

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

учебное пособие

для студентов 4 курса лечебного и 5 курса педиатрического факультетов

4-е издание, исправленное и дополненное

Под редакцией И.Г. Куценко

ТОМСК
Издательство СибГМУ
2024

УДК 618.1(075.8)(075.4)

ББК 57.1я73

Г 491

Авторы:

Куценко И.Г., Михеенко Г.М., Тихоновская О.А., Петров И.А., Габидулина Т.В., Дмитриева М.Л., Жабина Е.С., Захарова И.В., Огороков А.О., Петрова М.С., Ткачѳв В.Н., Воробьѳв Ю.О., Егунова М.А., Киселева Е.А., Оккель Ю.В., Тимофеева О.С.

Под редакцией:

И.Г. Куценко – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Г 491 **Гинекологические заболевания:** учебное пособие для студентов 4 курса лечебного и 5 курса педиатрического факультетов/ под ред. И.Г. Куценко. – 4-е изд., испр. и доп. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2024. – 121 с.

Пособие содержит определения основных гинекологических заболеваний, изучаемых согласно рабочей программе дисциплины, контрольные вопросы для самоподготовки, 34 ситуационные задачи с тестовыми заданиями, латинские и греко-латинские анатомические и клинические термины, применяемые в гинекологии, и 5 деловых игр.

Учебное пособие написано по дисциплине «Акушерство и гинекология» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для студентов, обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам специалитета по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия».

УДК 618.1(075.8)(075.4)

ББК 57.1я73

Рецензент:

С.Ю. Юрьев – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол №2 от 10 ноября 2023 г.)

© Макет издательства СибГМУ, 2024

Куценко И.Г., Михеенко Г.М., Тихоновская О.А., Петров И.А., Габидулина Т.В., Дмитриева М.Л., Жабина Е.С., Захарова И.В., Огороков А.О., Петрова М.С., Ткачѳв В.Н., Воробьѳв Ю.О., Егунова М.А., Киселева Е.А., Оккель Ю.В., Тимофеева О.С., 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	5
Введение.....	7
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ГИНЕКОЛОГИИ	8
1. Аномальные маточные кровотечения	9
2. Воспалительные болезни женских половых органов	12
3. Нейроэндокринные синдромы	21
4. Миома матки	26
5. Эндометриоз.....	31
6. Острый живот в гинекологии.....	34
7. Невоспалительные заболевания, предрак и рак шейки матки.....	40
8. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак тела матки.....	47
9. Доброкачественные и опухолевидные образования яичников	50
10. Рак яичников.....	52
11. Бесплодие	57
12. Контрацепция.....	62
ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ	66
1. Периоды жизни женщины	67
2. Воспалительные болезни женских половых органов	67
3. Нарушения менструальной функции	69
4. Миома матки	71
5. Эндометриоз.....	72
6. Внематочная беременность	73
7. Невоспалительные заболевания, предрак и рак шейки матки.....	74
8. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников	75
9. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия	76
10. Трофобластическая болезнь	76
11. Бесплодие	77
12. Нейроэндокринные синдромы	78
13. Аномалии положения половых органов	79
14. Пороки развития половых органов.....	80
15. Оперативная гинекология.....	81
15.1. Диагностические и лечебно-диагностические манипуляции и хирургические вмешательства на органах малого таза	81
15.2. Операция на наружных половых органах, влагалище и шейке матки	82
15.3. Операция на маточных придатках	84

15.4. Операции на матке и околоматочном пространстве	85
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ.....	87
КЛИНИЧЕСКИЕ УЧЕБНЫЕ ИГРЫ	91
1. Острые ВЗОМТ, неосложнённое течение.	
Методика последовательной цепочки	93
2. Острые ВЗОМТ. Осложнённое течение.	
Методика модифицированного мозгового штурма	97
3. Внутривнутрибрюшное кровотечение.	
Методика разорванного опроса	100
4. Аномальное маточное кровотечение. Методика «Пациент на бумаге»	104
5. «Острый живот». Деловая (ролевая) игра	108
Рекомендуемая литература	117

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГЭ	– атипическая гиперплазия эндометрия
АД	– артериальное давление
АМК	– аномальное маточное кровотечение
ВЗОМТ	– воспалительные заболевания органов малого таза
ВМК	– внутриматочный контрацептив
ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ВПЧ	– вирус папилломы человека
ВРТ	– вспомогательные репродуктивные технологии
ГЭ	– гиперплазия эндометрия
ДОЯ	– доброкачественное образование яичника
МГТ	– менопаузальная гормональная терапия
ИКСИ	– интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида
ИППП	– инфекция, передаваемая половым путём
КОК	– комбинированные оральные контрацептивы
КТ	– компьютерная томография
ЛГ	– лютеинизирующий гормон
МКБ	– международная классификация болезней
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НПВП	– нестероидные противовоспалительные препараты
ООЯ	– объемное образование яичника
ПМС	– предменструальный синдром
ПРЛ	– пролактин
ПЦР	– полимеразная цепная реакция
ПЭ	– перенос эмбриона
ПЭТ	– позитронно-эмиссионная томография
РТМ	– рак тела матки
РШМ	– рак шейки матки
РЯ	– рак яичников
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
Т4	– тироксин
ТТГ	– тиреотропный гормон
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФСГ	– фолликулостимулирующий гормон
ХГЧ (HCG)	– хорионический гонадотропин человеческий

ЦДК	– цветное доплеровское картирование
ЭКО	– экстракорпоральное оплодотворение
BRCA	– breast cancer, онкоген рака молочной железы
СА-125	– cancer antigen 125 – углеводный антиген 125, антиген серозной
ной	цистаденокарциномы
СА-19-9	– cancer antigen 19.9 – углеводный антиген 19-9
CIN	– Cervical Intraepithelial Neoplasia – цервикальная интраэпителиальная неоплазия
СРБ	– С-реактивный белок
E2	– эстрадиол
FIGO	– International Federation of Gynecology and Obstetrics – Международная федерация акушеров-гинекологов
HE4	– Human epididymis protein 4 – белок 4 эпидидимиса человека
HSIL	– High grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени
IOTA	– International Ovarian Tumor Analysis – международная группа анализа опухолей яичников
LSIL	– Low grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени
RMI	– Risk of Malignancy Index – индекс малигнизации
ROMA	– Risk of Ovarian Malignancy Algorithm – алгоритм расчета риска малигнизации опухоли яичника

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее пособие представляет собой четвертое переиздание учебного пособия «Гинекология. Латинская терминология и ситуационные задачи». В основу первого издания легло учебно-методическое пособие «Учебные игры и ситуационные задачи в гинекологии», изданное в 2004 г. под редакцией А.А. Радионченко. Первое издание учебного пособия «Гинекология. Латинская терминология и ситуационные задачи», созданное сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, вышло в свет в 2014 г. под редакцией И.Д. Евтушенко и получило гриф УМО. В 2015 г. вышло в свет второе издание данного пособия с грифом УМО №392/05.05-20 от 05.11.2014. В последующие годы материал пособия дорабатывался и обновлялся, и в 2022 г. вышло в свет пособие «Гинекологические заболевания. Сборник клинических задач и словарь латинских терминов» под редакцией И.Г. Куценко.

В четвертое издание внесены правки, согласно новым Клиническим рекомендациям, обновлен список рекомендованной литературы.

Как и в предыдущих изданиях в пособие включен глоссарий по гинекологии. В настоящем учебном пособии представлены контрольные вопросы для самоподготовки к практическим занятиям, 34 лечебно-диагностические задачи с описанием субъективных и объективных симптомов различных гинекологических заболеваний и начальных данных результатов обследования, а также 5 учебных игр. Решение задачи предполагает реализацию теоретических знаний студентов в реальной клинической ситуации при выборе методов обследования и лечения конкретной больной согласно клиническим протоколам, предоставляет студентам возможность самостоятельно формулировать диагноз. 4-е издание дополнено учебными играми, которые составлены и апробированы согласно рекомендациям Л.Б. Наумова, автора монографии «Учебные игры в медицине» (Учебные игры в медицине / Л. Б. Наумов - Ташкент : Медицина, 1986. - 319 с.). Учебные игры имитируют работу врача с пациенткой в экстренных ситуациях, ориентированы на формирование III уровня обучения и профессиональной ответственности за судьбу пациентки. Учебные игры базируются на синдромном принципе мышления.

Вопросы, лечебно-диагностические задачи и учебные игры отражают разделы блока «Гинекология» дисциплины «Акушерство и гинекология».



КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
И КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ
ПО ГИНЕКОЛОГИИ

1. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Аномальное маточное кровотечение (АМК) – кровотечения чрезмерные по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/ или частоте (менее 24 дней). Частота встречаемости АМК составляет примерно 30% среди пациенток репродуктивного возраста и может достигать 70% в перименопаузальный период.

Классификация FIGO (PALM-COEIN) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста (2018)

- Р** - polyp (полип) (АМК-Р);
А - adenomyosis (аденомиоз) (АМК-А);
Л - leiomyoma (лейомиома) (АМК-Л);
М - malignancy (малигнизация) (АМК-М) и hyperplasia (гиперплазия);
- С** - coagulopathy (коагулопатия) (АМК-С);
О - ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) (АМК-О);
Е - endometrial (эндометриальное) (АМК-Е);
И - iatrogenic (ятрогенное) (АМК-И);
Н - not yet classified (еще не классифицированы) (АМК-Н).

*Клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения» (2023 г): https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/645_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Характеристика нормального менструального цикла.
- Определения терминов: аномальное маточное кровотечение (АМК), обильное маточное кровотечение (ОМК), межменструальное маточное кровотечение (ММК), острое АМК, хроническое АМК.
- Этиология и патогенез АМК.
- Классификация АМК по PALM-COEIN.
- Классификация АМК по возрастным группам.
- Клиническая картина АМК.
- Дифференциальная диагностика причин АМК.
- Задачи и принципы лечения АМК.
- Лекарственные средства (негормональные и гормональные), применяемые для консервативного лечения АМК.

- АМК пубертатного периода: патогенез, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение: негормональный и гормональный гемостаз.
- АМК репродуктивного возраста: дифференциальный диагноз, диагностика, лечение.
- АМК в пре- и постменопаузе: этиология, дифференциальный диагноз, морфология эндометрия, лечение.
- Принципы регуляции и подавления менструального цикла.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

В дежурный гинекологический стационар обратилась мать с дочерью 14 лет. Девушка жалуется на обильное маточное кровотечение, начавшееся на 20-й день менструального цикла. Из анамнеза выяснено: менархе в 13 лет, в течение года нерегулярные обильные безболезненные менструальные кровотечения со сгустками (через 6–8 недель по 8–10 дней). Отмечены эпизоды носовых кровотечений с детского возраста.

При осмотре: кожные покровы бледные, без патологических изменений, пульс 82 уд./мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно, оволение по женскому типу, девственная плева цела. Выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ОПИСАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА –

- 1) овариальная дисфункция
- 2) тромбоцитопатия
- 3) болезнь Верльгофа
- 4) болезнь Виллебранда
- 5) полип эндометрия

2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ –

- 1) клинический анализ крови
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) коагулограмма
- 4) тест на ХГЧ
- 5) определение уровня ферритина

3. У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КРАЙНЕМ СЛУЧАЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) НПВП
- 2) утеротоники
- 3) гормональный гемостаз
- 4) прием транексамовой кислоты
- 5) хирургический гемостаз (выскабливание полости матки под контролем гистероскопии)

Задача №2

Пациентка, 29 лет, поступила в дежурный гинекологический стационар с жалобой на длительное обильное маточное кровотечение в течение 10 дней после задержки очередной менструации на 3 месяца. Менархе в 13 лет. Менструальный цикл составляет 30 дней, продолжительность менструации 5–6 дней. В анамнезе 1 беременность, завершившаяся родами в срок. Метод контрацепции – прерванный половой акт.

При осмотре с помощью влагалищного зеркала и бимануальном исследовании патологических изменений не обнаружено. Из цервикального канала обильные кровянистые выделения. Тест на ХГЧ отрицательный. При УЗИ органов малого таза патологии не выявлено.

Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. Кровотечение прекратилось.

Результат морфологического исследования эндометрия: фаза поздней пролиферации.

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) миома матки (myoma corpus uteri)
- 2) внутренний эндометриоз (endometriosis interna)
- 3) выкидыш (abortus spontaneus)
- 4) овуляторная дисфункция (anovulatio)
- 5) коагулопатия (coagulopatia)

2. ДЛЯ РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) гестагены
- 2) эстрогены
- 3) комбинированные оральные контрацептивы
- 4) андрогены

5) циклическую витаминотерапию

3. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ОВУЛЯЦИИ

- 1) нарушение обратной положительной связи
- 2) нарушение обратной отрицательной связи
- 3) нарушение прямой связи
- 4) гиперпролактинемия
- 5) инсулинорезистентность

2. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (ВУЛЬВЫ)

Классификация МКБ-10

N75.1 Абсцесс бартолиновой железы

N75.1 Другие болезни бартолиновой железы (бартолинит)

N76.2 Острый вульвит

N76.3 Подострый и хронический вульвит

N76.4 Абсцесс вульвы

N76.6 Изъязвление вульвы

Задача № 3

К врачу акушеру-гинекологу на специализированный приём по патологии детского и подросткового возраста обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, скудные гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. Ребёнок наблюдается врачом-аллергологом в связи с атопическим дерматитом (кожные высыпания на локтевых сгибах и на лице).

Объективное обследование: общее и половое развитие ребёнка соответствует возрасту. На задней поверхности шеи, в паховых складках, в подколенных ямках и наружных половых органах отмечаются четко очерченные очаги гиперемии с признаками лихенизации. Вульва гиперемирована, отделяемое из половой щели слизисто-гнойное, умеренной обильности.

1. *Поставить диагноз.*

2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1) дефицит андрогенов
- 2) глистная инвазия
- 3) нарушение гигиены
- 4) инородное тело влагалища
- 5) дефицит эстрогенов

2. В РАЗВИТИИ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК ДО 8 ЛЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) нерациональное питание
- 2) несоблюдение гигиенических мероприятий
- 3) наличие хронических очагов инфекции
- 4) дефицит эстрогенов
- 5) дефицит андрогенов

3. ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ

- 1) соблюдение гипоаллергенной диеты
- 2) местные антисептики
- 3) использование антигистаминных препаратов
- 4) комбинированные местные противовоспалительные препараты с антибиотиками
- 5) системное применение антибактериальных препаратов

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

К воспалительным заболеваниям нижнего отдела половых путей относят вагиниты и цервициты, этиологическими факторами которых может быть как условно-патогенная флора, так и абсолютные патогены.

К абсолютным патогенам, участвующим в развитии воспалительных заболеваний половых путей, относят *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, ВПГ, ВПЧ.

Актуальность ИППП прежде всего связана с большим процентом случаев бессимптомного течения с выраженным при этом отрицательным воздействием на репродуктивное здоровье, приводящим к огромному социальному и экономическому ущербу от этих заболеваний.

*Клинические рекомендации «Хламидийная инфекция» (2021):
https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/194_1

*Клинические рекомендации «Гонококковая инфекция» (2021): https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/218_1

*Клинические рекомендации «Урогенитальный трихомониаз» (2021): https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/241_2

*Клинические рекомендации «Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция» (2021): https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/679_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Актуальность и эпидемиология ИППП.
- Методы выявления ИППП
- Трихомониаз: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, контроль излеченности.
- Гонорея: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, контроль излеченности.
- Урогенитальный хламидиоз: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, контроль излеченности.
- Генитальный герпес: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- Папилломовирусная инфекция: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- Отдаленные последствия перенесенных ИППП.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 4

Незамужняя женщина, 25 лет, обратилась в женскую консультацию, предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей и рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живёт нерегулярно, без контрацепции, постоянного партнёра не имеет. Беременности не было. Менструальный цикл не нарушен. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный.

Status genitalis: наружное отверстие уретры гиперемировано, слизистогнойные выделения; слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отёчна, обильные гнойные выделения из цервикального канала. Матка и маточные придатки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.

1. Поставить диагноз.
2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ИМЕЮЩЕЕ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ, –

- 1) vaginitis
- 2) cervicitis
- 3) urethritis
- 4) endometritis
- 5) salpingitis

2. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ –

- 1) госпитализация
- 2) антимикробные средства
- 3) инфузионная терапия
- 4) лечение полового партнёра
- 5) комбинированные противовоспалительные вагинальные препараты

3. ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЁННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ –

- 1) sterilitas
- 2) cervicitis chronica
- 3) urethritis chronica
- 4) dysmenorrhea
- 5) algos

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ (ВЗОМТ)

Воспалительные заболевания верхнего отдела половых путей (ВЗОМТ) включают эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвоперитонит и их сочетания.

Эта группа заболеваний занимает лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной госпитализации женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется 448 млн новых случаев ВЗОМТ (до 60% от общего числа гинекологических заболеваний). При отсутствии своевременной диагностики и лечения могут развиваться долгосрочные последствия ВЗОМТ, такие как бесплодие, невынашивание беременности, спаечный процесс, хроническая тазовая боль, внематочная беременность.

Предположительные, дополнительные и специфические критерии ВЗОМТ

Предположительные критерии	Дополнительные критерии	Специфические критерии
<ul style="list-style-type: none"> • болезненность при пальпации нижних отделов живота • болезненные тракции шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании • болезненность при пальпации области придатков при бимануальном влагалищном исследовании 	<ul style="list-style-type: none"> • подъем температуры более 38,0°С • большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете • повышение СОЭ • повышение уровня СРБ • обнаружение N. gonorrhoeae или C. trachomatis в отделяемом из цервикального канала 	<ul style="list-style-type: none"> • биопсия эндометрия с патогистологическими признаками эндометрита • обнаружение с помощью УЗИ или МРТ органов малого таза утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб, осумкованное образование в области яичников в сочетании со свободной жидкостью в малом тазу • обнаружение признаков воспаления органов малого таза по данным лапароскопии

*Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов» (2021 г): https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/643_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Защитные механизмы женской репродуктивной системы. Нормальная и патогенная микрофлора влагалища.
- Этиология воспалительных процессов репродуктивного тракта.
- Методы выявления этиологического фактора воспалительного процесса.
- Пути распространения инфекции в репродуктивном тракте.
- Воспалительные процессы органов нижнего отдела репродуктивного тракта (вульвит, вульвовагинит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит) – клиника, диагностика, лечение.
- Бактериальный вагиноз: факторы риска, клиническая картина, критерии диагностики и лечения.
- Вульвовагинальный кандидоз: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

- Воспалительные заболевания верхнего отдела репродуктивного тракта (ВЗОМТ). Классификация ВЗОМТ: по тканевой реакции, по этиологии, по локализации.
- Факторы риска и провоцирующие факторы ВЗОМТ.
- Причины, обуславливающие большую распространённость ВЗОМТ.
- Критерии ВЗОМТ: предположительные, дополнительные и специфические.
- Особенности течения ВЗОМТ в различные периоды жизни женщины (детский, репродуктивный, постменопаузальный).
- Современные методы диагностики ВЗОМТ.
- Базисное лечение ВЗОМТ, оценка эффективности.
- Показания к хирургическому лечению ВЗОМТ.
- Сальпингоофорит: этиология, клиника, диагностика, лечение в острой и хронической стадии.
- Эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение в острой и хронической стадии.
- Генитальный пельвиоперитонит: этиология, клиника, диагностика, консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению.
- Параметрит: этиология, стадии, диагностика, лечение.
- Дифференциальная диагностика ВЗОМТ.
- Отдаленные последствия перенесенных ВЗОМТ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 5

Молодая нерожавшая женщина заболела остро на второй день после хирургического аборта. Жалобы на тянущую боль внизу живота, недомогание, повышение температуры тела до 39 °С, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку парацетамола, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в дежурный гинекологический стационар. При обследовании отмечены бледность кожных покровов, тахикардия. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Уровень лейкоцитов 13,6 Г/л, СОЭ 35 мм в час, СРБ ++.

Status genitalis: шейка матки визуально не изменена, выделения скудные, кровянистые, без запаха. Тело матки несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненно при пальпации и смещении, маточные придатки не увеличены, безболезненны. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована, наружный зев закрыт.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕАБОРТНОМ ПЕРИОДЕ У ДАННОЙ БОЛЬНОЙ ОТНОСЯТ
 - 1) parametritis
 - 2) abscessus tubaria
 - 3) pelvioperitonitis
 - 4) endometritis acuta
 - 5) salpingoophoritis acuta
2. В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТКИ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ
 - 1) инфузионная терапия
 - 2) утеротонические средства
 - 3) жаропонижающие препараты
 - 4) антибиотики широкого спектра действия
 - 5) выскабливание полости матки
3. ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСЛЕАБОРТНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА –
 - 1) sterilitas
 - 2) algos
 - 3) abortus habitualis
 - 4) dysmenorrhea
 - 5) pyometra

Задача № 6

В дежурный стационар бригадой скорой помощи доставлена пациентка 23-х лет с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, зуд и жжение при мочеиспускании, гнойно-кровянистые выделения из половых путей. Заболела остро во время очередной менструации.

Женщина в браке не состоит, метод контрацепции – прерванный половой акт. Беременности не было. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 39 °С, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 110 уд./мин, количество лейкоцитов 25,0 Г/л, СОЭ 30 мм/час, СРБ ++.

Живот умеренно вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах.

Status genitalis: наружное отверстие уретры гиперемировано, слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отёчна, из цервикального ка-

нала выделяются гнойные бели с примесью крови. При бимануальном исследовании определить матку и ее придатки не удастся из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТКИ –

- 1) микроскопическое исследование мазков из уретры и цервикального канала
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) кульдоцентез
- 4) бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала
- 5) тест на ХГЧ

2. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ –

- 1) нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) постельный режим
- 3) инфузионная терапия
- 4) антибиотики широкого спектра действия
- 5) антигистаминные препараты

3. ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ВЗОТ

- 1) endometritis
- 2) pyovarium
- 3) abscessus tuboovarialis
- 4) pyosalpinx
- 5) salpingitis purulentus

Задача № 7

Пациентка, 30 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом, и обильные менструации, появившиеся 4 месяца назад после введения внутриматочного средства (ВМК) с целью контрацепции. Боли стали беспокоить женщину через 2 дня после введения ВМК. В анамнезе у пациентки 2 родов и 3 искусственных прерывания беременности хирургическим методом.

Объективное обследование: общее состояние пациентки удовлетворительное, трудоспособность не нарушена. Температура тела нормальная.

Status genitalis: шейка матки визуально не изменена, видны нити ВМК. Выделения слизистые, мутные, светлые, в небольшом количестве. Матка и маточные придатки не увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована.

1. *Поставить диагноз.*

2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАЗНАЧЕНИЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЕ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ, –

- 1) удаление ВМК
- 2) противовоспалительные средства
- 3) выбор другого способа контрацепции
- 4) возможно сохранение ВМК в полости матки
- 5) раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала

2. ФАКТОРАМИ РИСКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЮТСЯ –

- 1) наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем
- 2) акушерские и гинекологические операции, внутриматочные диагностические манипуляции
- 3) введение внутриматочного контрацептива
- 4) индекс массы тела более 30 кг/м²
- 5) курение более 20 сигарет в день

3. ПОЛЕЗНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК –

- 1) уменьшение кровопотери во время менструации
- 2) снижение частоты ВЗОМТ
- 3) уменьшение частоты рака яичников
- 4) снижение частоты рака эндометрия
- 5) снижение частоты рака шейки матки

3. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ В ГИНЕКОЛОГИИ

Нейроэндокринные синдромы включают в себя заболевания, обусловленные нарушением или врожденным дефектом любого из уровней регуляции функции репродуктивной системы. Обязательно поражается центральный уровень регуляции репродуктивной системы – надгипоталамические структуры, гипоталамус, гипофиз. Нейроэндокринные синдромы всегда сопровождаются симптомокомплексом психоэмоциональных, вегетососудистых и обменно-эндокринных нарушений в различных вариантах.

В последние несколько десятилетий наблюдается активная динамика роста заболеваемости нейроэндокринными синдромами у женщин.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Аменорея физиологическая, патологическая; истинная, ложная; первичная, вторичная; нормогонадотропная, гипергонадотропная, гипогонадотропная.
- Аменорея (гипоталамо-гипофизарная, яичниковая, маточная): причины, диагностика, лечение.
- Синдром постовариоэктомии (кастрационный синдром): клиника, принципы лечения, заместительная гормонотерапия.
- Дисгенезия гонад (с-м Шершевского-Тернера).
- Дисгенезия гонад (с-м Соваля, с-м Свайера).
- Синдром резистентности к андрогенам (с-м Морриса).
- Синдром поликистозных яичников: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
- Климактерический синдром: этиология, клиническая картина.
- Климактерический синдром: лечение.
- Преждевременное истощение яичников.
- Синдром Шиена.
- Персистирующая галакторея- аменорея (с-м Киари-Фроммеля).
- Предменструальный синдром: классификация, клиника, диагностика, лечение.
- Врожденная гиперплазия коры надпочечников
- Болезнь и синдром Кушинга.

Задача № 8

Женщина, 34 года, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 1 года, увеличение массы тела, слабость, быстрая утомляемость. АД 85/60 мм рт. ст. Каких-либо лекарств в последнее время не принимала. Результаты гормонального обследования, следующие:

ФСГ – 6,0 МЕ/мл (норма 2,8–11,3)

ЛГ – 5,4 МЕ/мл (норма 1,1–11,6)

ПРЛ – 55 нг/мл (норма 2–25)

ТТГ – 40 мкЕ/мл (норма 0,1–4,5)

Т 4 – 1,8 мкг/дцл (норма 4,5–12)

1. *Поставить диагноз.*

2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА АМЕНОРЕИ У ДАННОЙ БОЛЬНОЙ**

–

- 1) гиперпролактинемия с опухолью гипофиза
- 2) гиперпролактинемия без опухоли гипофиза
- 3) СТГ-секретирующая опухоль гипофиза
- 4) гипотиреоз
- 5) гипертиреоз

2. **ДЛЯ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО**

- 1) агонисты дофамина
- 2) гомеопатические средства
- 3) антиэстрогены
- 4) тироксин
- 5) гонадотропины

3. **ПРИ ПЕРВИЧНОМ МАНИФЕСТНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ**

- 1) повышено содержание ТТГ
- 2) снижено содержание Т4
- 3) частая причина – аутоиммунный тиреоидит
- 4) прием тироксина индуцирует менструации при аменорее
- 5) повышено содержание Т4

Задача № 9

Молодая женщина обратилась в женскую консультацию в связи с тем, что 6 лет назад (в 19 лет) без видимой причины прекратились менструации, не было ни одной беременности. В последнее время отмечает ухудшение зрения. Фенотип типично женский.

Результаты гормонального исследования:

ФСГ – 0,3 МЕ/мл (норма 2,8–11,3).

ЛГ – 0,1 МЕ/мл (норма 1,1–11,6).

ПРЛ – 305 мМЕ/л (252–504 мМЕ/л).

Эстрадиол – 8 пг/мл (норма 12,5–166)

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ФОРМА АМЕНОРЕИ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ –

- 1) вторичная аменорея на уровне гипоталамуса
- 2) вторичная аменорея на уровне яичников
- 3) вторичная аменорея на уровне матки и влагалища
- 4) вторичная аменорея на уровне передней доли гипофиза
- 5) вторичная аменорея, обусловленная нарушениями других эндокринных желез

2. ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО –

- 1) гистероскопия
- 2) проба с прогестагеном, проба с эстрагеном и прогестагеном
- 3) исследование глазного дна и полей зрения
- 4) МРТ головного мозга с контрастированием
- 5) лапароскопия

3. СПЕЦИАЛИСТ, КОТОРЫЙ ОПРЕДЕЛИТ ДАЛЬНЕЙШУЮ ТАКТИКУ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА –

- 1) окулист
- 2) невролог
- 3) гинеколог
- 4) нейрохирург
- 5) эндокринолог

Задача № 10

У 18-летней девушки не было ни одной менструации. При осмотре врачом женской консультации отмечено: рост 140 см, неразвитые грудные железы.

Status genitalis: наружные половые органы сформированы по женскому типу, отмечается гипоплазия малых и больших половых губ, отсутствует половое оволосение. По данным УЗИ ...

Формула полового развития:

P – 0; A – 0; Ma – 0.

Результаты гормонального исследования:

Эстрадиол – 3 пг/мл (норма 12,5–166)

ФСГ – 120 МЕ/мл (норма 2,8–11,3)

ЛГ – 80 МЕ/мл (норма 1,1–11,6)

ПРЛ – 250 мМЕ/л (252–504 мМЕ/л)

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА АМЕНОРЕИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) гиперпролактинемия
- 2) гипоталамо-гипофизарная недостаточность
- 3) гипоталамо-гипофизарная дисфункция
- 4) яичниковая недостаточность
- 5) недостаточность щитовидной железы

2. ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПО АЛГОРИТМУ, –

- 1) гестаген-тест
- 2) кломифен-тест
- 3) МРТ головного мозга
- 4) кариотипирование
- 5) биопсия яичников

3. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ ПРИ КАРИОТИПЕ 45 X –

- 1) отсутствие вмешательства
- 2) стимулировать рост девушки 2–3 года
- 3) назначить препараты, содержащие гонадотропины
- 4) циклическая гормональная терапия эстрогенами и гестагенами
- 5) гормональная терапия глюкокортикоидами

Задача № 11

В женскую консультацию обратилась пациентка, 26 лет. Жалоба на ухудшение состояния за 5 дней до менструации: отёки лица, голеней, пальцев рук, прибавку в весе, ощущение напряжения и болезненности молочных желёз, головную боль. С наступлением очередной менструации перечисленные симптомы исчезают. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено.

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) ПМС кризовая форма
- 2) ПМС атипичная форма
- 3) ПМС нейропсихическая форма
- 4) ПМС отечная форма
- 5) ПМС цефалгическая форма

2. ПРОФИЛАКТИКА ПМС ВКЛЮЧАЕТ

- 1) активный образ жизни
- 2) водные процедуры
- 3) соблюдение режима труда и отдыха
- 4) соблюдение диеты
- 5) приём КОК

3. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ

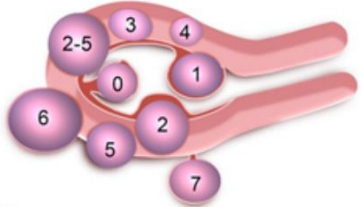
- 1) аГнРГ-ЛГ
- 2) агонисты дофаминовых рецепторов
- 3) гестагены
- 4) КОК
- 5) мочегонные препараты

4.МИОМА МАТКИ

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Частота заболевания среди женщин репродуктивного возраста достигает 70%. Средний возраст выявления миомы матки 32–34 года, а пик заболеваемости приходится к началу менопаузы.

Классификация миомы матки FIGO (2018).

 <p>Leiomyoma subclassification system</p>	Субмукозная миома	0	Узел в полости на «ножке»
		1	< 50% интрамуральный компонент
		2	≥ интрамуральный компонент
	Другие	3	Контактирует с эндометрием, 100% интрамуральный узел
		4	Интрамуральная
		5	Субсерозная ≥50% интрамуральная
		6	Субсерозная <50% интрамуральная
		7	Субсерозная на «ножке»
	8	Другая	
	Гибридная (контактирует с эндометрием и серозной оболочкой)	2-5	Субмукозная или субсерозная,

*Клинические рекомендации «Миома матки» (2020 г):

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/257_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Миома матки: определение, эпидемиология.
- Этиология и патогенез миомы матки.
- Классификация миомы матки по расположению.
- Классификация миомы матки по FIGO.
- Клиническая картина миомы матки в зависимости от локализации.
- Осложнения течения миомы матки.
- Диагностический алгоритм при миоме матки.

- Показания к гистероскопии при миоме матки.
- Консервативное лечение миомы матки: цели, показания, группы лекарственных препаратов.
- Показания к хирургическому лечению миомы матки.
- Виды органосохраняющих операций при миоме матки.
- Виды радикальных операций при миоме матки.
- Показания к экстренной операции при миоме матки.
- Выбор метода лечения миомы матки в зависимости от возраста, клинической картины, величины и расположения миоматозных узлов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 12

Женщина, 38 лет, обследуется в женской консультации в связи с наличием симптомов хронического аномального маточного кровотечения и вторичной анемии (гемоглобин 80 г/л, сывороточное железо 7 мкмоль/л, ферритин 8 мкг/л).

В анамнезе 1 срочные роды и 2 самопроизвольных выкидыша. Контрацепция барьерная.

Status genitalis: шейка матки цилиндрической формы, нормальных размеров, визуально не изменена, зев закрыт. Тело матки шаровидной формы, увеличено соответственно 7-недельному сроку беременности, плотной консистенции. Маточные придатки не увеличены. Шейка матки цилиндрической формы, нормальных размеров, визуально не изменена, зев закрыт. Пациентка не желает подвергаться оперативному вмешательству с удалением матки.

1. Поставить диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ –

- 1) онкоцитология шейки матки
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) гистероскопия
- 4) раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала
- 5) морфологическое исследование эндометрия

2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА, ПРИ КОТОРОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ОСОБЕННО ОБИЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ –

- 1) myoma uteri subserosum
- 2) myoma uteri interstitiale
- 3) myoma uteri intraligamentare
- 4) myoma uteri submucosum
- 5) myoma uteri cervicalis

3. ВЫПОЛНЕНИЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОМИИ ВОЗМОЖНО В СЛУЧАЕ

- 1) доброкачественного характера морфологического исследования эндометрия и эндоцервикса
- 2) узла 0 типа по FIGO
- 3) узла I типа по FIGO
- 4) соответствующего оснащения операционной
- 5) наличия информированного согласия пациентки

Задача № 13

Женщина, 51 год, готовится к плановому хирургическому лечению по поводу множественной миомы матки и обильных менструальных кровотечений. Величина матки соответствует 24 неделям беременности.

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД РЕШЕНИЕМ ВОПРОСА ОБ ОБЪЕМЕ ОПЕРАЦИИ–

- 1) цитологическое исследование
- 2) кольпоскопия
- 3) гистероскопия, выскабливание полости матки и цервикального канала
- 4) УЗИ ОМТ
- 5) определение уровня СА-125, HE-4

2. ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ, –

- 1) defundatio uteri
- 2) hystrectomia totalis
- 3) enucleatio noduli myomatosis uteri
- 4) hysterectomy subtotalis
- 5) amputatio uteri alta

3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ –

- 1) травма мочевого пузыря
- 2) кровотечение
- 3) перевязка мочеточника
- 4) пересечение мочеточника
- 5) травма кишечника

Задача № 14

Женщина, 46 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные и 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.

Status genitalis: шейка матки визуально не изменена, выделения из половых путей слизистые. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 6 неделям беременности, тугоэластической консистенции, подвижно, безболезненно, шаровидной формы. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, околоматочная клетчатка не инфильтрирована, наружный зев закрыт.

1. Поставить диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЛЯ КОТОРЫХ ХАРАКТЕРНА КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В ЗАДАЧЕ, –

- 1) myoma uteri submucosum
- 2) adenomyosis
- 3) endometritis chronica
- 4) hyperplasia endometrii
- 5) polypus endometrii

2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) sonographia
- 2) hysteroscopia
- 3) abrasio canalis cervicalis et cavi uteri probatoria
- 4) laparoscopia
- 5) histological examen endometrium

3. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ, ВОЗМОЖНЫЕ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ, –

- 1) гиперплазия эндометрия без атипии
- 2) гиперплазия эндометрия с атипией
- 3) полип эндометрия
- 4) аденокарцинома
- 5) хронический эндометрит

Задача № 15

У пациентки 38-ми лет, внезапно на работе развился приступ острых болей в нижних отделах живота. Менструальный цикл без изменений, последняя менструация была 3 недели назад. В анамнезе двое родов. Контрацепция барьерная. В течение 7 лет пациентка находится на диспансерном наблюдении по поводу миомы матки. При поступлении в дежурный гинекологический стационар: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд./мин, удовлетворительного наполнения. При пальпации живота определяется болезненный верхний полюс плотной опухоли, исходящей из малого таза. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Status genitalis: шейка матки визуально не изменена. Тело матки тугоэластической консистенции, увеличено до 16 недель беременности, бугристое за счет множества узлов, один из них спереди 10×9×8 см, резко болезненный при пальпации, мягковатой консистенции. Клетчатка малого таза не инфильтрирована.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) холод на низ живота
- 2) антибиотики
- 3) спазмолитики
- 4) антиагреганты
- 5) НПВП

2. МЕТОДЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТКИ –

- 1) abrasio canalis cervicalis et cavi uteri probatoria
- 2) sonographia
- 3) punctio fornicis posterior
- 4) hysteroscopia
- 5) dopplerografia

3. ЭКСТРЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТРЕБУЕТСЯ

- 1) при стабильном состоянии больной
- 2) при неясном диагнозе
- 3) при нормализации лабораторных показателей
- 4) при отсутствии улучшения через 24 часа консервативного лечения
- 5) при признаках перитонита

5. ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз – патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки.

Эндометриозом во всем мире болеют примерно 10% женщин, в основном, репродуктивного возраста. Эндометриозом страдают 25-50% infertильных женщин, а 30-50% женщин с эндометриозом имеют бесплодие. Учитывая многоликость клинических симптомов: циклические и хронические боли, бесплодие, аномальные маточные кровотечения, нарушение функции соседних органов и другие жалобы, снижающие качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз остается одним из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода.

*Клинические рекомендации «Эндометриоз» (2020 г):
https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/259_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Эндометриоз: определение, эпидемиология, актуальность проблемы.
- Теории возникновения эндометриоза.
- Классификация эндометриоза по локализации.
- Классификация внутреннего эндометриоза.
- Классификация эндометриозидных кист яичников.
- Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации.
- Клиническая картина эндометриоза в зависимости от локализации.
- Принципы и методы диагностики эндометриоза.
- Признаки эндометриоза при ультразвуковом исследовании.

- Признаки аденомиоза при ультразвуковом исследовании и гистероскопии.
- Задачи и принципы лечения эндометриоза.
- Консервативное лечение эндометриоза: показания, группы препаратов.
- Хирургическое лечение эндометриоза: показания, виды операций.
- Алгоритм ведения пациенток с эндометриозом при бесплодии.
- Эндометриоз у подростков.
- Эндометриоз в постменопаузе.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 16

Пациентка, 32 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на мажущие темно-кровянистые выделения из половых путей до и после менструации в течение последних двух лет. Менструации через 28–30 дней по 7–8 дней, обильные в первые два дня, болезненные с менархе. Боли в последнее время беспокоят за 10 дней до менструации. Принимает ненаркотические анальгетики, спазмолитики. В анамнезе одна беременность, закончившаяся нормальными родами. Контрацепция барьерная.

Status genitalis на 26-й день менструального цикла: шейка матки визуально не изменена. Тело матки шаровидной формы, несколько увеличено, плотной консистенции, подвижно, болезненно при пальпации. Маточные придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Клетчатка малого таза не инфильтрирована.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТКИ С ДИСМЕНОРЕЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) гистероскопия
- 2) ультразвуковое исследование органов малого таза
- 3) лапароскопия
- 4) магнитно-резонансная томография
- 5) определение уровня СА-125

2. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИНЕСТИ ПОЛЬЗУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСМЕНОРЕИ, –

- 1) ВМС-ЛНГ
- 2) анальгетики
- 3) НПВП
- 4) спазмолитики
- 5) гестагены

3. ГОРМОНАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ МОГУТ ДАТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ, –

- 1) агонисты гонадолиберина
- 2) гормональная релизинг система Мирена
- 3) эстрогены
- 4) КОК
- 5) гестагены

Задача № 17

Молодая нерожавшая женщина 26-ти лет обратилась на амбулаторный прием к гинекологу с жалобами на тянущие боли внизу живота и пояснице, усиливающиеся перед и во время менструации в течении двух лет, слабо купирующиеся приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, отсутствие беременности в течение 3 лет регулярной половой жизни без контрацепции. Менструации с 13 лет, через 28–30 дней, по 5–6 дней, умеренные, болезненные. Четыре года назад выполнена экстренная лапаротомия по поводу разрыва эндометриоидной кисты правого яичника в объеме резекции яичника.

Status genitalis: при осмотре в зеркалах шейка матки визуально не изменена, выделения слизистые. Тело матки в положении retroflexio, ограничено подвижно, нормальных размеров, безболезненно; справа от матки пальпируется объемное образование размером 5×6 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) магнитно-резонансная томография
- 2) гистеросальпингография

- 3) лапароскопия
- 4) ультразвуковое исследование
- 5) компьютерная томография

2. ЗАДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА –

- 1) удаление очага эндометриоза
- 2) уменьшение интенсивности болей
- 3) предотвращение прогрессирования заболевания
- 4) лечение бесплодия
- 5) профилактика рецидивов

3. ПЕРИОД МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, В КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕ- СООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ НАРУЖНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ –

- 1) 2–4-й день менструального цикла
- 2) 5–12-й день менструального цикла
- 3) 13–21-й день менструального цикла
- 4) с 21-го дня текущего до 1 дня следующего менструального цикла
- 5) 3–9-й день менструального цикла

6. ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

Термин «острый живот», не являясь нозологической формой, подразумевает симптомокомплекс, который определяется раздражением брюшины и не специфичен для гинекологических заболеваний. Диагностика острого живота важна на догоспитальном этапе, чтобы вовремя направить пациентку в соответствующий стационар.

В гинекологической практике клиническая картина острого живота наблюдается при нарушенной внематочной беременности, апоплексии яичника, при разрыве стенки гнойного очага внутренних гениталий, при перекруте ножки яичникового образования, нарушении питания миоматозного узла, ятрогенном повреждении внутренних органов. Перекрут ножки яичникового образования и нарушение питания миоматозного узла характеризуются снижением кровотока вплоть до некроза тканей в указанных образованиях, отеком их и пропитыванием асептической жидкости в брюшную полость. При всех вышеуказанных этиологических факторах наблюдается раздражение высокочувствительных рецепторов брюшины.

**Клинические рекомендации «Внематочная (эктопическая) беременность» (2021): https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/642_1*

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Эпидемиология, медицинская и социальная значимость острого живота в гинекологии.
- Причины острого живота в гинекологии: дифференциальная диагностика.
- Внематочная беременность: факторы риска, патогенез, классификация по локализации плодного яйца.
- Диагностическая тактика при подозрении на внематочную беременность.
- Прогрессирующая внематочная беременность: клиническая картина, диагностика, лечебная тактика.
- Внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы: клиническая картина, диагностика, лечебная тактика.
- Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта: клиническая картина, диагностика, лечебная тактика.
- Виды операций при внематочной беременности. Показания к сальпинготомии. Показания к сальпингокелифэктомии.
- Лечение внематочной беременности редких локализаций: шеечной, яичниковой, брюшной, в роге матки, в рубце на матке.
- Перфорация матки: причины, виды, клиническая картина, диагностика, лечебная тактика.
- Апоплексия яичника: определение, классификация, причины, провоцирующие факторы.
- Клиническая картина апоплексии яичника в зависимости от формы.
- Лечебная тактика при апоплексии яичника в зависимости от формы. Показания к лапароскопии. Показания к лапаротомии.
- Анатомическая и хирургическая ножка яичника.
- Перекрут ножки образования яичника: причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечебная тактика.
- Нарушение питания миоматозного узла: группы риска, патогенез, клиническая картина, ультразвуковые признаки, лечебная тактика.
- Острый пельвиоперитонит: причины, пути распространения инфекции, клиническая картина, диагностический алгоритм, лечебная тактика.
- Пункция брюшной полости через влагалищный задний свод (кульдоцентез): показания, техника.
- Геморрагический шок: определение, классификация по степеням тяжести в зависимости от объема кровопотери.

- Клиническая картина геморрагического шока в зависимости от степени тяжести.
- Неотложные мероприятия и принципы лечения геморрагического шока в гинекологии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 18

Замужняя женщина 20-ти лет обратилась в женскую консультацию для постановки на учёт, считает себя беременной (задержка менструации 14 дней). При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм ртутного столба, пульс 72 удара в 1 минуту.

Status genitalis: шейка матки визуально не изменена, симптом зрачка отрицательный. Тело матки не увеличено, в положении anteflexio-versio, подвижно, безболезненно. Маточные придатки справа увеличены, безболезненны, слева придатки при пальпации не определяются. При ультразвуковом исследовании органов малого таза (по cito!) плодное яйцо в полости матки не визуализируется, м-эхо 6 мм, в правом яичнике определяется жёлтое тело.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ –
 - 1) провести качественный тест на ХГЧ
 - 2) выдать больничный лист и направить больную для определения титра ХГЧ в крови
 - 3) назначить повторную явку в женскую консультацию
 - 4) произвести кульдоцентез
 - 5) экстренно госпитализировать больную
2. ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО
 - 1) algos
 - 2) metrorrhagia
 - 3) defans musculorum
 - 4) amenorrhea
 - 5) ptyalism

3. ОБЪЁМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ –

- 1) salpingokelyphoectomy
- 2) punctio fornicis posterior
- 3) salpingotomia et kelyphoectomy
- 4) abrasio cavi uteri probatoria
- 5) adnexectomy

Задача № 19

Пациентка 26-ти лет поступила в дежурный гинекологический стационар с жалобами на боли внизу живота справа в течение 2 дней, слабость, головокружение, тёмные кровянистые выделения из половых путей. Боли иррадиируют в прямую кишку. Последняя менструация была 1,5 месяца назад. Половая жизнь с 23 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Контрацепция – прерванный половой акт. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, пульс 84 уд./мин, АД 110/70, 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненность в нижних отделах, больше справа.

Status genitalis: тело матки несколько увеличено, смещение шейки матки вызывает резкую боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечёткими контурами, болезненное при пальпации. Выделения скудные, тёмно-коричневого цвета. Содержание ХГЧ в сыворотке крови 500 МЕ/мл.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СИТУАЦИЯ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) appendicitis acuta
- 2) pelvioperitonitis acuta
- 3) apoplexia ovarii
- 4) abortus tubarius
- 5) abortus spontaneus

2. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА –

- 1) консервативное лечение
- 2) плановая операция
- 3) динамическое наблюдение
- 4) экстренная операция

5) кульдоцентез

3. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ВОЗМОЖНОЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ, –

- 1) resection tubae uterinae
- 2) salpingokelyphoectomy
- 3) adnexectomy dextra
- 4) salpingotomy et kelyphoectomy
- 5) amputatio uteri

Задача № 20

В гинекологическое отделение по экстренной помощи поступила больная, 31 год. На догоспитальном этапе начата инфузионная терапия кристаллоидами, введён допамин. Жалобы на боли в животе, слабость, головокружение, тошноту. Заболела внезапно, на работе. Отмечает задержку менструации на 10 дней. Имела 3 беременности: срочные роды и два искусственных аборта. Объективно: состояние тяжёлое, резкая бледность, заторможенность, на вопросы отвечает с трудом. АД 70/55, 65/50 мм рт. ст., пульс 120 уд./мин., нитевидный, легко сдавливается. ЧДД 26 в минуту. Температура 36,6 °С. Язык влажный. При пальпации живота отмечен симптом Куленкампа.

Status genitalis: слизистая влагалища и шейки матки бледная, выделения из матки тёмные, кровянистые, скудные. Пальпация матки и придатков матки затруднена из-за резкой болезненности, смещение матки вызывает сильную боль, определяется симптом «плавающей матки». Задний влагалищный свод нависает, резко болезненный при пальпации («крик Дугласа»).

1. *Поставить диагноз.*

2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ДАННОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ С

- 1) перфоративной язвой желудка
- 2) апоплексией яичника
- 3) разрывом селезёнки
- 4) внематочной беременностью
- 5) кишечной непроходимостью

2. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОПРЕДЕЛИТЬ ХАРАКТЕР ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, –

- 1) УЗИ органов малого таза
- 2) пальпация живота
- 3) ректальное исследование
- 4) кульдоцентез
- 5) обзорная рентгенография органов брюшной полости

3. В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ КРОВИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) laparoscopia
- 2) laparotomia
- 3) salpingotomia et kelyphoectomia
- 4) salpingokelyphoectomia
- 5) терапия метотрексатом

Задача № 21

Машиной «Скорой помощи» в гинекологическую клинику доставлена больная 25-ти лет с жалобой на выраженную слабость, головокружение на фоне приступа острой боли в животе. Заболела во время полового акта. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, 2 недели назад. Пациентка незамужняя, половой жизнью живет с постоянным партнером, от беременности предохраняется барьерным методом. На догоспитальном этапе начата инфузионная терапия кристаллоидами, введен допамин.

Объективно: пациентка беспокойна, кожные покровы бледные, влажные. АД 70/40 мм рт. ст. Пульс 125 ударов в 1 минуту. ЧДД 26 уд./мин. При пальпации живота отмечается положительный симптом Куленкампа.

Status genitalis: слизистая влагалища и шейки матки бледная. Задний влагалищный свод нависает, резко болезненный при пальпации («крик Дугласа»). Бели светлые, слизистые. Матка не увеличена. Смещение матки вызывает сильную боль, определяется симптом «плавающей матки». Придатки матки справа болезненные при пальпации, слева не определяются, область придатков безболезненна.

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ, –

- 1) экспресс-тест с мочой на ХГЧ

- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) кульдоцентез
- 4) мониторинг АД
- 5) анализ свёртывающей системы крови

2. НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

- 1) вызов реанимационной бригады
- 2) определение группы крови и Rh-фактора
- 3) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- 4) продолжение инфузионной терапии с учётом кровопотери
- 5) транспортировку в операционную

3. В УСЛОВИЯХ НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРОВОДЯТ

- 1) противошоковые мероприятия
- 2) лапароскопию
- 3) лапаротомию
- 4) кульдоцентез
- 5) удаление придатков матки

7. НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕДРАК И РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Клинико-морфологическая классификация (Бохман Я.В., 1976)

1. Фоновые заболевания: эктопия (псевдоэрозия, эндоцервикоз), лейкоплакия, эритроплакия, полип, остроконечные кондиломы; посттравматические изменения: деформация шейки матки, эктропион, фистулы.
2. Предраковый процесс – дисплазия: слабая, умеренная, тяжёлая; лейкоплакия с атипией.
3. Преинвазивный рак – внутриэпителиальный рак (Ca in situ, внутриэпителиальный рак).
4. Микроинвазивный рак.
5. Инвазивный рак: плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий, аденокарцинома, железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный), низкодифференцированный.

НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Классификация МКБ-10

N86 Эрозия и эктропион шейки матки, включены декубитальная (трофическая) язва, выворот шейки, исключена связь с воспалительной болезнью шейки матки, в том числе цервицитом, эндоцервицитом, экзоцервицитом (N72)

N87.0 Слабая цервикальная дисплазия, цервикальная интраэпителиальная неоплазия I степени (CIN I). Низкая степень плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (LSIL).

N87.9 Цервикальная дисплазия неуточненная

N88 Другие невоспалительные болезни шейки матки

N88.0 Лейкоплакия шейки матки

N88.1 Старые разрывы шейки матки

N88.2 Стриктура и стеноз шейки матки

N88.3 Недостаточность шейки матки

N88.4 Гипертрофическое удлинение шейки матки

N88.8 Другие уточненные невоспалительные болезни шейки матки

N88.9 Невоспалительная болезнь шейки матки неуточненная

**Клинические рекомендации «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020):*

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/597_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Эмбриология и анатомия шейки матки.
- Клинико-морфологическая классификация патологических изменений шейки матки по Я.В. Бохману.
- Фоновые (невоспалительные) процессы шейки матки. Определение. Классификация.
- Типы зоны трансформации шейки матки.
- Основные симптомы при поражении шейки матки.
- Методы оценки состояния эпителия шейки матки: визуальный осмотр, простая и расширенная кольпоскопия, цервикоскопия.
- Международная классификация кольпоскопических терминов (IFCPC 2011).
- Методы диагностики патологии шейки матки: бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое исследования; ВПЧ-

тестирование; биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием материала.

- Методы лечения невоспалительных заболеваний шейки матки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 22

Больная, 35 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобой на слизисто-гнойные бели в течение года. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и два искусственных аборта. Пользуется барьерной контрацепцией.

При осмотре с помощью влагалищного зеркала обнаружен цервицит на фоне эктропиона шейки матки. При бимануальном исследовании каких-либо отклонений не выявлено.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. К НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ

- 1) polypus canalis cervicalis
- 2) leucoplakia
- 3) ectropion
- 4) L-Sil
- 5) H-Sil

2. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ –

- 1) бактериоскопия отделяемого влагалища и шейки матки
- 2) цитологическое исследование мазка с эндо- и эктоцервикса
- 3) ПЦР диагностика ИППП
- 4) кольпоскопия
- 5) биопсия шейки матки (прицельная, эксцизионная)

3. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ БИОПСИИ ШЕЙКИ МАТКИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) Endocervicitis
- 2) Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
- 3) High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
- 4) Squamous carcinoma cervicis uteri
- 5) Adenocarcinoma cervicis uteri

ПРЕДРАК И РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (Cervical Intraepithelial Neoplasia - CIN) – это группа заболеваний, характеризующихся нарушением созревания, дифференцировки и стратификации многослойного плоского эпителия шейки матки. CIN трех степеней инициируются персистирующей инфекцией, вызванной вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР), которая поддерживает прогрессию повреждений до инвазии. К облигатному предраку относится HSIL - high grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени, включая CIN II (умеренную дисплазию), CIN III (тяжелую дисплазию и преинвазивный рак (CIS)).

**Клинические рекомендации «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020):*

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/597_1

Рак шейки матки (РШМ) – частое злокачественное новообразование из эпителия шейки матки, идеально соответствующее требованиям к заболеваниям, подлежащим высокоэффективному и экономически целесообразному скринингу: большая распространенность и социальная значимость, визуальность формы, длительный период предрака с возможностью ранней диагностики и высокоэффективного лечения с сохранением фертильности, достаточно чувствительные и специфичные тесты.

На протяжении длительного времени злокачественные новообразования шейки матки стабильно занимают высокое 5-е ранговое место (5,2%) в структуре онкологической заболеваемости женщин. Распространенность РШМ в России неуклонно растет, в 2022 г. составила 127,6 случаев на 100 тыс. населения, из которых 34,9% были выявлены активно.

Классификация РШМ по стадиям (FIGO, 2019) и распространенности опухолевого процесса (TNM, 2016)

TNM	FIGO	Описание
Tx		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0		Первичная опухоль не определяется
		Рак in situ, преинвазивный рак (эти случаи не входят в статистику заболеваемости РШМ)
T1	I	Опухоль ограничена шейкой матки (распространение на тело матки не учитывается)

T1a	IA	Инвазивная карцинома, диагностирующаяся микроскопически, с наибольшей глубиной инвазии ≤ 5 мм
T1a1	IA1	Стромальная инвазия ≤ 3 мм
T1a2	IA2	Стромальная инвазия > 3 и ≤ 5 мм
T1b	IB	Инвазивная карцинома с глубиной инвазии ≥ 5 мм
T1b1	IB1	Инвазивная карцинома с глубиной инвазии ≥ 5 мм (больше чем стадия IA) и < 2 см в наибольшем измерении
T1b2	IB2	Инвазивная карцинома ≥ 2 и < 4 см в наибольшем измерении
	IB3	Инвазивная карцинома > 4 см в наибольшем измерении
T2	II	Опухоль шейки матки выходит за пределы матки, но не вовлекает стенку малого таза или нижнюю треть влагалища
T2a	IIA	Параметральная инвазия отсутствует
T2a1	IIA1	Инвазивная карцинома < 4 см в наибольшем измерении
T2a2	IIA2	Инвазивная карцинома ≥ 4 см в наибольшем измерении
T2b	IIB	С вовлечением параметрия
T3	III	Опухоль распространяется на стенку малого таза и/или вовлекает нижнюю треть влагалища и/или является причиной гидронефроза или нефункционирующей почки и/или поражение тазовых и/или парааортальных лимфатических узлов
T3a	IIIA	Опухоль вовлекает нижнюю треть влагалища, но не распространяется на стенку малого таза
T3b	IIIB	Опухоль распространяется на стенку малого таза и/или является причиной гидронефроза или нефункционирующей почки
	IIIC	Поражение тазовых и/или парааортальных лимфатических узлов независимо от размера и распространения первичной опухоли
	IIIC1	Поражение тазовых лимфатических узлов
	IIIC2	Поражение парааортальных лимфатических узлов
T4 и/или M1	IV	Опухоль, распространившаяся за пределы таза или прорастающая слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки (буллезный отек не позволяет отнести опухоль к стадии IV)
T4	IVA	Прорастание в стенку мочевого пузыря или прямой кишки
M1	IVB	Отдаленные метастазы

*Клинические рекомендации «Рак шейки матки» (2020):

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/537_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Эпидемиология предрака и РШМ. Факторы риска.
- Этиология предраковых процессов и РШМ.
- Предрак шейки матки. Определение. Классификация.
- Классификаций предраковых поражений шейки матки (терминологическая система Бетесда).
- Рак шейки матки. Классификация по стадиям.
- Основные гистотипы, формы роста РШМ, пути метастазирования.
- Клинические проявления РШМ.
- Диагностический алгоритм при патологии шейки матки.
- Скрининг РШМ.
- Лечебная тактика при предраковых поражениях шейки матки.
- Методы лечения РШМ.
- Планирование лечения РШМ в зависимости от стадии.
- Прогноз при РШМ. Факторы, влияющие на прогноз.
- Профилактика РШМ: первичная и вторичная.
- Вакцинация от ПВИ: виды вакцин, сроки вакцинации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 23

В женскую консультацию обратилась больная, 32 года, с жалобой на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе 2 беременности: 1 медикаментозный аборт и 1 нормальные роды. Контрацепция барьерная. Планирует беременность.

Status genitalis: слизистая влагалища обычной окраски, складчатость выражена. Шейка матки увеличена и бугристая, на ней образование в виде «цветной капусты» диаметром до 2 см. Тело матки нормальных размеров. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована. Кровотечение после осмотра.

1. *Поставить предварительный диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РШМ СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОТОКОЛУ –

- 1) бактериоскопия
- 2) цитология экто- и эндоцервикса
- 3) ПЦР ВПЧ (14 онкосеротипов + 6, 11 тип)
- 4) расширенная кольпоскопия
- 5) биопсия шейки матки (прицельная, эксцизионная)

2. ВЕРОЯТНЫЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ –

- 1) NILM
- 2) плоскоклеточный рак
- 3) L-Sil
- 4) H-Sil
- 5) ASCUS

3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ Ib1 G1 в постменопаузе

- 1) высокая и широкая диатермоконизация
- 2) ножевая ампутация
- 3) ХЛТ по радикальной программе,
- 4) расширенная экстирпация матки с придатками (III тип по Piver),
- 5) неoadъювантная ХТ с последующей расширенной экстирпацией матки (III тип по Piver) и послеоперационной ДЛТ по показаниям.

Задача № 24

Больная 54-х лет направлена в поликлиническое отделение онкологического диспансера. В женской консультации ей была произведена прицельная биопсия йоднегативного участка шейки матки в связи с посткоитальными кровотечениями. Гистологическое заключение: плоскоклеточный средне-дифференцированный рак, глубина инвазии 6 мм. Диаметр поражения в максимальном измерении 3 см.

Status genitalis: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована. Шейка матки несколько увеличена, слизистая с дефектом в области произведенной биопсии.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. КЛИНИЧЕСКОЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ) СТАДИРОВАНИЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) 0
- 2) IA1

- 3) IA2
- 4) IB1
- 5) IB₂

2. АДЕКВАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) ХЛТ по радикальной программе
- 2) расширенная экстирпация матки с придатками (III тип по Piver)
- 3) неоадьювантная ХТ с последующей расширенной экстирпацией матки (III тип по Piver) и послеоперационной ДЛТ по показаниям
- 4) внутриволостная лучевая терапия
- 5) гормонотерапия

3. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ –

- 1) Squamous cell carcinoma cervicis uteri G 1
- 2) Squamous cell carcinoma cervicis uteri G 2
- 3) Squamous cell carcinoma cervicis uteri G 3
- 4) Squamous cell basaloid cancer cervicis uteri
- 5) Adenocarcinoma cervicis uteri

8. ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ. РАК ТЕЛА МАТКИ

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – это патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся пролиферацией желез и увеличением железисто-стромального соотношения. Согласно классификации ВОЗ 2014 года, выделяют две формы: ГЭ без атипии и гиперплазия эндометрия с атипией.

Гиперплазия без атипии характеризуется поликлональными и диффузными изменениями, атипическая ГЭ (АГЭ) – моноклональными поражениями, которые могут прогрессировать до эндометриоидной аденокарциномы, являющейся основным гистологическим подтипом рака эндометрия (РЭ, рак тела матки). Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при АГЭ риск возрастает до 27,5%.

**Клинические рекомендации «Гиперплазия эндометрия» (2021):*
https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/646_1

Рак тела матки – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки тела матки (эндометрия). Стабильно занимает первое место по

распространенности среди злокачественных новообразований женских репродуктивных органов [13]. В 2022 году в России распространенность РЭ составила 195,6 случаев на 100 тыс. населения. За 20 лет этот показатель вырос на 87,8 %, средний темп прироста составил около 3 % в год. Средний возраст возникновения РЭ составляет 61 год, однако наблюдается тенденция к увеличению доли больных репродуктивного возраста. В большинстве (85,4% в 2022 г.) случаев РЭ диагностируется на I-II стадиях.

*Клинические рекомендации «Рак тела матки и саркомы матки» (2021): https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/460_3

Стадии РТМ и карциносаркомы матки по системе TNM (8-й пересмотр, 2017) и классификации FIGO (2009)

TNM	FIGO	Описание
Tx		Невозможно оценить состояние первичной опухоли
T0		Первичная опухоль отсутствует
Tis		Рак in situ
T1a	IA	Опухоль в пределах эндометрия или опухоль с инвазией менее половины толщины миометрия
T1b	IB	Опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
T2	II	Опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
T3a	IIIA	Проращение серозной оболочки матки, поражение маточных труб или яичников (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T3b	IIIB	Поражение влагалища или параметриев (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T4	IVA	Проращение слизистой оболочки мочевого пузыря или толстой кишки
Nx		Оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно
N0		Метастазов в регионарных лимфатических узлах (тазовых или парааортальных) нет
	IIIC	Метастазы в регионарных лимфатических узлах (тазовых или парааортальных)
N1	IIIC1	Метастазы в тазовых лимфатических узлах
N2	IIIC2	Метастазы в парааортальных лимфатических узлах
M0		Отдаленных метастазов нет
M1	IV	Отдаленные метастазы (в том числе метастазы в паховых лимфатических узлах и лимфатических узлах в пределах

	брюшной полости, кроме тазовых или парааортальных лимфатических узлов; за исключением метастазов во влагалище, придатках матки и по тазовой брюшине)
--	--

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Гиперплазия эндометрия (ГЭ): определение, этапы и механизмы формирования.
- Факторы риска ГПЭ и РЭ.
- Классификация ГЭ (ВОЗ, 2014 г).
- Клиническая картина ГЭ и РЭ.
- Диагностический алгоритм при ГЭ и РЭ матки.
- Лечебная тактика при типичной ГЭ.
- Лечебная тактика при атипичной ГЭ.
- Эпидемиология РЭ.
- Патогенетические варианты РЭ.
- Классификация РЭ по стадиям.
- Основные гистотипы, формы роста, пути метастазирования РЭ.
- Методы лечения РЭ.
- Самостоятельная гормональная терапия РЭ.
- Виды операций при РЭ.
- Планирование лечения РЭ в зависимости от стадии.
- Прогноз при РЭ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 25

У пациентки 62-х лет, страдающей ожирением II степени (ИМТ 36), сахарным диабетом второго типа и артериальной гипертензией, на фоне постменопаузы (4 года) неожиданно появились кровянистые выделения из половых путей. Беременности не было.

Status genitalis: тело матки нормальных размеров, подвижно, безболезненно, грушевидной формы. Придатки матки не увеличены. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована. Шейка матки не изменена, кровянистые выделения из матки в небольшом количестве.

В гинекологическом стационаре произведена гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального ка-

нала. Результат гистологического исследования эндометрия: высокодифференцированная аденокарцинома. Соскоб из цервикального канала – без патологии.

1. Поставить диагноз.

2. Определить тактику обследования и лечения.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ТЕЛА МАТКИ –

- 1) сахарный диабет
- 2) ожирение
- 3) артериальная гипертензия
- 4) бесплодие, обусловленное хронической ановуляцией
- 5) паритет родов – более трех

2. КЛИНИЧЕСКОЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ) СТАДИРОВАНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) УЗИ органов малого таза, ЦДК
- 2) рентгенографию грудной клетки
- 3) МРТ органов малого таза с контрастированием
- 4) УЗИ органов брюшной полости
- 5) УЗИ почек

3. К I СТАДИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) опухоль в пределах эндометрия
- 2) инвазия миометрия менее, чем на половину его толщины
- 3) инвазия миометрия более, чем на половину его толщины
- 4) распространение на шейку матки
- 5) единичные метастазы в подвздошные лимфатические узлы

9. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

Для обозначения патологических изменений ткани яичника используют термин «**объёмное образование яичников**», который включает как кистозные, так и солидные образования.

Хирургическому лечению по поводу объёмных образований яичников подвергаются 5-10% женского населения, у 79-87% оперированных обна-

руживаются доброкачественные опухоли. Диагностика и дифференциальная диагностика доброкачественных образований яичников (ДОЯ) представляет собой важную клиническую задачу с позиций профилактики возможных осложнений, требующих оказания экстренной стационарной квалифицированной медицинской помощи: перекрут придатков матки, апоплексия яичников, нагноение; а также оценки риска злокачественного процесса, диктующего необходимость правильной маршрутизации пациентки.

**Клинические рекомендации (протокол лечения) «Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака» (2018): https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_320916/2516fc8088abd5eed47e111bd5e3ed3398a0a13b/*

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Функциональная морфология яичников.
- Факторы риска объемных образований яичников (ООЯ).
- Опухолевидные образования яичников: определение, классификация.
- Кисты яичников.
- Опухоли яичников: определение, диагностические критерии.
- Клиническая картина ООЯ.
- Гормонально активные опухоли яичников. Клиническая картина в различные возрастные периоды, диагностика, лечение.
- Диагностический алгоритм при ООЯ.
- Ультразвуковые критерии IOTA.
- Опухолевые маркеры, применяющиеся с целью дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных ООЯ.
- Индекс малигнизации RMI, алгоритм ROMA.
- Лечебная тактика при кистах яичников.
- Лечебная тактика при доброкачественных опухолях яичников в зависимости от возрастного периода.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 25

Во время планового осмотра у 36-летней женщины обнаружена опухоль левого яичника, подвижная, гладкая, плотноэластической консистенции, размером 8×8 см. В анамнезе одни роды и два аборта. Менструальный цикл не нарушен. Содержание СА-125 в сыворотке крови 20 ЕД/мл, HE4

33,8 пмоль/л. При УЗИ органов малого таза: капсула толщиной 2,5 мм, внутренняя и наружная поверхность гладкие, кровоток периферический, свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. У родной тёти по материнской линии рак молочной железы.

1. *Поставить диагноз.*

2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА, –

- 1) cystis dermoidea
- 2) cystadenoma ovarii serosum
- 3) fibroma ovarii
- 4) cystadenoma ovarii mucinosum
- 5) folliculoma

2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ОБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ –

- 1) комплексное УЗИ (трансабдоминальное, трансвагинальное, ЦДК)
- 2) определение концентрации опухолевых маркеров
- 3) определение мутации гена BRCA 1/2
- 4) эзофагогастродуоденоскопия
- 5) гистеросальпингография

3. ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СЕРОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ И ОТСУТСТВИИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ –

- 1) цистомэктомия
- 2) аднексэктомия
- 3) гистерэктомия субтотальная с придатками матки
- 4) гистерэктомия тотальная с придатками матки
- 5) трансвагинальная пункция опухоли с эвакуацией содержимого

РАК ЯИЧНИКОВ

Понятие «**рак яичников**» (**РЯ**) включает несколько форм этого заболевания, которые схожи по клиническому течению, но отличаются не только особенностями морфологического строения, но и значительной разницей в молекулярно-генетической картине новообразований, в генетических и эпидемиологических факторах риска, эффективности проводимой химиотерапии, прогнозе заболевания и другими параметрами.

Заболеваемость РЯ в России в 2022 году составила 81,9 случаев на 100 тыс. населения, более половины (55,5%) были выявлены на распространенных (III-IV) стадиях. Средний возраст женщин на момент установления диагноза – 59,3 года. Летальность на первом году с момента установки диагноза РЯ составила 17,1%. Бессимптомное течение заболевания на ранних стадиях и отсутствие высокоинформативных методов, позволяющих достоверно определить вероятность наличия злокачественного образования яичников на этапе предоперационного обследования, являются причинами поздней выявляемости и низкой выживаемости больных РЯ.

Стадирование рака яичников по TNM (8-е издание, 2017) и FIGO (2014)

TNM	FIGO	Описание
T1	I	Опухоль ограничена яичниками
T1a	IA	Опухоль ограничена одним яичником, капсула не повреждена, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичника, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости
T1b	IB	Опухоль ограничена двумя яичниками, их капсулы не повреждены, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичников, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости
T1c	IC	Опухоль ограничена одним или двумя яичниками и сопровождается любым из следующих факторов
T1c1	IC1	Повреждение капсулы во время операции
T1c2	IC2	Повреждение капсулы до операции или опухоль на поверхности яичника/маточной трубы
T1c3	IC3	Злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах с брюшины
T2	II	Опухоль поражает один или два яичника с распространением на малый таз
T2a	IIA	Врастание и/или метастазирование в матку и/или в одну или обе маточные трубы
T2b	IIB	Распространение на другие ткани таза
T3 и/или N1	III	Опухоль поражает один или оба яичника с гистологически подтвержденными внутрибрюшинными метастазами за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфатических узлах (внутренних, наружных и общих подвздошных, запирательных, крестцовых или поясничных лимфоузлах)

N1	ША1	Метастазы только в забрюшинных лимфатических узлах
	ША(i)	Метастазы в лимфатических узлах размерами до 10 мм
	ША (ii)	Метастазы в лимфатических узлах размерами более 10 мм
Т3а	ША2	Микроскопические, гистологически подтвержденные внутрибрюшинные метастазы за пределами таза с/без метастазов в забрюшинных лимфатических узлах
Т3б	ШВ	Макроскопические внутрибрюшинные метастазы за пределами таза до 2 см включительно в наибольшем измерении с/без метастазов в забрюшинных лимфатических узлах
Т3с	ШС	Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза более 2 см в наибольшем измерении с/без метастазов в забрюшинных лимфатических узлах (включая распространение опухоли на капсулу печени и селезенки без поражения паренхимы органов)
M1	IV	Отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные метастазы)
	IVA	Плевральный выпот со злокачественными клетками
	IVB	Метастазы в паренхиматозных органах и других органах вне брюшной полости (в том числе паховых лимфатических узлах и лимфатических узлах за пределами брюшной полости)

*Клинические рекомендации «Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины» (2020): https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/547_2

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Эпидемиология РЯ. Факторы риска РЯ.
- Наследственные синдромы при РЯ.
- Классификация РЯ по стадиям.
- Рак Крукенберга: определение, клиническая картина, прогноз.
- Клиническая картина РЯ.
- Диагностический алгоритм при РЯ.
- Опухолевые маркеры РЯ: чувствительность, специфичность, референсные значения.
- Мутации генов BRCA 1 и BRCA 2.
- Планирование лечения РЯ в зависимости от стадии.
- Полная, оптимальная и неоптимальная циторедукция.
- Прогноз при РЯ.

Задача №27

На приём к гинекологу обратилась больная, 50 лет, с жалобами на боли внизу живота в течение двух лет, диспепсию, увеличение живота в объеме. Проводилось лечение у гастроэнтеролога по поводу колита. В анамнезе 3 родов, 4 аборта. Последний визит к гинекологу 3 года назад. Объективно: живот увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости.

Status genitalis: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована. Шейка матки без изменений, выделения светлые слизистые.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЯИЧНИКОВ ВКЛЮЧАЕТ
 - 1) определение онкомаркеров в сыворотке крови
 - 2) УЗИ, МРТ органов малого таза с контрастированием
 - 3) ЭГДС, колоноскопию
 - 4) КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и грудной клетки
 - 5) кульдоцентез, с последующим цитологическим исследованием клеточного осадка
2. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ ПРЕДПОЛАГАЕТ
 - 1) полную циторедукцию
 - 2) оптимальную циторедукцию
 - 3) неполную циторедукцию
 - 4) неоадьювантную химиотерапию
 - 5) адьювантную химиотерапию
3. ОБЪЁМ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ ЯИЧНИКОВ –
 - 1) adnexectomy monolateralis
 - 2) adnexectomy bilateralis

- 3) hysterectomy totalis cum adnexis bilateralis et resectio omenti major (а также всех видимых проявлений опухолевого процесса без макроскопически определяемых остаточных опухолевых масс).
- 4) hysterectomy totalis cum adnexis bilateralis et resection omenti major, проявлений опухолевого процесса с макроскопически определяемыми остаточными узлами, из которых хотя бы один более 10 мм в диаметре.
- 5) hysterectomy totalis cum adnexis bilateralis et resectio omenti major (а также видимых проявлений опухолевого процесса с макроскопически определяемыми остаточными опухолевыми узлами, каждый из которых имеет диаметр не более 10 мм).

Задача № 28

Пациентка, 39 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота и в поясничной области в течение последних 6 месяцев. Менструальный цикл не нарушен. Страдает язвенной болезнью желудка, на диспансерном учёте не состоит.

Status genitalis: матка не увеличена, плотной консистенции. В области придатков матки с обеих сторон определяются бугристые подвижные плотные опухоли диаметром до 10 см. Позади шейки матки в околоматочной клетчатке определяется инфильтрат в виде «петушиного гребня». Шейка матки без изменений.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ УТОЧНИТЬ РЕФЕРЕНТНЫЙ ДИАГНОЗ, –

- 1) комплексное УЗИ (трансвагинальное, трансабдоминальное, ЦДК)
- 2) концентрация опухолевых маркеров в сыворотке крови
- 3) кульдоцентез с цитологическим исследованием клеточного осадка
- 4) эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия
- 5) диагностическая лапароскопия с биопсией опухолей

2. ДЛЯ РАКА КРУКЕНБЕРГА ХАРАКТЕРНО

- 1) одностороннее поражение яичников
- 2) наличие асцита
- 3) крупнобугристое, солидное строение
- 4) жидкостное строение
- 5) неагрессивное клиническое течение

3. ОСОБЕННОСТИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ РАКА КРУКЕН-БЕРГА –

- 1) солидное или скirrosное строение
- 2) перстневидноклеточная форма
- 3) обширные некрозы
- 4) очаги гормонпродуцирующих фолликулоцитов
- 5) наличие клеток Сертоли и Лейдена

11. БЕСПЛОДИЕ

Бесплодие – заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции. Вмешательства по поводу бесплодия могут быть начаты и ранее 1 года, основываясь на данных медицинского, сексуального и репродуктивного анамнеза, возраста, данных физикального обследования и диагностических тестов.

В России частота бесплодия колеблется от 17,2% до 24% в различных регионах.

Этиологические и патогенетические факторы бесплодия целесообразно рассматривать в контексте его различных форм. Способность к зачатию снижается почти в 2 раза у женщин в возрасте после 30 лет по сравнению с женщинами 20 лет и значительно уменьшается после 35 лет.

**Клинические рекомендации «Женское бесплодие» (2021):*
https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/641_1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Понятие бесплодного брака (определение ВОЗ).
- Факторы, влияющие на наступление беременности.
- Классификация бесплодия.
- Факторы женского и мужского бесплодия.
- Нормативная база, регулирующая вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).
- Диагностика факторов бесплодия.
- Лечение трубного бесплодия.
- Стимуляция овуляции.

- Подходы к лечению мужского бесплодия.
- Патозооспермия.
- Медико-генетическое консультирование.
- Показания и противопоказания к ВРТ.
- Виды ВРТ.
- Базовая программа ЭКО и ПЭ.
- Внутриматочная инсеминация.
- ИКСИ и ее разновидности.
- Донорские программы: донация ооцитов и спермы.
- Суррогатное материнство.
- Психологические аспекты ведения пациенток после ВРТ.
- Ограничения ВРТ.
- Осложнения ВРТ и возможности их профилактики. Синдром гиперстимуляции яичников.
- Кровотечение после пункции фолликулов.
- Депрессивные нарушения при неудачах ВРТ.
- Ургентные состояния при ВРТ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 29

В женскую консультацию обратилась женщина, 28 лет, с жалобой на отсутствие беременности при регулярной половой жизни в браке без контрацепции в течение 4 лет. В анамнезе искусственный аборт на сроке 8 недель, осложнившийся эндометритом и сальпингоофоритом. Менструальный цикл не нарушен: менструации через 28–30 дней по 4–5 дней, регулярные, безболезненные, в умеренном количестве. Спермограмма супруга соответствует критериям нормозооспермии.

Status genitalis: влагалище нерожавшей женщины, тело матки нормальных размеров, в положении anteflexio-versio, подвижно, безболезненно. Придатки матки уплотнены с обеих сторон, ограничены в подвижности, умеренно болезненны. Шейка матки без патологических изменений, выделения слизистые, прозрачные.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ, В ДАННОМ СЛУ-
ЧАЕ

- 1) anovulation
- 2) sterilitas tubaria
- 3) uterus septus
- 4) endocervicitis
- 5) endometritis chronica

2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОХОДИ-
МОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ –

- 1) laparoscopia cum chromohydrotubatio
- 2) pertubatio
- 3) hydrotubatio
- 4) hysterosalpingographia
- 5) fertiloscopy

3. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖ-
ДЕНИЯ –

- 1) реконструктивно-пластические операции на маточных трубах
- 2) физиотерапия
- 3) экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона в по-
лость матки
- 4) гормональная терапия
- 5) бальнеотерапия

Задача № 30

К врачу репродуктологу обратилась женщина, 38 лет, с жалобой на отсутствие беременности во втором браке при регулярной половой жизни без контрацепции в течение трех лет. Супруг обследован, сперма фертильна. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 4–5 дней, умеренные, безболезненные. В первом браке одни нормальные роды и один аборт.

При осмотре с помощью зеркал и бимануальном исследовании патологии не выявлено. При гистеросальпингографии обе маточные трубы проходимы свободно. При УЗИ ОМТ, выполненном во II фазу менструального цикла справа определяется неизменное желтое тело 13 мм, количество антральных фолликулов слева 2, справа 4. Гормональное обследование, выполненное на 3-й день менструального цикла: АМГ 0,94 нг/мл, ФСГ 9,6 мЕд/мл, ЛГ 5,4 мЕд/мл, эстрадиол 94 пмоль/л, пролактин 235 мЕд/л, ТТГ 1,9 мЕд/л, Т4 свободный 13,8 пмоль/л.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ,
 - 1) женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции (anovulatio)
 - 2) женское бесплодие трубного происхождения (sterilitas tubaria)
 - 3) женское бесплодие, связанное с мужскими факторами
 - 4) другие формы женского бесплодия
 - 5) женское бесплодие неуточненное
2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –
 - 1) ожидание спонтанной беременности в течение 6 месяцев (выжидательная тактика)
 - 2) стимуляция яичников антиэстрогенами (кломифен) в течение 2 менструальных циклов
 - 3) искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) в течение 2 менструальных циклов
 - 4) экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)
 - 5) лечебно-диагностическая лапароскопия с хромогидротубацией
3. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ –
 - 1) отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой
 - 2) однократная попытка переноса эмбрионов при недостаточном ответе яичников на стимуляцию
 - 3) неоднократное получение эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к беременности
 - 4) получение эмбрионов морфологически хорошего качества, перенос которых не приводит к беременности
 - 5) гамеопатия

Задача № 31

В женскую консультацию к гинекологу обратилась пациентка А., 34 года. Предъявляет жалобы на отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции в браке в течение двух лет. Менархе в 11 лет. Менструальный цикл нерегулярный с менархе, менструации безболезненные, через 30–45 дней, по 3–5 дней, от умеренных до обильных. Брак П. У первого мужа во втором браке двое детей. Постоянно у гинеколога не наблюдается. Для регуляции менструального цикла самостоятельно периодически принимает монофазные комбинированные оральные контрацептивы (Марвелон, Микрогинон, Мидиана). При объективном осмотре отмечается жирная кожа, себорея, тёмные пигментные пятна на коже, избыточный рост волос на лице и туловище, наличие стрий на коже живота и бедер, абдоминальное ожирение, ИМТ 31,5. Галактореи нет.

При осмотре с помощью зеркал слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая. При бимануальном исследовании шейка матки чистая, конической формы, матка уменьшенных размеров, подвижная, безболезненная, в положении anteflexioversio. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, область их чувствительна при пальпации, выделения из половых путей слизистые, умеренные.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ В ДАННОМ СЛУЧАЕ,

—

- 1) женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции
- 2) женское бесплодие трубного происхождения
- 3) женское бесплодие, связанное с мужскими факторами
- 4) другие формы женского бесплодия
- 5) женское бесплодие, связанное с маточным фактором

2. КРИТЕРИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ –

- 1) клинические или биохимические симптомы избыточной активности или избыточной секреции андрогенов
- 2) олиго- или ановуляция
- 3) наличие 12 или более фолликулов диаметром 2–9 мм в каждом яичнике и/или увеличение объема яичников более 10 мл (в отсутствии доминантного фолликула)
- 4) нарушение менструального цикла по типу АМК
- 5) гиперпролактинемия

3. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОВУЛТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ –

- 1) ципротерона ацетат
- 2) этинилэстрадиол
- 3) метформин
- 4) кломифен цитрат
- 5) гонадотропины

12. КОНТРАЦЕПЦИЯ

Контрацепция — это совокупность различных способов предупреждения наступления беременности при половых контактах.

Россия на протяжении многих лет занимает одно из ведущих мест по числу аборт, пагубные последствия которых приводят к материнской смертности, нарушению репродуктивного здоровья, бесплодию, невынашиванию беременности, осложнениям беременности и родов, формированию целого ряда гинекологических заболеваний.

Неоценимую роль в сохранении репродуктивного здоровья играет рациональная контрацепция, значение которой для профилактики нежеланной беременности, а, следовательно, и абортов трудно переоценить. Кроме того, контрацепция является методом профилактики ряда заболеваний репродуктивной системы и, в связи с этим, имеет не только медицинское, но и социальное значение. Благодаря применению гормональной контрацепции, в мире ежегодно предотвращается до 30 тысяч случаев злокачественных опухолей органов репродуктивной систем.

**Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (2023) / под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской. Режим доступа: <https://roag-portal.ru/news-76>*

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

- Основные методы планирования семьи.
- Особенности сбора жалоб и анамнеза у пациенток, нуждающихся в контрацепции.
- Классификация методов контрацепции.
- Требования к методам контрацепции.
- Оценка эффективности методов контрацепции. Индекс Перля.
- Критерии приемлемости методов контрацепции.
- Классификация методов гормональной контрацепции.
- Показания, противопоказания, побочные эффекты, гормональных контрацептивов.
- Комбинированные оральные контрацептивы: классификация, механизм действия, показания, противопоказания.
- Дополнительные положительные не контрацептивные эффекты КОК. Осложнения приема КОК.

- Контрацепция с применением чистых гестагенов: классификация, механизм действия, показания, противопоказания, осложнения.
- Гормональные рилизинг-системы: виды, показания, противопоказания, осложнения.
- Внутриматочная контрацепция: механизм действия, виды внутриматочных спиралей, показания, противопоказания, осложнения.
- Посткоитальная (экстренная) контрацепция: механизм действия, показания, противопоказания, осложнения.
- Химическая контрацепция (спермициды): механизм действия, особенности применения, преимущества и недостатки.
- Барьерная контрацепция: мужская и женская.
- Физиологические (естественные) методы контрацепции.
- Хирургическая контрацепция: правовое регулирование в России, методы женской и мужской стерилизации.
- Методы контрацепции у подростков.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 32

Пациентка, 25 лет, обратилась к врачу женской консультации по направлению врача-терапевта. Жалобы на головные боли на фоне приема монофазных оральных контрацептивов в течение двух месяцев. При двукратном измерении АД отмечено повышение до 145/95 мм ртутного столба. В семейном анамнезе артериальной гипертензии нет. Объективное исследование без особенностей.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ –**
 - 1) эссенциальная гипертензия
 - 2) гипертензия почечного генеза
 - 3) ятрогенное происхождение
 - 4) феохромоцитома
 - 5) синдром Кушинга

2. ДЛЯ ДАННОГО СЛУЧАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) функции почек
- 2) глазного дна
- 3) АД в динамике
- 4) УЗИ надпочечников
- 5) УЗИ щитовидной железы

3. КОК МОГУТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ТАК КАК

- 1) повышают выработку предшественников ренина печенью
- 2) снижают концентрацию ФСГ
- 3) снижают концентрацию E2
- 4) повышают концентрацию ТТГ
- 5) снижают концентрацию ЛГ

Задача № 33

Женщина, 19 лет, начавшая половую жизнь, интересуется методами надёжной контрацепции. Врач женской консультации при сборе анамнеза и стандартном обследовании патологии не обнаружил. Менструация регулярная, через 30 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные.

1. *Поставить диагноз.*

2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ С САМЫМ НИЗКИМ ИНДЕКСОМ ПЕРЛЯ –

- 1) спермициды
- 2) КОК
- 3) ВМК
- 4) ритм-метод
- 5) барьерный метод

2. СКРИНИНГ ЖЕНЩИН, ЖЕЛАЮЩИХ ПРИМЕНЯТЬ КОК, ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) выявить соматические нарушения
- 2) определить категорию приемлемости КОК
- 3) определить противопоказания
- 4) планировать дообследование
- 5) оценить риск тромбоза

3. ПРИ ПЕРВОЙ КАТЕГОРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ КОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) скрининг для выявления предрака и рака шейки матки

- 2) измерение АД
- 3) обследование молочных желёз
- 4) подсчёт индекса массы тела
- 5) УЗИ органов малого таза

Задача № 34

Молодая нерожавшая женщина 20-ти лет обратилась в женскую консультацию с жалобой на отсутствие менструаций в течение 12 месяцев после отмены низкодозированного КОК, который она использовала 2 года.

Status genitalis: Матка нормальных размеров, в правильном положении, хорошо подвижна, безболезненна. Маточные придатки не увеличены, безболезненны. Шейка матки конической формы, слизь в шеечном канале мутная в небольшом количестве.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Определить тактику обследования и лечения.*

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) выполнить тест на ХГЧ
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) осмотр молочных желез
- 4) исследование уровня гонадотропинов и пролактина
- 5) МРТ гипофиза

2. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ АМЕНОРЕИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПРИЕМОМ КОК –

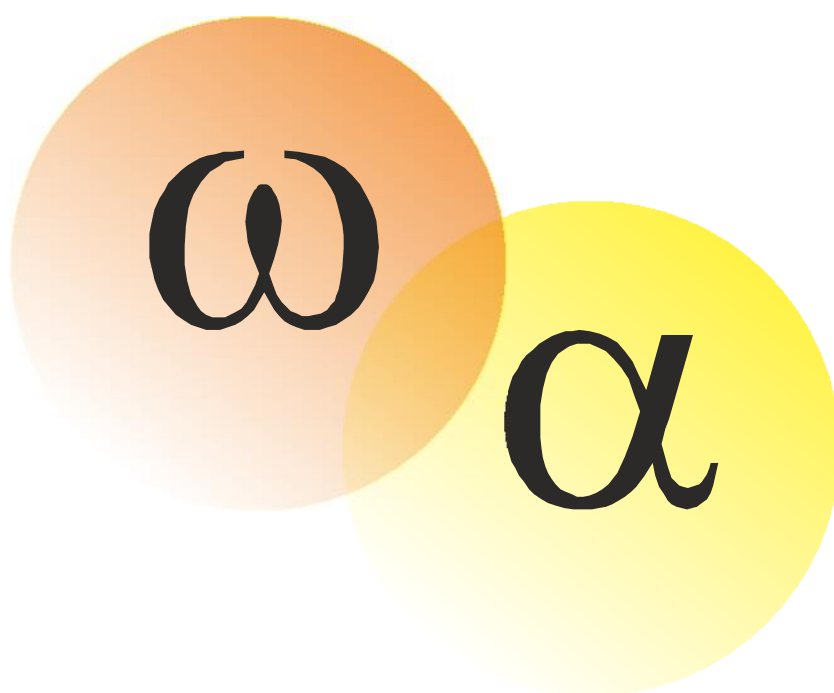
- 1) повышение концентрации пролактина
- 2) атрофия эндометрия
- 3) супрессия гонадотропинов
- 4) другие причины, не связанные с приемом КОК
- 5) гипотиреоз

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ АМЕНОРЕЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) пробу с гестагеном
- 2) пробу с эстроген-гестагеном
- 3) пробу с кломифеном
- 4) тест на ХГЧ
- 5) определение уровня гонадотропинов

ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Sine nominibus nulla scientia
Без названий нет знаний



Invia est in medicina via sine lingua Latina
Непроходим в медицине путь без латинского языка

1. Периоды жизни женщины

Neonatoritas	Новорожденность
Infantilitas	Детство
Pubertas	Половое созревание
Maturitas sexualis	Половая зрелость
Climacterium, climax	Климактерий, климакс
Menopausa	Менопауза
Praesenium	Предстарческий возраст
Senium	Старость

2. Воспалительные заболевания женских половых органов

Abscessus Bartholini	Гнойник бартолиновой железы
Bartholinitis	Воспаление бартолиновой железы
Candidosis vaginalis	Кандидоз вагинальный
Cervicitis	Воспаление шейки матки
Chlamidiosis urogenitalis	Хламидиоз урогенитальный
Colpitis bacterialis	Бактериальный кольпит
Colpitis gonorrhoeica	Гонорейный кольпит
Colpitis granulosa	Гранулезный кольпит
Colpitis senilis	Старческий кольпит
Colpitis seu vaginitis	Воспаление слизистой оболочки влагалища
Colpitis simplex	Простой кольпит
Colpitis trichomonadica	Трихомонадный кольпит
Condylomata acuminata	Остроконечные кондиломы
Cysta ductus Gartneri	Киста Гартнера хода
Cysta glandulae vestibularis majoris	Киста большой железы преддверия влагалища
Cysta paraurethralis	Парауретральная киста
Douglas-abscessus, abscessus rectouterinus,	Дуглас-абсцесс, скопление гноя в прямокишечно-маточном углублении
Endocervicitis	Воспаление слизистой канала шейки матки
Endometritis	Воспаление слизистой оболочки матки

Endometritis post abortum	Эндометрит после аборта
Gardnerellessis	Гарднереллез
Gonorrhoea	Гонорея
Haematosalpinx	Мешотчатое образование маточной трубы с кровянистым содержимым
Herpes genitalis	Генитальный герпес
Hydrosalpinx	Мешотчатое образование маточной трубы с серозным содержимым
Metritis	Воспаление матки
Metroendometritis	Метроэндометрит, воспаление слизистой оболочки и мышечного слоя матки
Molluscum contagiosum	Моллюск контагиозный
Mycoplasmosis urogenitalis	Микоплазмоз уrogenитальный
Oophoritis	Воспаление яичников
Parametritis	Воспаление околоматочной клетчатки
Parametritis anterior, posterior	Передний, задний параметрит
Parametritis lateralis dextra seu sinistra	Боковой параметрит справа или слева от матки
Parametritis purulenta	Гнойное воспаление околоматочной клетчатки
Paraurethroadenitis	Воспаление парауретральных желёз
Pelviocellulitis	Воспаление клетчатки малого таза
Pelvioperitonitis	Воспаление брюшины малого таза
Pelvioperitonitis adhaesiva	Слипчивый пельвиоперитонит
Pelvioperitonitis exudativa	Экссудативный пельвиоперитонит
Perimetritis	Воспаление брюшины, покрывающей матку
Peritonitis purulenta diffusa	Разлитой гнойный перитонит
Pruritis vulvae	Зуд вульвы
Pseudoabscessus glandulae vestibularis majoris	Ложный абсцесс большой железы преддверия влагалища
Puometra	Скопление гноя в полости матки

Pyosalpinx	Мешотчатое образование маточной трубы с гнойным содержимым
Pyovarium	Абсцесс яичника
Restitutio ad integrum	Полное обратное развитие патологического процесса, восстановление прежнего состояния
Sactosalpinx	Мешотчатое образование маточной трубы
Salpingitis	Воспаление маточной трубы
Salpingitis acuta	Острое воспаление маточной трубы
Salpingitis chronica	Хроническое воспаление маточной трубы
Salpingitis subacuta	Подострое воспаление маточной трубы
Salpingoophoritis, adnexitis	Воспаление придатков матки
Trichomoniasis urogenitalis	Трихомониаз урогенитальный
Tuberculosis genitalis	Генитальный туберкулез
Tumor tuboovarialis, adnextumor	Конгломерат воспаленных тканей яичника и маточной трубы
Vaginosiс bacterialis	Влагалищный дисбактериоз
Vestibulitiс	Воспаление преддверия влагалища
Vulvitiс	Воспалительный процесс наружных половых органов
Vulvitiс acuta	Острый вульвит
Vulvitiс chronica	Хронический вульвит

3. Нарушения менструальной функции

Algodysmenorrhoea	Болезненные менструации
Amenorrhoea	Отсутствие менструаций
Amenorrhoea patologica	Патологическая аменорея
Amenorrhoea physiologica	Физиологическая аменорея
Amenorrhoea primaria	Отсутствие первой менструации в 16 лет и старше
Amenorrhoea secundaria	Отсутствие менструаций у ранее менструирующей женщины
Amenorrhoea vera	Истинная аменорея
Atresia folliculi	Атрезия фолликула

Corpus luteum persistens	Персистенция жёлтого тела
Cryptomenorrhoea	Ложная аменорея
Folliculus persistens	Персистенция фолликула
Hypermenorrhoea	Длительные менструации
Hyperpolymenorrhoea	Обильные и длительные менструации
Menorrhagia	Циклические маточные кровотечения
Menstruatio vicaria	Заменяющая, замещающая менструация
Metrorrhagia	Ациклическое маточное кровотечение
Metrorrhagia climacterica	Климактерическое маточное кровотечение
Metrorrhagia dysfunctionalis	Дисфункциональное маточное кровотечение
Metrorrhagia juvenilis	Ювенильное маточное кровотечение
Molimina menstrualia	Симптомы недомогания, сопутствующие менструациям
Oligomenorrhoea, opsomenorrhoea	Редкие менструации
Polymenorrhoea	Обильные менструации
Proiomenorrhoea	Укорочение менструального цикла

. Миома матки

Degeneratio nodi myomatosi cystica	Кистозное перерождение миоматозного узла
Degeneratio nodi myomatosi rubra	Красная дегенерация миоматозного узла
Dystrophia nodi myomatosi hyalinosis	Гиалиновая дистрофия миоматозного узла
Fibromyoma uteri	Доброкачественная опухоль матки, состоящая из мышечных и соединительно-тканых элементов
Intumescencia mucoides nodi myomatosi	Мукоидное набухание миоматозного узла
Myoma (leiomyoma) uteri	Доброкачественная опухоль матки, происходящая из гладких мышечных волокон
Myoma cervicis	Миома шейки матки
Myoma corpus uteri	Миома тела матки
Myoma isthmi uteri	Перешеечная миома матки
Myoma ligamenti teretis uteri	Миома круглой маточной связки
Myoma uteri interstitiale seu intramurale	Межмышечная миома
Myoma uteri intraligamentare	Межсвязочная миома матки связок
Myoma uteri multiplex	Множественная миома матки
Myoma uteri submucosum	Подслизистая миома матки
Myoma uteri subserosum	Подбрюшинная миома матки
Necrosis nodi myomatosi	Некроз миоматозного узла
Nodus myomatosis nascens	Рождающийся миоматозный узел

5. Эндометриоз

Endometriosis	Эндометриоидная гетеротопия
Endometriosis cervicis uteri	Эндометриоз шейки матки
Endometriosis cicatricis postoperativae	Эндометриоз послеоперационного рубца
Endometriosis divisionis interstitialis salpingis	Эндометриоз интерстициального отдела маточных труб
Endometriosis extragenitalis	Экстрагенитальный эндометриоз
Endometriosis genitalis	Эндометриоз половых органов
Endometriosis genitalis externa	Наружный генитальный эндометриоз
Endometriosis interna, adenomyosis	Эндометриоидная гетеротопия в миометрии
Endometriosis isthmi uteri	Эндометриоз перешейка матки
Endometriosis ligamentorum latiorum uteri	Эндометриоз широких маточных связок
Endometriosis ligamentorum propriorum ovariorum	Эндометриоз собственных связок яичников
Endometriosis ligamentorum sacrouterinorum	Эндометриоз крестцово-маточных связок
Endometriosis ligamentorum teretiorum uteri	Эндометриоз круглых маточных связок
Endometriosis ovarii	Эндометриоз яичника
Endometriosis peritonealis pelvis minoris	Эндометриоз брюшины малого таза
Endometriosis peritonei spatii Douglas	Эндометриоз брюшины дугласова пространства
Endometriosis peritonei spatii vesicouterinae	Эндометриоз брюшины пузырно-маточного пространства
Endometriosis retrocervicalis	Позадишеечный эндометриоз
Endometriosis tubae uterinae	Эндометриоз маточных труб
Endometriosis vaginae	Эндометриоз влагалища
Formae endometriosis minoris	«Малые» формы эндометриоза

6. Внематочная беременность

Abortus tubarius	Трубный аборт
Graviditas abdominalis	Брюшная беременность
Graviditas ectopica seu extrauterina	Эктопическая или внематочная беременность
Graviditas fimbriata	Бахромчатая беременность
Graviditas in cornu rudimentario	Беременность в рудиментарном роге матки
Graviditas infundibularis	Беременность в воронковом отделе маточной трубы
Graviditas ovarica	Яичниковая беременность
Graviditas tubaria	Трубная беременность
Graviditas tubaria ampullaris	Беременность в ампулярном отделе маточной трубы
Graviditas tubaria interstitialis	Беременность в интерстициальном отделе маточной трубы
Graviditas tubaria isthmica	Беременность в перешейке маточной трубы
Graviditas tubaria progressiva	Прогрессирующая трубная беременность
Haematoma ligamenti lati	Гематома широкой маточной связки
Haematoma peritubarium	Околотрубная гематома
Haematoma retrouterinum	Заматочная гематома
Lithopaedion	Окаменелый плод
Ruptura tubae gravidae	Разрыв беременной трубы

7. Невоспалительные заболевания, предрак и рак шейки матки

Adenocarcinoma canalis cervicalis	Железистый рак канала шейки матки
Cancer cervicis uteri	Рак шейки матки
Cancer cervicis uteri endoexophytus	Эндоэкзофитный рак шейки матки
Cancer cervicis uteri endophytus	Эндофитный рак шейки матки
Cancer cervicis uteri exophytus	Экзофитный рак шейки матки
Cancer cervicis uteri ulcerosus	Язвенный рак шейки матки
Cancer in situ cervicis uteri	Преинвазивный рак шейки матки
Cancer gradus primarii	Первая стадия рака
Cancer gradus secundarii	Вторая стадия рака
Cancer gradus tertii	Третья стадия рака
Cancer gradus quarti	Четвертая стадия рака
Dysplasia epithelialis, neoplasia cervicalis intraepithelialis	Атипия эпителия влагалищной части шейки матки
Ectopia (pseudoerosio)	Эктопия (псевдоэрозия), наличие цилиндрического эпителия на эктоцервиксе
Ectopia cervicis uteri follicularis seu ovula Nabothi	Фолликулярная эктопия шейки матки. Наботова киста
Ectopia cervicis uteri papillaris	Сосочковая эктопия шейки матки
Ectopia congenita	Врожденная эктопия шейки матки
Ectropion cervicis uteri	Выворот слизистой шеечного канала
Erosio cervicis uteri	Дефект эпителия шейки матки
Erythroplakia cervicis uteri	Атрофия (истончение) слизистой оболочки шейки матки
Leucoplakia cervicis uteri	Гиперкератоз эпителия шейки матки
Polypus canalis cervicalis	Полип шеечного канала

8. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников

Adenocarcinoma ovarii papillare	Сосочковый рак яичника
Adenofibroma ovarii	Аденофиброма яичника
Androblastoma ovarii	Опухоль яичника, продуцирующая андрогены
Cancer ovarii, cystadenocarcinoma	Рак яичников, цистаденокарцинома
Cystadenoma seu cystoma ovarii cilioepitheliale (serosum)	Цилиоэпителиальная (серозная) цистаденома (кистома) яичника
Cystadenoma seu cystoma ovarii mucinosum	Муцинозная цистаденома (кистома) яичника
Cystadenoma seu cystoma ovarii papillare	Сосочковая цистаденома (кистома) яичника
Cystis corporis lutei	Киста желтого тела
Cystis dermoidea seu teratoma adultum	Дермоидная киста, зрелая тератома
Cystis follicularis ovarii	Фолликулярная киста яичника
Cystis ovarii endometriosis	Эндометриоидная киста яичника
Cystis paraovarialis	Параовариальная, околожичниковая киста
Dysgerminoma	Злокачественная опухоль яичника, развивающаяся из недифференцированных половых клеток
Fibroma ovarii	Фиброма яичника
Gonadoblastoma	Злокачественная опухоль яичников, развивающаяся у больных с дисгенезией гонад
Krukenbergi tumor	Опухоль Крукенберга, (метастатический рак яичника)
Ruptura ovarii seu apoplexia	Разрыв яичника
Teratoblastoma	Злокачественная опухоль яичника из эмбриональных элементов
Teratoma ovarii embryonale	Опухоль тканей яичника с эмбриональным характером
Thecoma ovarii	Текаклеточная опухоль яичников
Tumor ovarii granulocellularis (folliculoma ovarii)	Гранулезоклеточная опухоль яичника (фолликулома яичника), продуцирующая эстрогены

9. Гиперпластические процессы эндометрия.

Рак эндометрия

Adenocarcinoma endometrii	Железистый рак эндометрия
Atrophia endometrii	Атрофия эндометрия
Cancer uteri	Рак матки
Cancer uteri diffusus	Рак матки диффузный
Cancer uteri polyposus	Рак матки полипозный
Hyperplasia endometrii	Избыточное образование структурных элементов эндометрия
Hyperplasia endometrii atypica seu adenomatosis	Атипичная гиперплазия эндометрия, аденоматоз
Hyperplasia endometrii composita	Сложная гиперплазия эндометрия
Hyperplasia endometrii recidiva	Рецидивирующая гиперплазия эндометрия
Hyperplasia endometrii simplex	Простая гиперплазия эндометрия
Leiomyosarcoma	Злокачественная лейомиома
Polyposis endometrii	Полипоз эндометрия
Polypus endometrii	Полип, разрастание отдельных участков эндометрия

10. Трофобластическая болезнь

Chorioncarcinoma (chorionepithelioma)	Злокачественная опухоль, исходящая из ворсинок хориона
Chorioncarcinoma cervicis uteri	Хорионкарцинома шейки матки
Chorioncarcinoma ovarii	Хорионкарцинома яичника
Chorioncarcinoma tubae uterinae	Хорионкарцинома маточной трубы
Chorioncarcinoma uteri	Хориокарцинома матки
Chorioncarcinoma vaginae	Хорионкарцинома влагалища
Mola	Занос
Mola hydatidosa	Пузырный занос
Mola hydatidosa destruens	Разрушающий пузырный занос
Mola hydatidosa partialis	Частичный пузырный занос
Mola hydatidosa totalis	Полный пузырный занос
Mola tubaria	Трубный занос

11. Бесплодие

Anovulatio	Ановуляция
Aspermatismus	Отсутствие эякулята
Aspermia	Аспермия
Asthenozoospermia	Астенозооспермия
Azoospermia	Азооспермия
Copulatio oocytum	Оплодотворение ооцитов
Crioconservatio spermatozoidi, embryorum	Консервация сперматозоидов, эмбрионов
Donatio oocytum	Донация ооцитов
Ductiones reproductivae adjuvantes	Вспомогательные репродуктивные технологии
Fertilisatio in vitro et transfusio embryorum	ЭКО и ПЭ – экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона
Fertilitas	Способность к деторождению
Impotentia generandi	Мужское бесплодие
Injectio spermatozoidi intraplasmatica	Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ)
Insufficiencia corporis flavi	Недостаточность жёлтого тела
Modus postcoitus	Посткоитальный тест
Necrospermia	Некроспермия, неподвижность сперматозоидов
Obliteratio salpingum bilateralis	Двухсторонняя непроходимость маточных труб
Oligozoospermia	Уменьшенное количество сперматозоидов в эякуляте
Oligozoospermia gravis	Тяжёлая форма олигозооспермии
Potentia concipiendi	Способность к зачатию и беременности
Reductio embryorum	Редукция эмбрионов
Sterilitas	Бесплодие
Sterilitas absoluta	Абсолютное бесплодие
Sterilitas endocrinica	Эндокринное бесплодие
Sterilitas feminina	Женское бесплодие
Sterilitas primaria	Первичное бесплодие
Sterilitas secundaria	Вторичное бесплодие
Sterilitas tubaria	Трубное бесплодие
Stimulatio ovulationis	Стимуляция овуляции

Stimulatio superovulationis	Стимуляция суперовуляции
Teratozoospermia	Наличие в эякуляте патологических форм сперматозоидов

12. Нейроэндокринные синдромы

Acromegalia	Акромегалия
Dystrophia adiposogenitalis	Адипозогенитальная дистрофия
Eunochoidismus	Евнухоидизм
Hypergenitalismus	Гипергенитализм, чрезмерное или преждевременное развитие первичных или вторичных половых признаков
Hypogenitalismus	Гипогенитализм, недоразвитие и неполноценность функции половых желёз
Infantilismus universalis	Общий инфантилизм
Nanismus hypophysarius	Гипофизарный нанизм
Pubertas praecox	Преждевременное половое созревание
Pubertas tarda	Задержка полового созревания
Syndromum adrenogenitale congenitum, pseudohermaphroditismus feminus	Врожденный адреногенитальный синдром, женский псевдогермафродитизм
Syndromum Chiari-Frommel	Синдром Киари-Фроммеля, патологическая галакторея
Syndromum climactericum	Климактерический синдром
Syndromum Icenko-Cushing	Синдром Иценко-Кушинга
Syndromum Morris, feminisatio testicularis	Синдром Морриса, тестикулярная феминизация
Syndromum post castrationem	Посткастрационный синдром
Syndromum praemenstruale	Предменструальный синдром
Syndromum Sheehani, hypopituitarismus post partum	Синдром Шихана, послеродовой гипопитуитаризм
Syndromum Stein-Leventhal, syndromum ovarium polycysticorum	Синдром Штейна-Левентала, синдром поликистозных яичников
Syndromum Turner-Shereshevsky, dysgenesis gonadum	Синдром Шерешевского – Тернера, дисгенезия гонад

13. Аномалии положения половых органов

Anteflexio et retroversio uteri	Перегиб матки вперед с отклонением назад
Anteflexio uteri	Перегиб матки кпереди
Anteversio uteri	Отклонение матки вперед
Cystocele	Опущение, выбухание стенки мочевого пузыря
Decubitus parietum vaginae	Пролежень стенок влагалища
Descensus parietis anterioris vaginae	Опущение передней стенки влагалища
Descensus parietis posterioris vaginae	Опущение задней стенки влагалища
Descensus parietum vaginae	Опущение стенок влагалища
Descensus uteri	Опущение матки
Deviatio uteri	Отклонение, смещение матки
Elevatio uteri	Смещение матки вверх
Elongatio cervicis uteri	Удлинение шейки матки
Hyperanteflexio uteri	Перегиб матки кпереди с образованием острого угла между телом и шейкой матки
Lateropositio uteri dextra	Смещение матки вправо
Lateropositio uteri sinistra	Смещение матки влево
Prolapsus parietis anterioris vaginae	Выпадение передней стенки влагалища
Prolapsus parietis posterioris vaginae	Выпадение задней стенки влагалища
Prolapsus parietum vaginae	Выпадение стенок влагалища
Prolapsus parietum vaginae totalis	Полное выпадение стенок влагалища
Prolapsus uteri completus	Полное выпадение матки
Prolapsus uteri incompletus	Неполное выпадение матки
Rectocele	Выбухание передней стенки прямой кишки
Retroflexio uteri	Перегиб матки кзади
Retroversio uteri	Отклонение матки назад
Retroversio-flexio uteri fixata	Фиксированная ретродевиация матки
Retroversio-flexio uteri mobilis	Подвижная ретродевиация матки,
Retroversio-flexio uteri subfixata	Ограниченная в подвижности ретродевиация матки

14. Пороки развития половых органов

Aplasia, atresia	Отсутствие органа
Aplasia ovariorum	Полное отсутствие яичников
Aplasia uteri	Отсутствие матки
Aplasia vaginae	Отсутствие влагалища
Atresia cervicalis	Заращение в области шейки матки
Atresia hymenalis	Заращение в области девственной плевы
Atresia vaginalis	Заращение влагалища
Haematocolpos	Скопление крови во влагалище
Haematometra et haematosalpinx	Скопление крови в матке и маточной трубе
Hermaphroditismus	Гермафродитизм, двуполость
Hermaphroditismus verus	Истинный гермафродитизм
Hymen inperforatus	Гимен без отверстия
Pseudohermaphroditismus femininus	Женский ложный гермафродитизм
Pseudohermaphroditismus masculinus	Мужской ложный гермафродитизм
Uterus arcuatus	Седловидная матка
Uterus bicornis	Двурогая матка
Uterus bicornis bicervicalis	Двурогая матка с удвоенной шейкой
Uterus bicornis rudimentalis solidus	Матка в виде двурогого рудимента, лишённого полости
Uterus bicornis unicervicalis	Двурогая матка с одной шейкой
Uterus duplex	Двойная матка
Uterus duplex cum vagina duplici	Двойная матка с двойным влагалищем
Uterus foetalis	Детская матка
Uterus hypoplasticus	Недоразвитая матка
Uterus infantilis	Инфантильная матка, детский тип
Uterus septus	Матка с полной перегородкой
Uterus subseptus	Матка с неполной перегородкой
Uterus unicornis	Однорогая матка
Vagina duplex	Двойное влагалище
Vagina septa	Полная перегородка влагалища
Vagina subsepta	Неполная перегородка влагалища

15. Оперативная гинекология

15.1. Диагностические и лечебно-диагностические манипуляции и хирургические вмешательства на органах малого таза

Cervicographia	Цервикография, рентгенография шеечного канала
Cervicoscopia	Цервикоскопия
Chromohydrotubatio	Хромогидротубация, введение окрашенной жидкости в полость матки и трубы
Colposcopia	Кольпоскопия
Culdocentesis	Кульдоцентез
Culdoscopia Pelvioscopia	Кульдоскопия, осмотр внутренних половых органов
Dilatatio canalis cervicalis	Расширение цервикального канала
Endoscopia	Эндоскопия
Hydrotubatio	Гидротубация, введение жидкости в полость матки и трубы
Hysterometria	Зондирование полости матки
Hysteroresectoscopia	Гистерорезектоскопия
Hysteroscopia	Гистероскопия
Kymopertubatio	Кимопертубация
Laparoscopia	Лапароскопия
Laparotomia	Чревосечение
Laparotomia inferiomediana	Нижнесрединная лапаротомия
Laparotomia modo Czerny	Лапаротомия по методике Черни
Laparotomia suprapubica modo Pfannenstieli	Надлобковый разрез по методике Пфанненштиля
Metrosalpingographia seu hysterosalpingographia	Метросальпингография или гистеросальпингография, контрастная рентгенография матки и труб
Pertubatio	Пертубация, продувание маточных труб
Pneumopelviographia seu gynecographia	Пневмопельвиография, газовая рентгенография малого таза
Pneumoperitoneum	Пневмоперитонеум, воздух в брюшной полости
Punctio fornicis posterior	Пункция брюшной полости через задний свод влагалища
Salpingoscopia	Сальпингоскопия

Vaginoscopia	Вагиноскопия
--------------	--------------

15.2. Операция на наружных половых органах, влагалище и шейке матки

Ablatio nodi myomatosi	Удаление рождающегося миоматозного узла
Ablatio polypi fibrosis cavi uteri	Удаление фиброзного полипа полости матки
Ablatio polypi fibrosis cervicis	Удаление фиброзного полипа шейки матки
Amputatio cervicis uteri	Удаление шейки матки
Amputatio cervicis uteri aenei-formis modo Schreder	Клиновидная ампутация шейки матки по Шредеру
Amputatio cervicis uteri alta	Высокая ампутация шейки матки
Amputatio cervicis uteri conusoidea modo Sturm-dofr	Конусовидная ампутация шейки матки по методу Штурмдорфа
Amputatio portionis vaginalis aenei-formis	Клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки
Biopsia cervicis uteri Biopsia colli uteri	Биопсия шейки матки
Cervicorrhaphia	Ушивание разрывов шейки матки
Clitoridectomy	Клиторидэктомия, удаление гипертрофированного клитора
Colpohysterotomia	Кольпогистеротомия
Colpoperineorrhaphia	Кольпоперинеорафия, пластическая
Colpoptoësis	Кольпопоз, образование искусственного влагалища
Colpoptoësis per segmentum coli sigmoidei	Кольпопоз, образование искусственно влагалища из отрезка сигмовидной кишки
Colporrhaphia anterior	Передняя кольпорафия, сшивание передней стенки влагалища
Colporrhaphia anterior (adincontinentiam urinae relativam) modo Martius-Figurnov	Передняя кольпорафия (при относительном недержании мочи) по Марциусу–Фигурнову
Colporrhaphia anterior cum suspensione vesicae urinariae modo Figurnovi	Передняя кольпорафия с подшиванием мочевого пузыря по Фигурнову
Colporrhaphia mediana modo Neigebauer-Le Fort	Срединная кольпорафия по методу Нейгебауэра–Лефора

Colporrhaphia posterior	Сшивание задней стенки влагалища
Colporrhaphia posterior cum levatoroplastica	Кольпоперинеорафия пластическая
Colpotomia posterior	Задняя кольпотомия, разрез задней стенки влагалища
Condylomectomy	Удаление кондиломы
Cystectomy glandulae vestibularis majoris	Удаление кисты большой железы преддверия влагалища
Discisio pseudoabscessus glandulae vestibularis majoris	Рассечение псевдоабсцесса большой железы преддверия влагалища
Discissio septi vaginae	Рассечение перегородки влагалища
Discisio synechia labiorum minorum pudenda	Рассечение сращения малых половых губ
Diathermoconisatio cervicis uteri	Диатермоконизация шейки матки
Diathermoexcisio cervicis uteri	Диатермоэксцизия шейки матки
Enucleatio cystae ductus Gardneri	Энуклеация кисты Гартнерова хода
Enucleatio cystis vaginae	Энуклеация, удаление (вылушивание) кисты влагалища
Enucleatio glandulae vestibularis majoris	Энуклеация кисты бартолиновой железы
Exstirpatio vulvae et nodorum lymphaticorum seu vulvectomy et lymphadectomy	Оперативное удаление вульвы и лимфатических узлов
Fistulorrhaphia rectovaginalis	Ушивание прямокишечно-вагинального свища
Fistulorrhaphia ureterovaginalis	Ушивание мочеточниково-вагинального свища
Fistulorrhaphia urethrovaginalis	Ушивание уретровaginaльного свища
Fistulorrhaphia vesicocervicalis	Ушивание пузырно-шеечного свища
Fistulorrhaphia vesicovaginalis	Ушивание пузырно-вагинального свища
Hymenectomy	Иссечение девственной плевы
Hymenorrhaphia	Сшивание девственной плевы
Hymenotomy	Гименотомия, рассечение девственной плевы
Hysterotomy anterior	Передняя гистеротомия
Marsupialisatio	Марсупиализация
Myomectomy vaginae	Миомэктомия, удаление миомы влагалища
Polypotomia canalis cervicalis	Удаление полипа шейного канала
Vulvectomy seu exstirpatio vulvae	Вульвэктомия, экстирпация вульвы

5.3. Операция на маточных придатках

Adnexectomy bilateralis	Двусторонняя аднексэктомия
Coagulatio ovarii	Коагуляция яичников
Cystectomy ovarii	Удаление кисты яичника
Cystectomy ovariorum intraligamentaris	Интралигаментарное удаление кисты яичника
Cystomectomy ovarii	Цистомэктомия, удаление кистомы яичника
Decapsulatio ovarii partialis	Частичная декапсуляция яичника
Eucleatio cystae ovarii	Вылущивание кисты яичника
Eucleatio cystae paraovarialis	Энуклеация параовариальной кисты
Fimbrioplastica	Фимбриопластика
Implantatio ovarii in uterum	Пересадка яичника в матку
Omentoovariopehia	Оментоовариопексия
Ovariectomy, ovariectomy monolateralis (dextra, sinistra)	Одностороннее удаление яичника с опухолью (справа, слева)
Paraovaricystectomy	Параоварицистэктомия
Reimplantatio tubae in uterum	Пересадка трубы в матку
Repositio ovarii	Репозиция яичника
Resectio omenti majoris	Резекция большого сальника (оментэктомия) как вариант расширения объема операции при опухолях яичников
Resectio ovarii bilateralis	Двусторонняя резекция яичников
Resectio ovarii partialis	Частичная резекция яичников
Salpingectomy	Оперативное удаление маточной трубы
Salpingokelyphoectomy	Удаление маточной трубы с плодместилищем
Salpingolysis	Высвобождение маточной трубы из спаек
Salpingoophorectomy, tuboovarioectomy, adnexectomy	Удаление маточной трубы и яичника
Salpingoovariolysis	Высвобождение маточной трубы и яичника из спаек
Salpingostomatoplastica	Сальпингостоматопластика

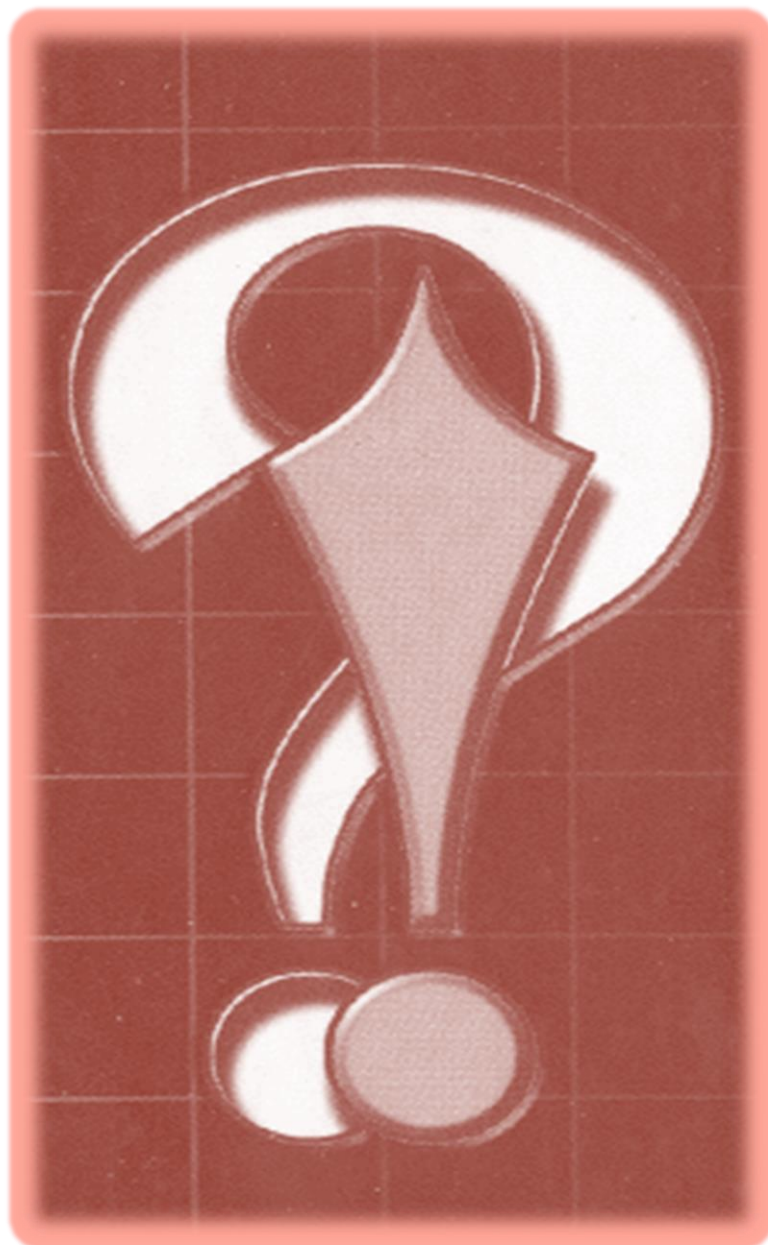
Salpingostomia	Сальпингостомия, рассечение трубы с образованием отверстия
Salpingostomia linearis	Иссечение трубы продольное на всём протяжении
Salpingostomia partialis s. salpingoanastamosis	Отсечение части трубы с последующим соединением концов
Salpingotomia	Рассечение трубы
Salpingotomia et kelyphoectomy	Рассечение трубы и удаление плодного яйца
Sectio adhaesionum,	Рассечение спаек
Sterilisatio tubaria	Оперативное нарушение проходимости маточных труб
Thermocauterisatio ovariorum	Термокаутеризация яичников

15.4. Операции на матке и околоматочном пространстве

Abortus artificialis	Искусственный аборт
Abrasio canalis cervicalis et cavi uteri	Выскабливание цервикального канала и полости матки
Abrasio cavi uteri probatoria	Диагностическое выскабливание полости матки
Abrasio probatoria divisa	Раздельное диагностическое выскабливание
Amputatio uteri alta	Высокая ампутация матки
Autotransplantatio endometrii	Аутооттрансплантация эндометрия
Biopsia aspirationalis endometrii	Аспирационная биопсия эндометрия
Biopsia endometrii	Биопсия эндометрия
Colpopexia	Позадилонная лапароскопическая кольпопексия по методу Берча
Colpopexia aponeuritica	Апоневротическая кольпопексия
Defundatio uteri	Удаление дна матки
Embolisatio arteriarum uterinarum	Эмболизация маточных артерий
Enucleatio noduli myomatosis uteri	Вылущивание миоматозных узлов
Exstirpatio endometriosis retrocervicalis	Иссечение ретроцервикального эндометриоза
Exstirpatio uteri totalis per vaginam	Полное удаление матки через влагалище
Hysterectomy cum adnexis	Удаление матки с придатками
Hysterectomy sine adnexis	Удаление матки без придатков

Hysterectomy subtotalis, amputatio uteri supravaginalis	Удаление тела матки
Hysterectomy totalis cum adnexis bilateralis et lymphadenectomy	Полное удаление матки с обоими придатками и лимфатическими узлами
Hysterectomy totalis, exstirpationis uteri	Удаление тела и шейки матки
Hysteroresectomyomectomy	Гистерорезектомиомэктомия (удаление миоматозных узлов)
Hysteroresectopolypectomy	Гистерорезектополипэктомия (удаление полипа эндометрия или полипа цервикального канала)
Hysterorrhaphia	Наложение шва на матку
Hysterosseptotomy	Гистеросептотомия (рассечение внутриматочной перегородки)
Lymphadenectomy iliaca	Подвздошная лимфаденэктомия
Lymphadenectomy paraortalis	Парааортальная лимфаденэктомия
Metroplastica	Пластика матки
Myomectomy conservativa	Консервативная миомэктомия
Operatio modo Wertheim	Расширенная тотальная гистерэктомия по методу Вертгейма
Sacrovaginoepexia	Сакровагинопексия
Synechotomy intrauterina	Рассечение внутриматочных синехий
Thermocauterisatio foci endometriosis	Термокаутеризация очага эндометриоза
Transplantationis endometrii	Трансплантация, пересадка эндометрия

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

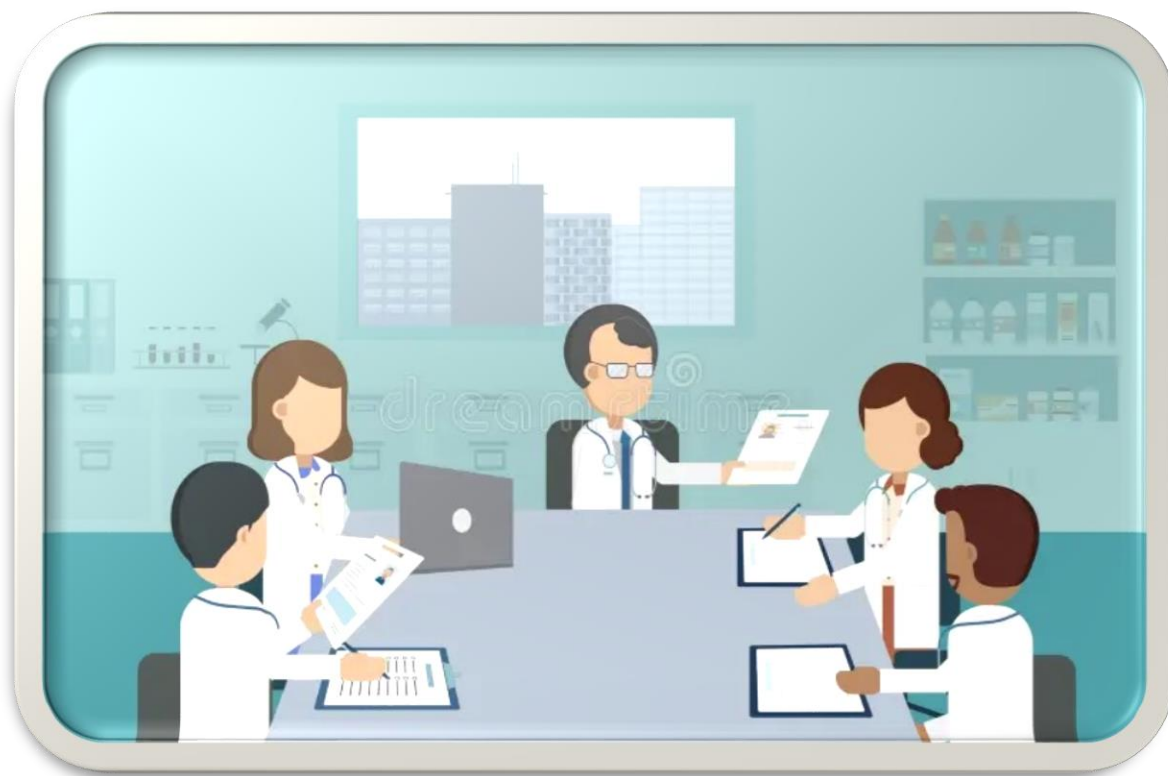


Задача №	Тестовое Задание 1	Тестовое задание 2	Тестовое задание 3
	Номера ответов		
1. Аномальные маточные кровотечения			
№ 1. Острое аномальное маточное кровотечение в пубертатном периоде на фоне хронического аномального маточного кровотечения (овуляторная дисфункция? коагулопатия?)	1–5	1–5	5
№ 2. Острое аномальное маточное кровотечение в репродуктивном периоде. Овуляторная дисфункция	4	1, 3	1–5
2. Воспалительные болезни женских половых органов			
№ 3. Хронический гнойный вульвовагинит у девочки. Атопический дерматит	2–5	4	1–5
№ 4. Острый вагинит. Острый цервицит. Острый уретрит	1, 2, 3	2, 4, 5	1–5
№ 5. Острый послеабортный эндометрит	4	4	1–4
№ 6. Острый пельвиоперитонит	1–5	1–5	2–5
№ 7. Хронический эндометрит, сальпингоофорит. Обильные менструальные кровотечения на фоне ВМК	1, 2, 3, 5	1–3	1–4
3. Нейроэндокринные синдромы			
№ 8. Вторичная аменорея (гипотиреоз, гиперпролактинемия)	4	4	1–4
№ 9. Вторичная гипогонадотропная аменорея (подозрение на аденому гипофиза)	4	2,4	4

№ 10. Первичная гипергонадотропная аменорея. Синдром Тернера?	4	4	2, 4
№ 11. Предменструальный синдром	4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4
4. Миома матки			
№ 12. Миома матки 7 недель. Хроническое anomальное маточное кровотечение. Постгеморрагическая железодефицитная анемия средней степени	1–5	4	1–5
№ 13. Множественная миома матки 24 недели.	1–3	2, 4	1–5
№ 14. Хроническое anomальное маточное кровотечение (лейомиома). Постгеморрагическая железодефицитная анемия средней степени	1–5	1–5	1–5
№ 15. Множественная миома матки 16 недель. Нарушение питания миоматозного узла	1–5	2	2,4,5
5. Эндометриоз			
№ 16. Хроническое anomальное маточное кровотечение. Неуточненная дисменорея. Аденомиоз?	1–5	1–3, 5	1, 2, 4, 5
№ 17. Наружный генитальный эндометриоз. Образование правого яичника (эндометриоидная киста?) Первичное бесплодие	3	1–5	2
6. Острый живот в гинекологии			
№ 18. Подозрение на прогрессирующую внематочную беременность	1, 5	4	1, 3
№ 19. Внематочная трубная беременность: трубный аборт	4	4	2, 4
№ 20. Внематочная трубная беременность: разрыв маточной трубы. Шок 3 степени. Внутривнутрибрюшное кровотечение	1–4	4	2

№ 21. Внутривнутрибрюшное крово- течение. Геморрагический шок 3 степени. Геморрагическая форма апоплексии яичника?	1, 2, 4	1, 2, 4, 5	1, 3
7. Невоспалительные заболевания, предрак и рак шейки матки			
№ 22. Эктропион шейки матки. Хронический эндоцервицит	1, 2, 3	1–5	1–5
№ 23. Экзофитный рак шейки матки	1, 2, 4, 5	1–5	3–5
№ 24. Рак шейки матки IBII G2	5	1–3	3
8. Рак тела матки			
№ 25. Высокодифференцирован- ная аденокарцинома матки G1	1–4	1–5	1–3
9. Доброкачественные и опухолевидные образования яичников			
№ 26. Образование правого яич- ника	1–5	1–4	1, 2
10. Рак яичников			
№ 27. Двусторонние образования яичников. Подозрение на рак яичника. Асцит	1–5	1–5	3–5
№ 28. Двусторонние опухоли яичников. Подозрение на мета- статический рак яичников	1–5	2, 3	1–3
11. Бесплодие			
№ 29. Вторичное бесплодие. Трубный фактор	2,5	1,5	1, 2, 3
№ 30. Вторичное бесплодие. Дру- гие формы женского бесплодия.	5	5	1, 3,5
№ 31. Первичное бесплодие, свя- занное с отсутствием овуляции	1	1–3	4
12. Контрацепция			
№ 32. Артериальная гипертензия, ассоциированная с приёмом КОК	3	1–4	1
№ 33. Консультирование по кон- трацепции	2	1–5	1–5
№ 34. Вторичная аменорея	1–5	1–4	1, 3, 4, 5

КЛИНИЧЕСКИЕ УЧЕБНЫЕ ИГРЫ



ЦЕЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ УЧЕБНЫХ ИГР

Учебные игры имитируют работу врача с больной в экстренных ситуациях, ориентированы на формирование III уровня обучения и профессиональной ответственности за судьбу пациентки. Учебные игры базируются на синдромном принципе мышления.

Условия учебной игры на карточках:

- *Руководит проведением учебной игры преподаватель.*
- *Игра рассчитана на группу студентов 5-10 человек.*
- *Проводится игра в учебной комнате.*
- *Продолжительность игры от 20 до 60 минут.*
- *Каждая карточка представляет собой одну порцию информации.*
- *Каждая карточка имеет собственный код для быстрого поиска.*
- *Карточки, связанные с лечением больной имеют эталоны.*
- *Для подготовки к предстоящей игре студенты накануне получают домашнее задание, алгоритмы, набор задач для тренировки, а также краткую инструкцию о методике игры.*

Подведение итогов игры и оценку знаний осуществляет преподаватель.

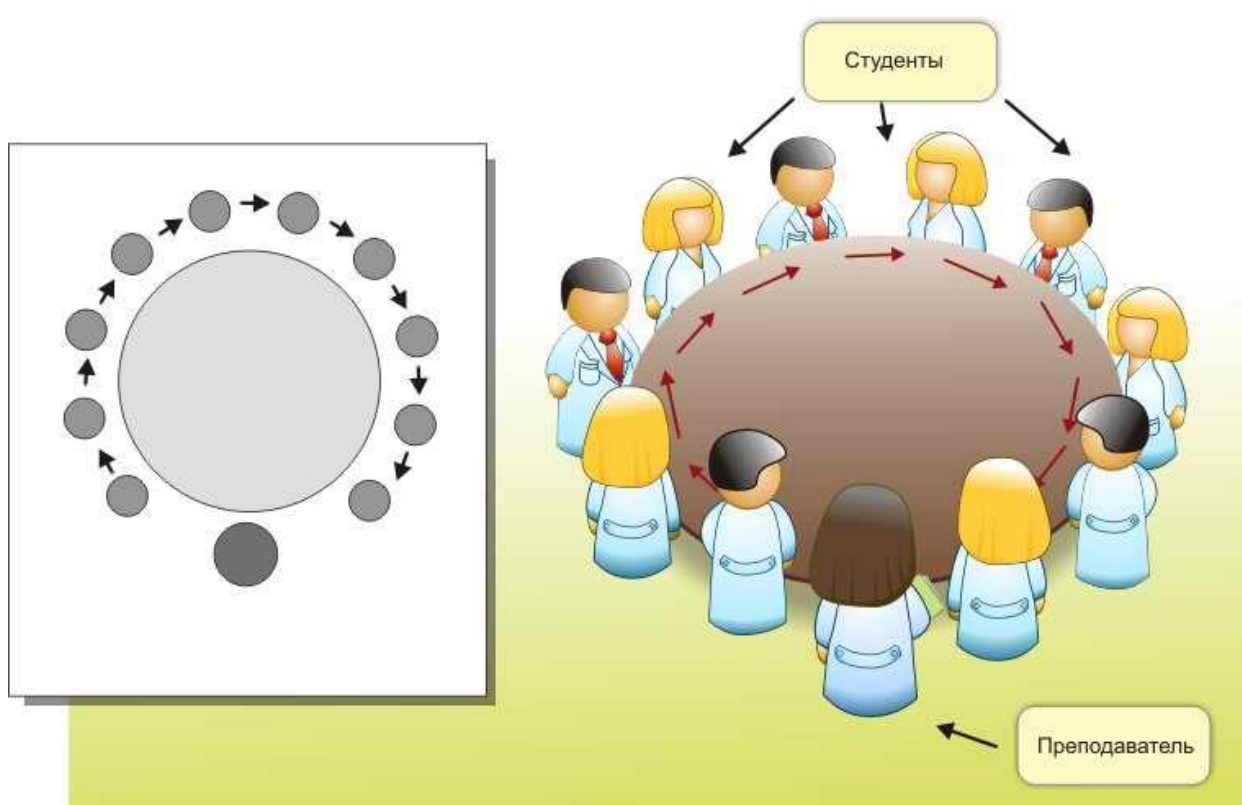
УЧЕБНАЯ ИГРА №1

ОСТРЫЕ ВЗОМТ, НЕОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ

Методика последовательной цепочки

Методика игры:

Игра происходит строго по часовой стрелке. Первую исходную карточку получает крайний слева от преподавателя студент. После анализа ситуации следующую карточку получит второй студент слева и работать с ней будет уже он. И так далее. Каждому студенту придётся работать с больной в том её состоянии, в которое привёл больную его коллега, сидящий рядом. При этом никаких претензий высказывать соседу нельзя, а нужно эффективно работать с пациенткой в том состоянии, в котором она оказалась.



Клиническая ситуация:

Женщина, 22 лет, поступила в дежурный гинекологический стационар по направлению врача женской консультации с диагнозом: острый генитальный пельвиоперитонит. Жалобы на сильные боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,8°C.

Считает себя больной в течение 3 дней, заболела на 6-й день от начала менструации.

В анамнезе 1 больничный аборт, в браке не состоит. От беременности предохраняется ритм-методом. Физикальное обследование (пальпация живота, бимануальное исследование, осмотр в зеркалах) соответствует диагнозу направления. Содержание лейкоцитов в периферической крови 12,8 Г/л, СОЭ 25 мм/час. Экспресс-тест на ХГ с мочой отрицательный. При кульдоцентезе получено 10 мл серозно-гнойного экссудата.

Карточки для студентов:

Карточка 1

Поставьте диагноз при поступлении больной в стационар.

Карточка 2

Возможно ли в данном случае консервативное ведение больной?

Карточка 3

Назначьте базовую терапию данной больной.

Карточка 4

Какие антибиотики и в каком режиме целесообразно назначить?

Карточка 5

Какие препараты для дезинтоксикационной терапии и в каком объёме необходимо назначить в данном случае?

Карточка 6

Через 24 часа консервативного лечения состояние больной заметно улучшилось: снизилась температура тела, уменьшились боли в животе, отсутствуют симптомы раздражения брюшины, снизилось содержание лейкоцитов в крови. Ваша дальнейшая тактика?

Карточка 7

Какое малоинвазивное хирургическое вмешательство рекомендуется в настоящее время включать в комплекс лечения молодых нерожавших женщин с острым ВЗОМТ?

Карточка 8

При лапароскопии обнаружено: трубы гиперемированы, отёчны, из фимбриальных отделов истекает гнойный экссудат. Поверхность матки гиперемирована. Между маткой и её придатками рыхлые спайки, в позадиматочном углублении гнойный экссудат.

Поставьте интраоперационный диагноз.

Карточка 9

Какой объём хирургического вмешательства следует выполнить?

Карточка 10

Ваша тактика после лечебно-диагностической лапароскопии?

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ К УЧЕБНОЙ ИГРЕ №1

Карточка 1

Острый гнойный генитальный пельвиоперитонит. Интоксикация средней степени тяжести.

Карточка 2

В данном случае консервативное ведение пациентки возможно.

Карточка 3

Антибактериальная терапия, инфузионная терапия, десенсибилизирующая терапия, симптоматическое лечение

Карточка 4

Назначают антибиотики широкого спектра действия. Оптимальным является парентеральный путь введения. В первые сутки в максимальной дозе внутривенно струйно или в виде короткой инфузии, затем внутримышечно или перорально в средней дозе до нормализации клинических и лабораторных показателей Комбинированное использование двух или более антибактериальных препаратов синергичного действия. Например: цефалоспорины III поколения + гентамицин+ метронидазол

Карточка 5

Препараты выбора: кристаллоиды (изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера-Локка). Инфузионная терапия проводится в течение 3–5 дней. Первые 3 дня ежедневно, затем – через день. При средней степени интоксикации объём трансфузий 500–1000 мл в сутки.

Карточка 6

Продолжить базовую терапию до нормализации клинических и лабораторных показателей.

Карточка 7

Лапароскопия.

Карточка 8

Двусторонний острый гнойный сальпингит. Пельвиоперитонит.

Карточка 9

Адгезиолизис, промывание полости малого таза тёплым физиологическим раствором с добавлением антисептиков (хлоргексидин).

Карточка 10

Продолжение антибактериальной, инфузионной, симптоматической терапии до нормализации клинических и лабораторных показателей.

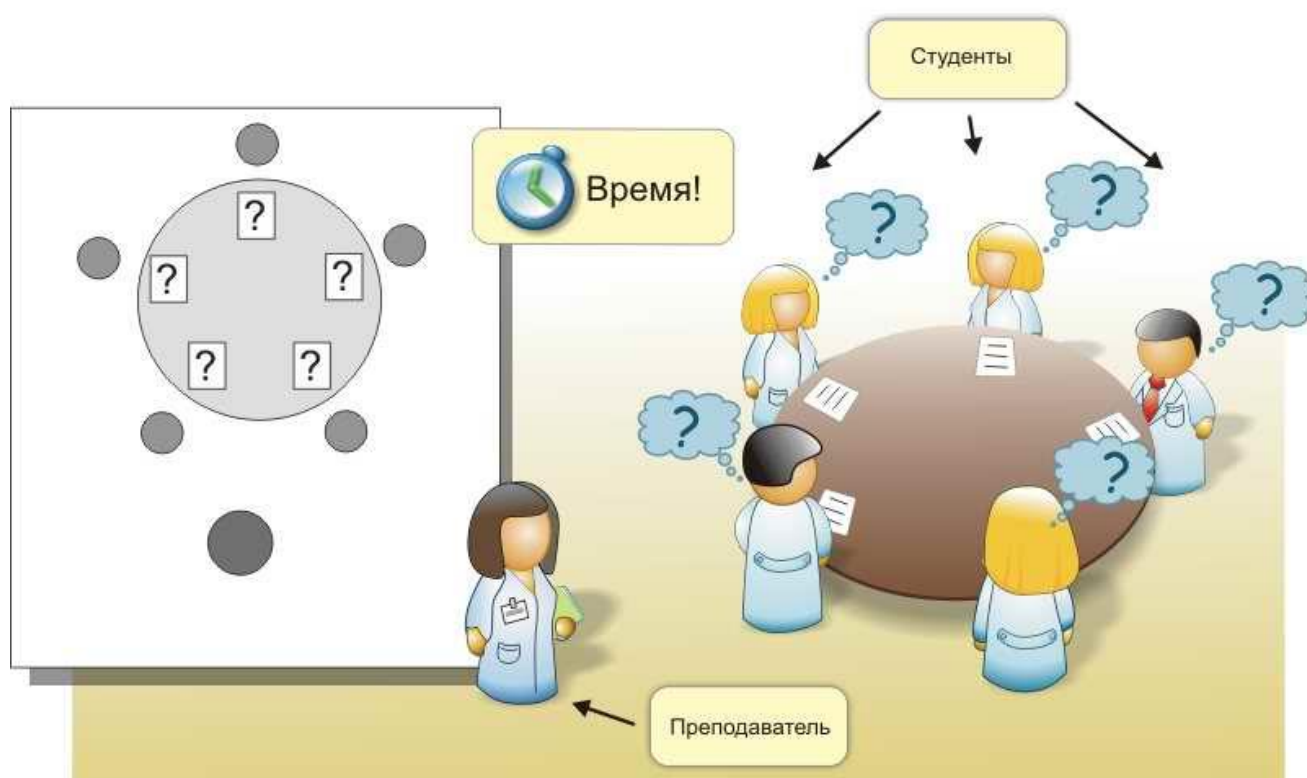
УЧЕБНАЯ ИГРА №2

ОСТРЫЕ ВЗОМТ, ОСЛОЖНЁННОЕ ТЕЧЕНИЕ

Методика модифицированного мозгового штурма

Методика игры:

Методика заимствована из телевикторины «Что? Где? Когда?». Получив карточку, студенты в течение одной минуты выдвигают различные гипотезы, дискутируют, отстаивают ту или иную идею, а по истечении времени студент-лидер принимает единое решение. Когда преподаватель видит, что дискуссия уводит в сторону от правильного решения и время затягивается, он даёт реплику, например, «Прошло 5 минут, больной помощи не получает!». Если напоминание о затягивании времени оказывается безрезультатным, ведущий выдаёт карточку об ухудшении состояния больного.



Клиническая ситуация

Нерожавшая женщина 20 лет находится на лечении в гинекологическом отделении с клинической картиной, типичной для острого ВЗОМТ (боли в животе, гнойные бели, лихорадка, тахикардия, повышение СОЭ и количества лейкоцитов в периферической крови). Через 24 часа от начала базисного лечения существенного улучшения состояния больной не отмечено. Сохраняется болевой синдром, лихорадка, увеличилось содержание лейкоцитов в периферической крови, положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота, больше слева. При бимануальном исследовании обнаружено опухолевидное образование в области левых маточных придатков. Заключение при УЗИ органов малого таза: опухолевидное образование левых маточных придатков с признаками абсцедирования.

Карточки для студентов

Карточка 1

Поставьте диагноз, согласно описанию клинической ситуации.

Карточка 2

Ваша тактика?

Карточка 3

Каким доступом можно приступить к выполнению операции?

Карточка 4

Определите объём оперативного вмешательства при следующей лапароскопической картине:

В области левых маточных придатков обнаружен воспалительный комплекс: пиосальпинкс, отёчный яичник, фибринозные отложения на брюшине, спайки, легко разрушающиеся инструментом. Справа маточная труба свободно подвижная, имеется её гиперемия и отёк. Видимой окклюзии правой маточной трубы нет.

Карточка 5

Назначьте лечение больной в послеоперационном периоде.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ К УЧЕБНОЙ ИГРЕ №2

Карточка 1:

Тубоовариальный абсцесс слева.

Карточка 2:

Учитывая отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение суток, целесообразно хирургическое вмешательство.

Карточка 3:

Лапароскопия.

Карточка 4:

Тщательный осмотр брюшной полости и органов малого таза. Разделение спаек. Опорожнение пиосальпинкса. Эвакуация патологического выпота и лаваж брюшной полости небольшими порциями антисептического раствора. Дренирование.

Карточка 5:

Антибиотики, дезинтоксикация, симптоматическая терапия и реабилитация.

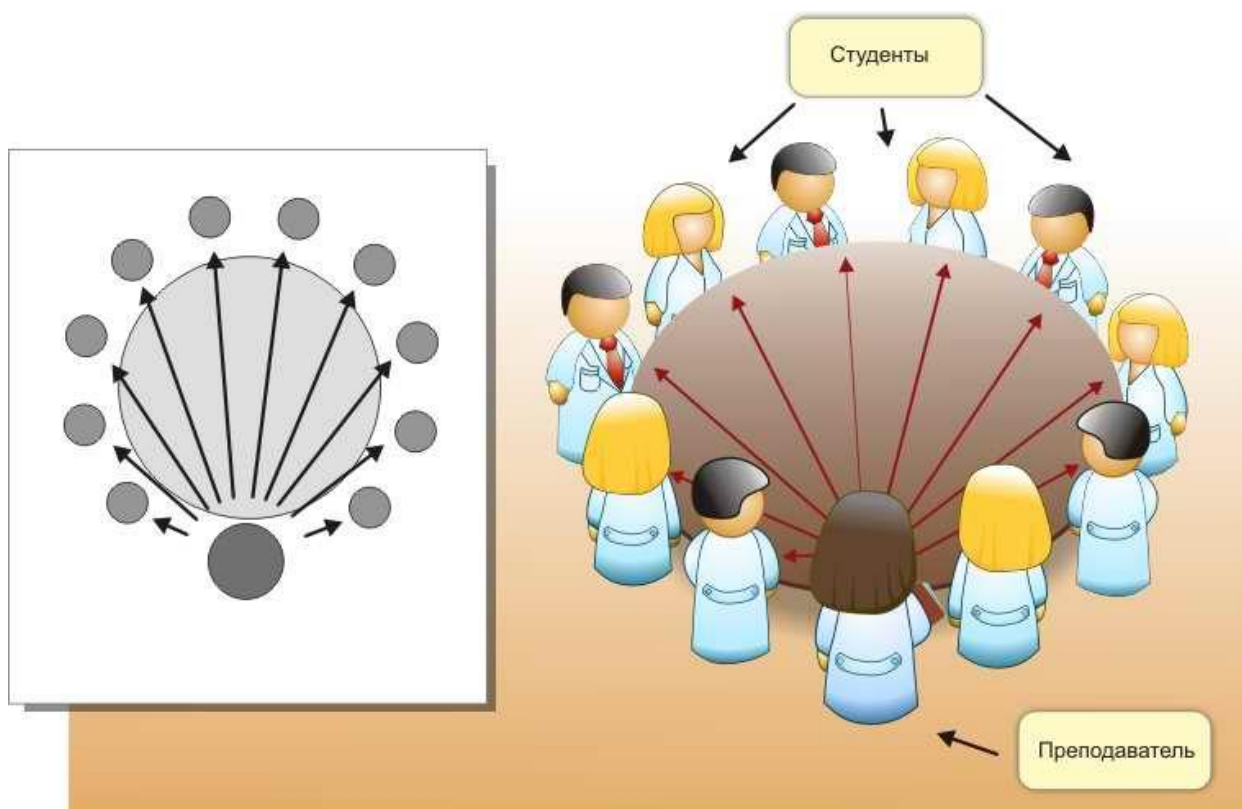
УЧЕБНАЯ ИГРА №3

ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Методика разорванного опроса

Методика игры:

- Преподаватель, зная учебный потенциал каждого студента данной группы, мысленно выделяет сильных и способных студентов-лидеров.
- Преподаватель по своему выбору вручает первому студенту карточку с описанием синдрома внутрибрюшного кровотечения.
- После прочтения студентом вслух клинической ситуации, преподаватель следующие карточки с вопросами вручает остальным участникам игры по очереди (по его усмотрению). При затруднении студента в выборе правильного ответа, преподаватель вправе передать карточку с вопросом любому другому студенту. В крайнем случае, ответ даёт студент-лидер.
- Преподаватель руководит опросом и по ходу игры оценивает уровень знаний каждого участника.
- По окончании игры предлагается обсудить её результаты. При анализе неверных ответов, активность должны проявлять сами студенты, в том числе лидеры. В конце игры преподаватель каждому студенту даёт соответствующую оценку знаний.



Клиническая ситуация

Замужняя женщина 26 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на боли внизу живота справа, слабость, головокружение в течение двух дней. Последняя менструация 40 дней назад (задержка 10 дней). В анамнезе беременностей не было. Объективно: кожные покровы бледные, температура тела 36,2 °С, пульс 84 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/70, 105/70 мм рт. ст. Содержание гемоглобина 120 г/л, гематокрит 30%. Живот мягкий, при пальпации болезненность в нижних отделах, больше справа, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Генитальный статус: матка несколько увеличена, смещение её вызывает болезненность. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечёткими контурами, болезненное. Выделения из половых путей скудные, тёмно-коричневого цвета. Шейка матки цианотична. Экспресс-тест на ХГЧ с мочой положительный. При УЗИ органов малого таза плодное яйцо в полости матки не обнаружено, в позадима-точном пространстве – наличие жидкости.

Карточки для студентов:

Карточка 1

Поставьте диагноз по имеющимся данным.

Карточка 2

Какое диагностическое мероприятие позволит верифицировать диагноз в данной ситуации.

Карточка 3

При лечебно-диагностической лапароскопии: матка немного увеличена в размерах, округлой формы. Придатки слева не изменены. Справа ампулярный отдел маточной трубы расширен до 2 см, цианотичен, в воронковом отделе сгусток крови, скудные кровянистые выделения. В правом яичнике – жёлтое тело. В маточно-прямокишечном углублении обнаружено около 80 мл жидкой крови.
Поставьте интраоперационный диагноз

Карточка 4

Какие факторы влияют на выбор объёма операции?

Карточка 5

Опишите технику линейной сальпинготомии при внематочной беременности.

Карточка 6

Какое специфическое послеоперационное осложнение консервативного хирургического лечения трубной беременности может быть в данном случае?

Карточка 7

Перечислите факторы риска для развития персистирующей внематочной беременности. Назовите метод контроля.

Карточка 8

Насколько повышен риск повторной внематочной беременности?

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ К УЧЕБНОЙ ИГРЕ №3

1. Диагноз: Ампулярная внематочная беременность, превратившаяся по типу трубного аборта (внутренний разрыв плодоемкости).
2. Приступить к выполнению консервативного хирургического вмешательства на правой маточной трубе.
3. Желание больной иметь беременность в будущем, степень кровопотери, диаметр плодного яйца, сохранность трубы, данная внематочная беременность первая в этой трубе, выраженность патологических изменений в поражённой и противоположной трубе.
4. Стандартным объёмом консервативной операции при ампулярной внематочной беременности является линейная сальпинготомия. Целью сальпинготомии является удаление плодного яйца, расположенного в ампулярном отделе.
5. При наличии спаек в брюшной полости их иссекают и восстанавливают нормальное расположение маточной трубы. Маточную трубу рассекают по антимезентериальному краю (в наиболее бессосудистой зоне) над точкой максимального растяжения, доводя разрез до дистального просвета маточной трубы. Плодное яйцо самостоятельно «рождается» или его удаётся выдавить нажатием со стороны серозного покрова. После этого маточную трубу обильно промывают, разрез зашивают или коагулируют кровоточащие сосуды. Проводят хромогидротубацию.
6. Послеоперационным осложнением, специфическим для консервативного хирургического лечения трубной беременности, является развитие персистирующего роста трофобласта после сальпинготомии. Персистирующая внематочная беременность определяется как продолжение роста ткани трофобласта после неполного удаления плодного яйца во время хирургической операции.
7. Факторы риска: аменорея менее 42 дней, диаметр плодного яйца менее 2 см, Метод контроля - определение уровня бета-ХГЧ в сыворотке крови, пока результат не станет отрицательным.
8. Пациентки, имеющие внематочную беременность в анамнезе, в 5-30% случаев имеют повторную эктопическую беременность.

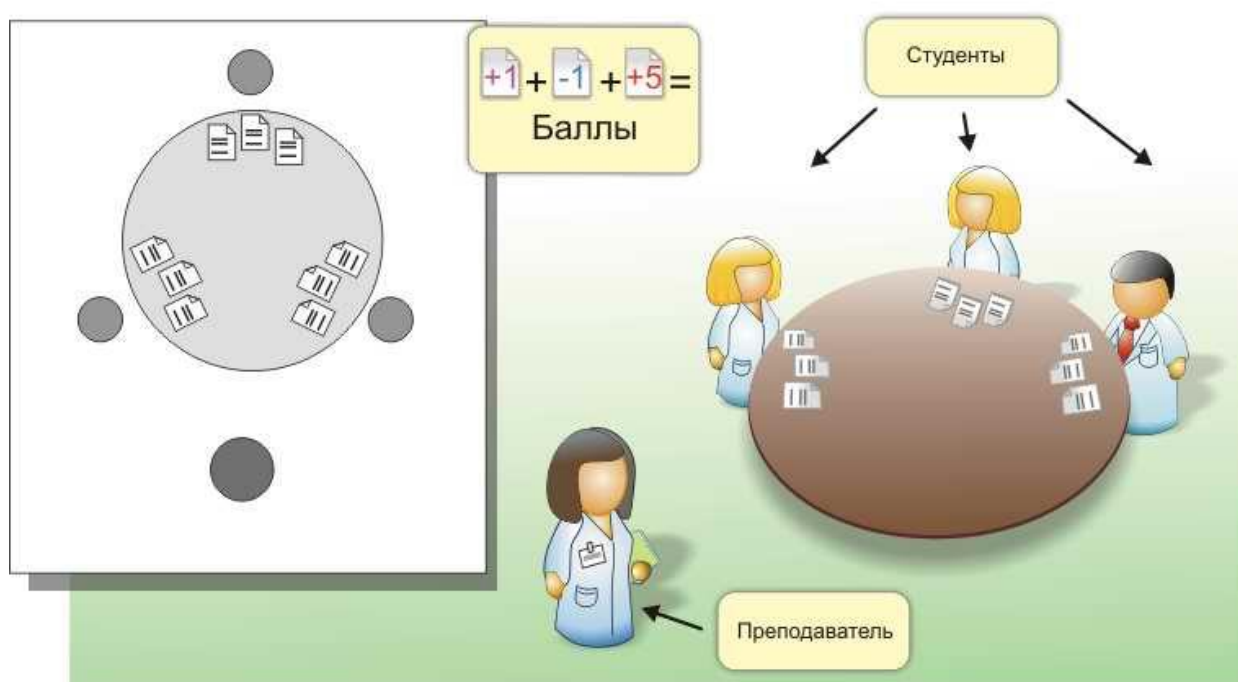
УЧЕБНАЯ ИГРА №4

АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Методика «Пациент на бумаге»

Методика игры:

- Каждый студент получает карточку с описанием симптомов аномального маточного кровотечения и перечнем лечебных мероприятий.
- Студент должен выбрать из перечня лечебных мероприятий те, которые целесообразны в данной клинической ситуации.
- Преподаватель, оценивает ответы по баллам, указанным в эталоне.
- Ответ считается правильным при сумме баллов +5. Другие варианты являются ошибочными.
- По окончании игры студенты и преподаватель обсуждают её результаты.



Клиническая ситуация

Девушка 14-ти лет жалуется на обильную, со сгустками менструацию, общую слабость и головокружение. Кровотечение началось 7 дней назад после задержки очередной менструации на 6 недель. Менархе в 13 лет. В анамнезе эпизоды носовых кровотечений с детского возраста. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст., гемоглобин 87 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела, выделения из половых путей кровянистые, обильные. При ультразвуковом исследовании ОМТ: тело матки нормальных размеров, яичники мультифолликулярные, обращает на себя внимание увеличение толщины эндометрия до 18 мм.

Карточки для студентов:

Карточка 1

Назначьте мероприятие для остановки кровотечения у данной больной:

- 1) физиолечение;
- 2) комбинированные оральные контрацептивы по гемостатической схеме;
- 3) выскабливание полости матки;
- 4) утеротонические средства;
- 5) настой трав, усиливающих свёртывающую активность крови.

Карточка 2

Пациентке с описанной ситуацией НЕЛЬЗЯ назначать следующие мероприятия:

- 1) обследовать и лечить в амбулаторных условиях;
- 2) проводить гормональный гемостаз в комплексе с препаратами, стимулирующими коагуляционный потенциал крови;
- 3) назначать физиолечение при патологии системы гемостаза;
- 4) применять для гормонального гемостаза гестагены;
- 5) использовать для гормонального гемостаза КОК.

Карточка 3

Выберите гормональное средство для остановки маточного кровотечения у данной пациентки:

- 1) трёхфазный КОК;
- 2) мини-пили;
- 3) микродозированный монофазный КОК;
- 4) низкодозированный монофазный КОК;
- 5) инъекционный прогестагенный контрацептив.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ К УЧЕБНОЙ ИГРЕ №4

Ответ считать правильным при сумме баллов +5, другие варианты являются ошибочными.

1) Карточка 1:

- 2) физиолечение +1
- 3) КОК по гемостатической схеме +5
- 4) выскабливание полости матки -5
- 5) утеротонические средства +1
- 6) настои трав, усиливающих свёртывающую активность крови +1

1) Карточка 2:

- 2) обследовать и лечить в амбулаторных условиях +1
- 3) проводить гормональный гемостаз в комплексе с препаратами, стимулирующими коагуляционный потенциал крови +1
- 4) назначать физиолечение при патологии системы гемостаза +1
- 5) применять для гормонального гемостаза гестагены +2
- 6) использовать для гормонального гемостаза КОК +5

1) Карточка 3:

- 2) трёхфазный КОК -1
- 3) мини-пили -2
- 4) микродозированный монофазный КОК -1
- 5) низкодозированный монофазный КОК +5
- 6) инъекционный прогестагенный контрацептив -3

УЧЕБНАЯ ИГРА №5

ОСТРЫЙ ЖИВОТ

Деловая (ролевая) игра

1. ИГРОВОЙ КОМПЛЕКС

Участники игры:

1. Врач - гинеколог приемного покоя
2. Дежурный врач гинекологического отделения
3. Дежурный хирург
4. Дежурный уролог
5. Консультант
6. Врач-лаборант
7. Арбитр (студент)
8. Ведущий (преподаватель)
9. Врач специалист по УЗ-диагностике

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКОВ ИГРЫ

1. **Ведущий** выдает на запросы участников игры карточки с ответами. Не имеет права направлять действия участников игры. Имеет право сообщать о состоянии больной в течение игры. Подводит итоги в конце игры с оценкой знаний.
2. **Арбитр** обязан оценивать в баллах действия каждого участника игры на каждом этапе.
3. **Врач приемного покоя** должен решить вопрос о госпитализации, оформить документацию, провести необходимое обследование для установления предварительного диагноза, решить вопрос об объеме санобработки и способе транспортировки. Решить вопрос, в какое отделение госпитализировать. Имеет право отказать в госпитализации, вызвать консультанта, обсудить ситуацию.
4. **Врач гинекологического отделения** обязан провести комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выбрать метод лечения. Имеет право запросить дополнительные сведения у врача приемного покоя, консультанта, лаборанта, вызвать хирурга.
5. **Врач-лаборант** обязан выполнить любое лабораторное обследование по запросу врачей и консультанта
6. **Анестезиолог** обязан обеспечить анестезиологическое пособие, провести реанимационные мероприятия. Имеет право запросить дополнительные сведения о состоянии больной у врача гинекологического отделения, лаборанта.

7. **Консультант и хирург** – обязаны прибыть по вызову врача гинекологического отделения. До вызова в игру не вступать. Имеют право запросить данные о больной у любого из участников игры.
8. **Врач специалист по УЗИ-диагностике** -- обязан выполнить любое обследование по запросу врачей и консультанта.

3. ИНСТРУКЦИЯ К УЧЕБНОЙ ИГРЕ (ПРАВИЛА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ):

- Сейчас мы проведем учебную ролевую игру. Вам будет выдана первая карточка, на которой записана очень кратко клиническая ситуация.
- Вы можете запросить любые сведения, которые потребуются для установления диагноза и наиболее рационального лечения.
- Вам категорически запрещается запрашивать информацию в общем виде – типа «дайте нам анамнез жизни», «дайте клинику болезни» и т.п. Запрещается также одновременный запрос нескольких разнородных сведений, например, «дайте информацию о пульсе, артериальном давлении, частоте дыхания». И на каждый свой запрос вы получите столь же конкретный однозначный ответ только на эту информацию и ничего более.
- Несмотря на то, что, на карточках имеется вся информация, необходимая для диагноза и успешного лечения больного, вы получите только ту информацию, которую запросите. Не запросите – не получите. Все, как в жизни!
- Учтите, что с Вашей больной будет все время что-то происходить. Если вы будете ошибаться, то в полном соответствии с жизненной реальностью больной будет становиться все хуже и хуже, о чем вас будут извещать соответствующие сведения на карточках.
- Карточки, информирующие об улучшении или ухудшении состояния больной, будут выдаваться без ваших запросов, в полном соответствии с той реальной ситуацией, которая происходит в жизни.
- Вы можете действовать правильно, но затягивать время. И тогда, несмотря на правильные действия, тоже может наступить ухудшение состояния больной, о котором Вы будете уведомлены соответствующей карточкой.
- Получив информацию об ухудшении состояния больной, Вы должны оказать помощь пациентке уже в том состоянии, в котором она оказалась.

4. МЕТОДИКА РОЛЕВОЙ (ДЕЛОВОЙ) ИГРЫ

Особенность данной игры состоит в том, что участники в строгом соответствии со сценарием, подобно актерам, разыгрывают роли, инсценирующие те или иные производственные ситуации. По завершении игры происходит ее разбор, причем ведущий выступает, как правило, в роли арбитра. Кроме того, в игру включается и арбитр со стороны студентов, которому предписывается дать свою личную оценку действиям играющих, характеристику полученного результата, а также высказать соображения о поисках оптимального варианта, если, по мнению наблюдателя, таковой в игре не достигнут.

5. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ РОЛЕВОЙ (ДЕЛОВОЙ) ИГРЫ

Игра проводится в 2 этапа:

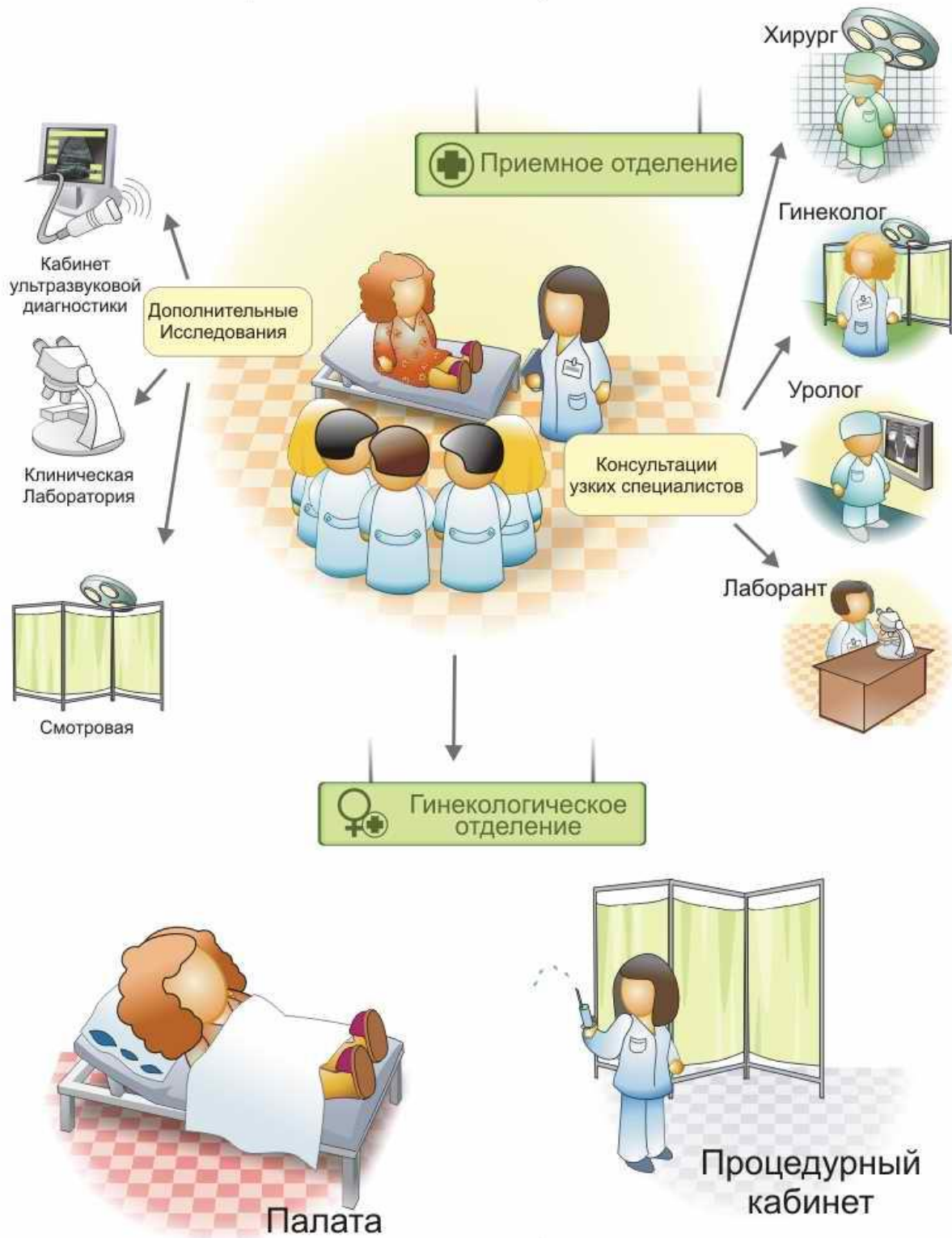
Первый этап: действие происходит в приемном отделении многопрофильной больницы. Требуется установить предварительный диагноз, решить вопрос о госпитализации (в какое отделение), оказании экстренной помощи.

Оснащение первого этапа: кушетка, носилки, гинекологическое кресло, тонометр, термометр, тест на ХГЧ с мочой, одноразовые системы, шприцы, наборы сывороток для определения группы крови, РН-фактора, УЗ-кабинет, клиническая лаборатория.

Второй этап: действие разворачивается в гинекологическом отделении. Нужно установить окончательный диагноз, выбрав наиболее рациональные методы обследования, разработать оптимальный метод лечения больной.

Оснащение второго этапа: термометр, тонометр, гинекологическое кресло, набор для пункции брюшной полости через задний влагалищный свод, набор для промывания желудка, одноразовые системы для в/венного введения, шприцы, кровезаменители, растворы для инфузионной терапии, история болезни, лист назначений.

Деловая игра “Острая боль внизу живота”



Клиническая ситуация:

Машиной скорой помощи доставлена в приемное отделение многопрофильной больницы больная 22 лет с жалобой на боли внизу живота, слабость, головокружение.

НАБОР КАРТОЧЕК «ЖАЛОБЫ» А-1 — А-12 (для ведущего)

А-1	Когда появились боли?	Боли появились 2 часа назад внезапно.
А-2	С чем связана боль?	Появилась после полового акта.
А-3	Характер болей?	Боли резкие, больше справа.
А-4	Иррадиации боли?	Иррадиация в промежность.
А-5	Есть ли вагинальные кровянистые выделения ?	Кровянистых выделений нет.
А-6	Когда была последняя менструация?	2 недели назад (15–18.09).
А-7	Последняя менструация была в срок?	Да.
А-8	Принимала ли какие-нибудь лекарственные средства?	1 таблетку анальгина, боль не уменьшилась.
А-9	Когда появилась слабость и головокружение?	С началом болевого приступа.
А-10	Была ли рвота?	Нет.
А-11	Связана ли боль с нарушением диеты?	Не связана.
А-12	Имеется ли нарушение стула и мочеиспускания?	Нет.

НАБОР КАРТОЧЕК «Анамнез» Б-1 — Б-11 (для ведущего)

Б-1	Какие заболевания перенесла?	Перенесла корь, ветряную оспу, пневмонию.
Б-2	Были ли травмы и операции?	Травм и операций не было. <i>(Вы теряете время)</i>
Б-3	Было ли переливание крови?	Переливания крови не было.
Б-4	Имеются ли вредные привычки?	Вредных привычек нет.
Б-5	Были ли аллергические реакции?	Нет
Б-6	Болела ли мочекаменной, желчекаменной или язвенной болезнями?	Нет
Б-7	Менструальная функция?	Менструации с 14 лет по 3–4 дня, через 27–28 дней, регулярные, безболезненные установились сразу.
Б-8	Половая функция?	Половая жизнь с 21 года. Не замужем. Половой партнер постоянный.
Б-9	Были ли беременности?	Беременностей не было
Б-10	Чем предохраняется?	Ритмическим методом.
Б-11	Какими гинекологическими заболеваниями болела?	Год назад перенесла острый сальпингоофорит

НАБОР КАРТОЧЕК «Объективные данные» В-1 — В-15 (для ведущего)

В-1	Рост, вес:	Рост 157 см, вес 61 кг.
В-2	АД:	АД 100/70 мм рт. ст.
В-3	Пульс:	Пульс 88 уд./мин ритмичный, удовлетворительного наполнения
В-4	Температура:	36,6 С
В-5	Состояние кожных покровов:	Кожные покровы и видимые слизистые бледные
В-6	Частота дыхания:	Дыхание 18 уд./мин <i>(Время идет!)</i>
В-7	Состояние сердца и легких:	Со стороны сердца и легких патологических изменений не выявлено.
В-8	Симптом поколачивания:	Отрицательный с обеих сторон.
В-9	Пальпация живота:	Живот мягкий, болезненность в гипогастриальной области.
В-10	Перитонеальные симптомы:	Симптомы раздражения брюшины слабоположительные в нижних отделах живота справа.
В-11	Бимануальное исследование:	Матка и маточные придатки не увеличены, болезненность справа.
В-12	Осмотр в зеркалах:	Слизистая влагалища и шейки матки нормальной окраски, цианоза нет. Шейка чистая. Зев закрыт. Выделения слизистые.
В-13	Движения за шейку матки:	Резкие боли при смещении шейки матки.
В-14	Сознание	Ясное.
В-15	Результаты кульдоцентеза	Получено около 10 мл светлой серозной жидкости.

**НАБОР КАРТОЧЕК «ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ» Г-1 — Г-5
(для врача-лаборанта)**

Г-1	Анализ крови:	НЬ 120г/л; Э – 3,5 Т/л; Л – 5,6 Г/л; СОЭ – 8 мм/час
Г-2	Общий анализ мочи	Прозрачная, светло-желтая, уд. вес 1021, Л – 1–2 в поле зрения, эритроциты – 0, белка нет
Г-3	Группа крови, Rh-фактор	В (III), резус положительный
Г-4	Биохимический анализ крови	Глюкоза – 4,2 ммоль/л, амилаза крови – 0,35 МЕ/мин
Г-5	Тест с мочой на ХГ	Отрицательный

**НАБОР КАРТОЧЕК «УЗ исследования» Д-1 — Д-3
(для врача-специалиста по УЗ-диагностике)**

Д-1	УЗИ гениталий	Матка расположена обычно. Структура матки однородная, 46×38×47мм М-эхо 10 мм, с ровными контурами, соответствует середине цикла. Правый яичник – 39×33×34, типичного строения. Левый яичник 32×27×22, типичного строения, с фолликулами, диаметр максимального 8 мм. В заднем своде небольшое количество жидкости.
Д-2	УЗИ почек	Почки бобовидной формы, с четкими контурами, нормальных размеров. Слой паренхимы однороден, четко дифференцируется от почечного синуса. Полостные структуры не расширены. Достоверно конкрементов не выявлено. Ортостатическая проба – норма.
Д-3	УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, селезенки	Контуров ровные, поверхность гладкая, ткань обычной эхогенности, однородная, кровеносные сосуды и желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, стенка ровная, содержимое однородное. Селезенка не увеличена, эхоструктура и эхогенность не изменены. Поджелудочная железа не увеличена, ткань однородная, обычной эхогенности.

НАБОР СИГНАЛЬНЫХ КАРТОЧЕК Е-1 — Е-6

Е-1	<i>Молодец! Вы на правильном пути!</i>
Е-2	Вы теряете время! Пора ставить предварительный диагноз!
Е-3	<i>Опрос затягивается, больной не оказывается помощь!</i>
Е-4	Пора решить, что делать!
Е-5	Срочно назначайте лечение!
Е-6	Ваше решение неправильное, игра закончена!

ЭТАЛОН ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ:

- Предварительный диагноз, поставленный врачом приемного покоя: *«Подозрение на апоплексию правого яичника, легкой степени, болевая форма».*
- Окончательный диагноз, поставленный врачом гинекологического отделения: *«Апоплексия правого яичника без явлений шока и внутреннего кровотечения».*
- Лечение: строго консервативное, постельный режим, холод на низ живота, спазмолитики, наблюдение за АД и пульсом в динамике.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Айламазян, Э. К. Гинекология : учебник для студентов медицинских вузов [Электронный ресурс] / Э. К. Айламазян. – Москва : СпецЛит, 2013. – 415 с. – ISBN 978-5-2990-0527-1. – Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. – URL: <http://ezproxy.ssmu.ru:2048/login?url=https://www.books-up.ru/book/ginekologiya-4334494/> (дата обращения: 10.02.2023). – Режим доступа: по подписке.
2. Гинекология : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1008 с. – ISBN 978-5-9704-5707-8. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://ezproxy.ssmu.ru:2877/book/ISBN9785970457078.html> (дата обращения: 10.02.2023). – Режим доступа: по подписке.
3. Гинекология. Национальное руководство : краткое издание / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704 с. – ISBN 978-5-9704-4965-3. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://ezproxy.ssmu.ru:2877/book/ISBN9785970449653.html> (дата обращения: 10.02.2023). – Режим доступа: по подписке.
4. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 432 с. – ISBN 978-5-9704-4309-5. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://ezproxy.ssmu.ru:2877/book/ISBN9785970443095.html> (дата обращения: 10.12.2022). – Режим доступа: по подписке.
5. Гинекология : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования/ под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко; рец.: И. Б. Манухин, В. Е. Радзинский. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 432 с. – ISBN 978-5-9704-4309-5. – Текст : непосредственный.

Дополнительная

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / ред. А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова – М., 2023. – 254 с.
2. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (2023) / под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской. – М., 2023. – 270 с.

Клинические рекомендации

1. **Хламидийная инфекция** : МКБ 10: A56, A74 : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/194_1 (дата обращения: 13.09.2023).
2. **Гонококковая инфекция** : МКБ 10: A54 : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/218_1 (дата обращения: 13.09.2023)
3. **Урогенитальный трихомониаз** : МКБ 10: A59 : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/241_2 (дата обращения: 13.09.2023)
4. **Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция** : МКБ 10: A60 (A60.0, A60.1, A60.9) : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/679_1 (дата обращения: 13.09.2023).
5. **Воспалительные болезни женских тазовых органов** : МКБ 10: N70, N71, N73 : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/643_1 (дата обращения: 13.09.2023).
6. **Миома матки** : МКБ 10: D25, D26, O34.1 : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2020. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/257_1 (дата обращения: 13.09.2023).
7. **Эндометриоз** : МКБ 10: N80 : клинические рекомендации / Министерство

- Здравоохранения Российской Федерации, Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2020. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/259_1 (дата обращения: 13.09.2023).
8. **Внематочная (эктопическая) беременность МКБ 10: O00/O08** : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов. – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/642_1 (дата обращения: 13.09.2023).
 9. **Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки МКБ 10: N86, N87** : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы», Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2020. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/597_1 (дата обращения: 13.09.2023)
 10. **Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки МКБ 10: N86, N87**: клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы», Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2020. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/597_1 (дата обращения: 13.09.2023)
 11. **Рак шейки матки МКБ 10: C53** : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы». – Москва, 2020. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/537_1 (дата обращения: 13.09.2023).
 12. **Гиперплазия эндометрия МКБ 10: N85.0, N85.1** : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/646_1 (дата обращения: 13.09.2023).
 13. **Рак тела матки и саркомы матки МКБ 10: C54** : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации Ассоциация

онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы». – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/460_3 (дата обращения: 13.09.2023).

14. **Диагностика и лечение доброкачественных новообразований яичников с позиции профилактики рака** : клинические рекомендации (протокол лечения) : [Утверждаю Президент Российского общества акушеров-гинекологов академик РАН, профессор В. Н. Серов от 04.12.2018 N 15-4/10/2-7838, Согласовано Главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии академик РАН, профессор Л. В. Адамян 4 октября 2018 г.]. – Москва, 2018. – Текст: электронный / Консультант Плюс : надежная правовая поддержка : [сайт]. – Режим доступа: локальный.
15. **Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины МКБ 10: С48.0, С48.1, С48.2, С56, С57** : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы». – Москва, 2020. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL.: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/547_2 (дата обращения: 13.09.2023)
16. **Женское бесплодие** : МКБ 10: N97, N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8, N97.9 : клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Российское общество акушеров-гинекологов, ООО "Российская ассоциация репродукции человека (РАРЧ)". – Москва, 2021. – Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/641_1 (дата обращения: 13.09.2023).
17. **Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции** : адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции: ВОЗ, 5 издание, 2015» / ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Министерства Здравоохранения РФ, Российское общество акушеров-гинекологов, Российское общество по контрацепции ; под ред. Г. Т. Сухих, В. Н. Прилепской. – изд. перераб. и доп. – Москва, сентябрь 2023. –
URL:<https://drive.google.com/file/d/1eO4kz5jjSNxJzHvAk1VN3CdPwOW8ZH10/view>(дата обращения: 13.09.2023)

Учебное издание

*Авторский коллектив – сотрудники кафедры акушерства и гинекологии
Сибирского государственного медицинского университета*

Куценко Ирина Георгиевна	– д-р мед. наук, профессор
Михеенко Галина Александровна	– д-р мед. наук, профессор
Тихоновская Ольга Анатольевна	– д-р мед. наук, профессор
Петров Илья Алексеевич	– д-р мед. наук, профессор
Габидулина Татьяна Васильевна	– канд. мед. наук, доцент
Дмитриева Маргарита Леонидовна	– канд. мед. наук, доцент
Жабина Екатерина Сергеевна	– канд. мед. наук, доцент
Захарова Ирина Витальевна	– канд. мед. наук, доцент
Окороков Александр Олегович	– канд. мед. наук, доцент
Петрова Марина Сергеевна	– канд. мед. наук, доцент
Ткачев Владимир Николаевич	– канд. мед. наук, доцент
Воробьев Юрий Олегович	– канд. мед. наук, ассистент
Егунова Мария Алексеевна	– канд. мед. наук, ассистент
Киселева Екатерина Александровна	– ассистент
Оккель Юлия Владимировна	– канд. мед. наук, ассистент
Тимофеева Оксана Сергеевна	– ассистент

Под редакцией

Куценко Ирины Георгиевны, д-ра мед. наук, доцента, заведующей кафедрой

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Учебное пособие

для студентов 4 курса лечебного и 5 курса педиатрического факультетов
4-е издание, исправленное и дополненное

Редактор Е.М. Харитонова
Технический редактор О.В. Коломийцева
Обложка Е.М. Харитонова

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. +7 (3822) 901–101, доб. 1760
E-mail: izdatelstvo@ssmu.ru

Подписано в печать 20.02.2024 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная. Печать цифровая.
Гарнитура «Times». Усл. печ. л. 7,5. Усл. изд. л. 3,9.....
Тираж 150 экз. Заказ № 16
Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru