Б/о

* 1. Диагноз?
  2. Диф.диагноз?
  3. Обследование?
  4. Лечение?
  5. Прогноз?

**Задача №2**

Больная Н. 28 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на дискомфорт в области вульвы при половых контактах в течение последних 6 лет. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение по женскому типу. На правой большой половой губе опухолевидное образование тугоэластической консистенции 4\*5 см, безболезненное, на ножке, не спаяно с окружающими тканями. Влагалище свободное, шейка без патологии. Тело матки и придатки не увеличено, б/б. Своды свободные. Выделения бели.

1. Диагноз?
2. Диф.диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?
5. Прогноз?

**Задача №3**

Больная М. 65 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения и дискомфорт в области НПО в течение 6 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически – СД II тип, ГБIIIст. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы атрофичны. Оволосение по женскому типу. Слева на внутренней поверхности половой губы определяется язва с инфильтрированными краями, с распадом по центру ,некрозом и фибриновым налетом в D 4 см. Влагалище свободное, слизистая влагалища атрофична. Матка атрофична. Придатки не пальпируются. Своды свободные. Выделения скудные. Пальпируются паховые лимфоузлы до 2 см, плотные, спаянные с подлежащими тканями.

1. Диагноз?
2. Диф.диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?
5. Профилактика?

**Задача №4**

Девочка 12 лет обратилась к детскому гинекологу с жалобами на зуд в области вульвы в течение последних 9 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Ma-0, Pub-0, Adr-0, Me-0. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение отсутствует. Кожные покровы больших половых губ с явлениями лехинезации, белесоватые с перламутровым оттенком по внутренней поверхности 2\*3см, девственная плева интактна, выделений из половых путей нет. Перианальная область – Б/о

1. Диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Обследование?

4. Лечение?

5. Прогноз?

**Задача №5**

Больная Н. 28 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на дискомфорт в области вульвы при половых контактах в течение последних 6 лет. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение по женскому типу. На правой большой половой губе опухолевидное образование тугоэластической консистенции 4\*5 см, безболезненное, на ножке, не спаяно с окружающими тканями. Влагалище свободное, шейка без патологии. Тело матки и придатки не увеличено, б/б. Своды свободные. Выделения бели.

1. Диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Обследование?

4. Лечение?

5. Прогноз?

**6.Домашнее задание по теме занятия**

**Вопросы:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

- Тесты функциональной диагностики применимые в гинекологии?

- Назвать уровни регуляции менструального цикла?

**Тесты:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

1.ОСНОВНАЯ ТРИАДА ЖАЛОБ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

1. Боли, тошнота, кровотечения
2. Бели, боли в пояснице, бесплодие
3. Повышение температуры тела, боли, бели
4. Боли, бели, кровотечения
5. Бели, кровотечения, бесплодие

2. КАКИЕ ВИДЫ КОЛЬПОСКОПИИ ВЫ ЗНАЕТЕ?

1. Простая и расширенная
2. Сложная и простая
3. Двойная
4. Моно и биконтрастная
5. Все перечисленные

3.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОКАЗАНА ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА?

1. Прервавшаяся трубная беременность
2. Разрыв капсулы кистомы яичника
3. Апоплексия яичника
4. Перфорация пиосальпинкса
5. Все перечисленное

4.КАКОЙ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПЕРИОД ДЛЯ РАЗДЕЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ВЫСКАБЛИВАНИЯ СТЕНОК МАТКИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ?

1. 1 фаза менструального цикла
2. Перед менструацией
3. Середина менструального цикла
4. Сразу после менструации
5. Все перечисленное

5.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОКАЗАНА ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ?

1. Субмукозная миома матки
2. Трубное бесплодие
3. Аномалии развития матки
4. Аденомиоз
5. Все перечисленное

6.КАКИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВЫ ЗНАЕТЕ? ВЫБЕРИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Кульдоскопия
2. УЗИ
3. Гистероскопия
4. Лапароскопия
5. Кольпоскопия

7.В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРОИЗВОДИТСЯ РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ?

1. Во всех при гинекологическом осмотре
2. У девственниц
3. При воспалении придатков матки
4. При миоме матки
5. При бесплодии

8.В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРОИЗВОДИТСЯ ЗОНДИРОВАНИЕ МАТКИ?

1. Перед раздельным диагностическим выскабливанием стенок матки
2. Перед введением ВМС
3. При диагностике атрезии цервикального канала
4. При диагностике субмукозной миомы матки
5. Во всех перечисленных

9.ФОРМА ШЕЙКИ МАТКИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН?

1. Коническая
2. Бочкообразная
3. Цилиндрическая
4. Продолговатая
5. Шаровидная

10.КАКОЙ ЭПИТЕЛИЙ ПОКРЫВАЕТ ВЛАГАЛИЩНУЮ ЧАСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ?

1. Цилиндрический
2. Кубический
3. Многослойный плоский
4. Призматический
5. Атипический

**Ситуационные задачи.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

# Задача № 1

Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

# Задача № 2

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

# Задача № 3

Пациентка 26 лет ,жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько уровней регуляции менструального цикла?

**Задача №4**

Больная 50 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

**Задача №5**

Больная 25лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

Рекомендованная литература по теме занятия (по стандарту)

**Основная:**

1. Гинекология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

**Дополнительная:**

1. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции [Электронный ресурс] : рук. для врачей / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
2. Гинекология. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям / сост. А. Т. Егорова, В. Б. Цхай, А. И. Пашов [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 140 с.
3. Гистероскопия [Электронный ресурс] : атлас и руководство / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 248 с. : ил.
4. Инструментарий, используемый в акушерско-гинекологической практике : учеб. пособие / И.М. Бетоева, Т.С. Дзайнуков, Л.В. Майсурадзе [и др.]. - Владикавказ : СОГМА, 2014. - 77 с.
5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / гл. ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
6. Онкогинекология в практике гинеколога [Электронный ресурс] / М. Г. Венедиктова, Ю. Э. Доброхотова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
7. Практическая кольпоскопия [Электронный ресурс] / С. И. Роговская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 240 с. : ил.
8. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии [Электронный ресурс] / ред. В. Гомел, Э. И. Брилл ; пер. с англ. А. Е. Любова. - эл. изд. - М. : Лаборатория знаний, 2016.
9. Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих ; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 384 с. - (Схемы лечения).
10. Хирургическое лечение рака молочной железы и меланомы [Электронный ресурс] / ред. К. И. Бленд, М. У. Бухлер, А. Ксендес [и др.] ; пер. с англ. В. В. Пожарский ; ред.-пер. В. Д. Чхиквадзе. - 2-е изд. (эл.). - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. - 314 с. : ил.
11. Цитологическое исследование цервикальных мазков - Пап-тест [Электронный ресурс] / Н. Ю. Полонская, И. В. Юрасова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
12. Клинические протоколы по специальности акушерство и гинекология. Ссылка доступна по http://kraszdrav.ru/documents/poryadki\_okazaniya\_meditsinskoy\_pomoshchi/klinicheskie\_rekomendatsii\_protokoli\_lecheniya

**Законодательные и нормативно-правовые документы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вид документа** | **Принявший орган** | **Дата** | **Номер** | **Название документа** |
| 1. | Приказ | Министерство здравоохранения Российской Федерации | От 01.11.12 | № 572-н | «Порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)» |
| 2. | Приказ | Министерство здравоохранения Российской Федерации | От 03.12.09 | № 944н | «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным» |

1. **Базально-клеточная гиперактивность - гиперплазия базальных кле­ток многослойного плоского эпителия.** [↑](#footnote-ref-2)
2. **Вертикальная анизоморфность — различие морфологических особен­ностей и неравномерность величины слоев клеток единого плоского эпите­лия по вертикали.** [↑](#footnote-ref-3)
3. **Стратификация — правильное чередование этажности слоев много­слойного плоского эпителия.** [↑](#footnote-ref-4)