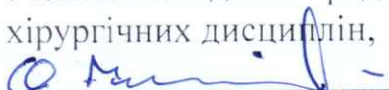


Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

«УЗГОДЖЕНО»

Методичною радою  
хірургічних дисциплін  
протокол № 4  
від «22» 03 2023 року

Голова Методичної ради  
хірургічних дисциплін,  
  
Професор  
Олег КАНІКОВСЬКИЙ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Вченою радою  
ВНМУ ім. М.І. Пирогова  
протокол № 7  
від «27» 04 2023 року

Голова Вченої ради,

  
Професор  
Вікторія ПЕТРУШЕНКО

Інструкція для студента до станції № 8  
«Гінекологічний пацієнт»

Проведення практичного компоненту об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту (ОСП(К)І) відбуватиметься у одноденному форматі згідно наказу ректора ВНМУ ім. М.І. Пирогова №39 від 14.04.2022 р.

Студент повинен привітатись та представитись, пред'явити викладачу паспорт (або документ, що підтверджує особу).

При проведенні ОСП(К)І в онлайн режимі будуть використані платформи Microsoft Teams.

Вимоги до проходження станції:

- використання комп'ютера чи ноутбука як студентом під час відповіді, так і екзаменатором;
- відповідь приймається за умови включеної камери, де чітко видно студента, який здає іспит, та включеного мікрофону з чітким звуком;
- під час роботи на станції ведеться відеозапис, про що екзаменатор попередньо попереджує студента.

Секретар зв'язується з групами, які здають іспит. Підключає кожного студента до екзаменатора та в чаті Microsoft Teams відсилається клінічна задача. В усній відповіді передбачена оцінка студентом скарг пацієнта (будуть представлені), анамнестичних та об'єктивних даних, інтерпретація результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження даної пацієнтки, встановлення діагнозу,

визначення тактики ведення пацієнтки і призначення лікування, вказуючи групу препаратів та їх побічні дії, а також дати коротку відповідь на додаткові питання екзаменатора за умови їх наявності у завданні.

Тривалість проходження станції 5-7 хв.

Після закінчення відведеного часу для виконання клінічних задач екзаменатор відповідь не приймає. Зверніть увагу, що викладач є спостерігачем ваших дій і не надає інструкції, не коментує і не опитує.

Заборонено користуватись мобільним телефоном та іншими електронними гаджетами, передавати, копіювати та виносити будь-яку інформацію, яка стосується іспиту.

При проведенні ОСП(К)І в звичайному режимі студенту необхідно по запрошенню секретаря підійти до дверей екзаменаційної зали.

Під час очікування іспиту уважно прочитайте «інформацію для студента» на дверях. Це допоможе Вам отримати необхідну інформацію про пацієнта, яку не потрібно повторювати при інтерв'ю із стандартизованим пацієнтом. Перед початком іспиту Вам буде виданий бейдж з Вашим номером/прізвищем. Цей бейдж необхідно носити на собі таким чином щоб він був видний екзаменаторів протягом усього іспиту.

Ви будете переходити між двома станціями «Акушерський пацієнт» та «Гінекологічний пацієнт» (нумерованими від 7 до 8, відповідно), проводячи на кожній до 10 хвилин. На початку іспиту буде звучати дзвінок. Це дасть Вам сигнал до початку іспитів. Постукайте в двері, перед тим як увійти в екзаменаційну станцію. Якщо на станції є стандартизований пацієнт, зустріньтеся поглядом з пацієнтом, представтеся пацієнтові. Пам'ятайте, що Ви повинні справити хороше враження, звертайтеся до пацієнта на ім'я. Дотримуйтеся ясного, спокійного стилю розмови з пацієнтом, ніколи не переривайте пацієнта, коли він відповідає на Ваші питання.

Перед початком іспиту Ви одержите картку з номерами станцій. Це ваш індивідуальний маршрут, необхідно чітко дотримуватися зазначену в ньому послідовність станцій. На кожній станції Вам будуть представлені чіткі письмові інструкції щодо того, що від Вас потрібно. Будь ласка, уважно їх прочитайте. Під час виконання завдання подумайте про структуру завдання, різних його компонентах, прихованих цілях. Це дозволить Вам швидко визначити домінуючу область дослідження (збір анамнезу/історії хвороби, збір скарг, огляд, оцінка лабораторних та інструментальних методів дослідження, навички спілкування).

Не поспішайте виставити діагноз, проведіть диференційний діагноз, продумайте попередній діагноз, дайте відповідь на всі завдання.

Завершіть завдання. Покиньте екзаменаційну станцію. У разі якщо Ви не завершили повністю виконання завдання на станції та минув час для завершення завдання, Вам слід зупинитися на цьому етапі виконання даного завдання й покинути станцію.

Входити на станцію та виходити зі станції строго по сигналу або запрошенню викладача або тьютера.

Для переходу на наступну станцію Вам буде надано певний час, якого необхідно строго дотримуватися.

Під час переходу від станції до станції не перемовлятися, не здійснювати зайвих пересувань, не шуміти.

### Приклад ситуаційної задачі до станції «Гінекологічний пацієнт»

48-річна жінка скаржиться втрату сечі чотири-п'ять разів на день протягом 2 років, зазвичай це відбувається при кашлі, чханні або підйомі; вона заперечує дизурію або імперативні позиви. Ці події викликають її збентеження та заважають її щоденній діяльності. Місячні з 13 років 4/21-23 днів. ОМ 3 тижня тому. 5 вагітностей (3 абортів, 1 позаматкова вагітність, 1 передчасні пологи). Одружена. Палить до 10 цигарок на добу. Хронічний гастрит протягом 15 років із рецидивом восени. Культуральний аналіз сечі, проведений за 1 місяць раніше, був негативним. ІМТ 31 кг/м<sup>2</sup>. Її артеріальний тиск становить 130/80 мм рт. Ст., Частота серцевих скорочень - 80 ударів в хвилину, а температура - 37,2 ° С. Обстеження молочної залози – без патології. Її серце має регулярний ритм. Обстеження живота не виявляє болочості. При вагінальному огляді матка невеликих розмірів, додатки без змін, помічена медіолатеральна епізіотомія; шрам був невеликий, зцілений і рухливий. Лікар поміщає аплікатор ватного наконечника в уретру, руху аплікатора більше 45<sup>0</sup>.

Аналізи

Показник	Показчик
Гемоглобін	127 г/л
Еритроцити	3,3 * 10 <sup>12</sup> /л
Лейкоцити	5,4 * 10 <sup>9</sup> /л
Тромбоцити	234* 10 <sup>9</sup> /л
Загальний білок	62 г/л

1. На основі клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження встановіть попередній діагноз.
2. Які додаткові методи обстеження обстеження є найімовірнішим?
3. Яке найкраще ініціальне лікування Ви порекомендуєте, можливі ускладнення внаслідок лікування??

### Приклад відповіді і нарахування балів:

Критерії оцінювання	Бал	Студ.	Студ	Сту д
Діагноз Стресове нетримання сечі	До 0,5			
Обстеження та/або аналізи - Q-тест - гіпермобільність уретри (більше 30 <sup>0</sup> )	До 1			
План обстеження: УЗД сечового міхура для визначення міхурово-уретрального кута і гіпермобільності уретро-везікального сегмента, визначення обсягу залишкової сечі. Урофлоуметрія. Профілометрія	До 1,5			

внутрішньоуретрального тиску. Загальний аналіз сечі				
План подальшого лікування: Вправи Кегеля, песарій, або уретропекксія	До 1			
Ускладнення: Песарій – виникнення пролежня, прогресія пролапса, бактеріальний вагіноз; Ускладнення: Хірургія – пошкодження судинного пучка та суміжних органів, утворення фістул, рецидив пролапса	До 1			
Кількість балів загалом	5,0			

### Перелік клінічних задач

1. Пацієнтка 26 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на відсутність менструацій протягом 6 місяців, набір ваги, підвищений ріст волосся над верхньою губою, на животі, стегнах, проблеми зі шкірою у вигляді запальних висипань на обличчі та спині.

З анамнезу відомо: менструації з 15 років, нерегулярні (тривалість менструального циклу 36-45 днів), нерясні, безболісні. Статеве життя з 21 року. Останні 2 роки живе регулярним статевим життям, вагітності не запобігала, не вагітніла.

**Об'єктивно:** загальний стан жінки задовільний, зріст 1,68м, вага 85 кг, ІМТ-30,1кг/м<sup>2</sup>. Шкіра на обличчі жирна, з декількома запальними елементами. АТ-130/80 мм.рт.ст. ЧСС - 88/хв. ЧД – 17/хв. SaO<sub>2</sub> – 97%. Тест на вагітність негативний.

**Огляд в дзеркалах:** слизова піхви та шийка матки без особливостей.

**Бімануально:** матка в anteversio-anteflexio, дещо зменшена в розмірах, нормальної форми, щільної консистенції. Додатки з обох боків пальпуються - збільшені та ущільнені.

**За результатом УЗД:** міометрій без особливостей, М-ехо 13 мм, яєчники збільшені за рахунок множинних фолікулів (більше 12 в зрізі), що розташовані під потовщеною текою у вигляді «намиста», домінуючий фолікул відсутній, об'єм правого яєчника 11,4 см<sup>3</sup>, лівого-14,1см<sup>3</sup>.

### Запитання:

1. Сформулюйте діагноз.
2. Обґрунтуйте виставлений діагноз.
3. Запропонуйте свій план обстеження і ведення пацієнтки.
4. З яким захворювання у даної хворої необхідно провести диференційну діагностику?
5. Можливі найближчі і віддалені результати захворювання.

2. До гінекологічного відділення поступила хвора жінка 25-ти років зі скаргами на різкий біль внизу живота, який віддає в ключицю, плече і лопатку,

втрату свідомості. Місячні з 14 років, по 4-5 днів через 29 днів. Останні місячні – півтора місяця тому. АТ – 90/60 мм рт. ст. Пульс – 110 ударів за хвилину.

При огляді: губи ціанотичні, шкіра бліда, зіниці розширені, запаморочення, миготіння мушок перед очима, шум у вухах. Живіт вздутий, болючий при пальпації, дефанс, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в нижніх відділах.

Дзеркальний огляд: шийка матки чиста, вічко закрите.

Піхвове дослідження: матка в anteflexio-versio, не збільшена, рухома, безболісна. Зліва додатки пропальпувати важко із-за напруги та болючості черевної стінки. Задне склепіння нависає, болюче, позитивні симптоми Соловйова, Промтова. Виділення слизові.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	88 г/л	120-140 г/л
Еритроцити	$2,6 \times 10^{12}/л$	$3,7-4,7 \times 10^{12}/л$
Лейкоцити	$9 \times 10^9/л$	$4,0-9,0 \times 10^9/л$
Гематокрит	24%	36-42%
Тромбоцити	120 г/л	150-390 г/л
Загальний білок	35 г/л	60-85 г/л

### Запитання:

1. Попередній діагноз
2. Диференційний діагноз
3. Алгоритм дій лікаря
4. Інфузійна терапія
5. Профілактика та діагностика непрохідності другої труби

3. До лікаря звернулася жінка 35 років зі скаргами на тупий, ниючий біль у глибині таза, внизу живота, попереково-крижовій ділянці, диспариурію. Перед та під час місячних біль посилюється, іррадіює в бокову стінку таза та ногу, з'являються дизуричні явища, болючі тенезми, кров'яні виділення із прямої кишки.

Дзеркальний огляд: шийка матки чиста, зовнішнє вічко закрите.

Піхвове дослідження: матка рухома, щільна, не збільшена, безболісна. Виявляється інфільтрат позаду шийки матки на рівні внутрішнього вічка, різко болючий, горбистий, нерухомий. Додатки без особливостей.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	120 г/л	120-140 г/л
Еритроцити	$4,1 \times 10^{12}/л$	$3,7-4,7 \times 10^{12}/л$
Лейкоцити	$8,0 \times 10^9/л$	$4,0-9,0 \times 10^9/л$
Тромбоцити	$220 \times 10^{12}/л$	150-390 г/л
Загальний білок	72 г/л	60-85 г/л
Білірубін	19,6 мкмоль/л	3,4-20,6 мкмоль/л
Альбумін	50 г/л	35-50 г/л
Білок в сечі	відсутній	відсутній

### Запитання:

1. Попередній діагноз
2. Диференційний діагноз
3. Додаткові методи обстеження
4. Лікування
5. Ускладнення терапії

4. До лікаря звернулася пацієнтка 42 років зі скаргами на печію, свербіж в піхві, наявність виділень. З анамнезу відомо, що у жінки було 2 пологів. Абортів, самовільних викиднів не було. Три тижні тому перехворіла COVID-19, ускладнений двобічною пневмонією. Отримувала на протязі 10 днів антибіотикотерапію. Загальний стан жінки задовільний, Ps 74 в<sup>1</sup>. АТ 140/90 мм рт.ст. Частота дихання 20 в хв.

Живіт м'який, без болючий. При гінекологічному обстеженні встановлено: слизова піхви при дзеркальному огляді гіперемована, з білим нашаруванням. Шийка сформована, піхвова частина гіперемована. Виділення в значній кількості, білуватого кольору, сироподібної консистенції. При бімануальному дослідженні виявлено, що матка та додатки без патологічних змін. За результатами мікроскопії виявлено обривки міцелію *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*.

Показники крові.

Показник	У пацієнтки	Референтні величини
HGB-hemoglobin-гемоглобін	120 г/л	120-160 г/л для жінок
WBC-white blood cells-білі кров'яні тільця-лейкоцити	3,7*10 <sup>9</sup> /літр	Для жінок— 4-5*10 <sup>9</sup> /літр
MCV-mean corpuscular volume-середній обсяг еритроцитів	110	80-100 для жінок.
HTC-hematocrit-Гематокрит	48%	для жінок – 36-46%.
PLT-platelets-тромбоцити	330	для жінок — 180–320
WBC-white blood cells-лейкоцити	3,7*10 <sup>9</sup> /літр	4,5 до 11,0*10 <sup>9</sup> /літр.
NEU-нейтрофіли	63%	70-74%
LYM-лімфоцити	15%	22-26%

EOS-еозинофіли	2%	1,5-2%
Bas-базофіли	0,5%	0,5-1%
Моп-моноцити	19,5%	3-6%
ШОЕ-швидкість осідання еритроцитів	22 мм/год	від 0 до 20 мм у жінок.
D-димер	0,56 мкг FEU /мл	0,55 мкг FEU /мл
феритин	120	Дорослі жінки 10–120

### Запитання:

1. Який попередній діагноз?
2. Які додаткові дослідження можна використати для уточнення діагнозу?
3. Яке лікування даної патології?
4. Що можна порекомендувати для профілактики рецидивів?

5. Хвора 32 роки, звернулася в жіночу консультацію з приводу коричневих виділень із статевих шляхів, що з'являються до і після менструації, тривають по 3-4 дні.

З анамнезу встановлено: 4 місяці тому був проведений медикаментозний аборт.

**При огляді в дзеркалах:** шийка матки без особливостей. При бімануальному дослідженні: матка в anteversio-anteflexio, дещо збільшена, округлої форми, щільної консистенції. Додатки з обох боків не пальпуються.

**Об'єктивно** - загальний стан жінки задовільний. Відзначається сонливість. Пальпація черевної порожнини без особливостей. АТ - 115/70 мм.рт.ст. ЧСС - 68/хв. ЧД – 20/хв. SaO<sub>2</sub> – 97.

**При УЗД:** міометрій має неоднорідну структуру, передня стінка матки товстіша ніж задня, межа між ендо- та міометрієм нечітка.

### Запитання:

1. Сформулюйте і обґрунтуйте діагноз.
2. Етіологія і патогенез даного захворювання.
3. Запропонуйте свій план обстеження і ведення хворого.
4. З якими екстрагенітальними захворюваннями у даної хворої необхідно провести диференціальну діагностику?
5. Можливі найближчі і віддалені результати захворювання.

6. У пацієнтки 55 років при профілактичному огляді виявлено пухлинне утворення в області лівого яєчника. Скарг жінка не пред'являє.

Із анамнезу: менархе з 12 років. Менструальний цикл регулярний, по 4 дні через 28 днів, болючий. Менопауза 3 роки. Пологи – 1, абортів – 2. Її бабуся померла від раку молочної залози.

Гінекологічний огляд: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння по жіночому типу.

Дзеркальний огляд: слизова піхви і шийки матки чиста.

При бімануальному огляді: тіло матки нормальних розмірів, рухоме, безболісне. Пальпується збільшений лівий яєчник (до 8 см), рухомий, не болючий при пальпації. Виділення слизові, помірні.

УЗД органів малого тазу: матка не збільшена. Товщина М-ехо 5 мм. Визначається об'ємне утворення лівого яєчника розмірами 7x8 см. В черевній порожнині визначається вільна рідина. Збільшених заочеревинних лімфовузлів не виявлено.

При лапаротомічному доступі виявлено множинні метастатичні вогнища по очеревині, розміри метастазів більше 2 см. Під час операції проведено цитологічне дослідження пухлинної тканини яєчника - аденокарцинома. Проведено дослідження асцитичної рідини – виявлені ракові клітини. З лабораторного обстеження: СА-125 – 71,0 ОД/мл.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
СА-125	71,0 ОД/мл	0-35,0 ОД/мл

#### Запитання:

1. Попередній діагноз?
2. Стадія захворювання?
3. План додаткових методів обстеження та визначення поширення пухлинного процесу?
4. Лікувальна тактика при даній стадії захворювання?

7. 35-річна жінка скаржиться на виділення із статевих шляхів, які виникли через 7 днів після незахищеного статевих контакту, незначний свербіж зовнішніх статевих органів. Вище вказані скарги погіршують якість її життя, змушують використовувати її додаткові засоби гігієни (щоденні прокладки або дворазову зміну нижньої білизни на протязі дня).

Об'єктивний статус: артеріальний тиск – 120 /70 мм рт. ст., температура – 36,4°C, пульс 76 ударів в хвилину, ритмічний, задовільних якостей.

При проведенні гінекологічного огляду виявлено: слизова оболонка піхви дещо гіперемована, шийка матки – гіперемована, виділення пінисті, зеленуватого відтінку. Матка нормальних розмірів в положенні anteflexio, рухома, безболісна при пальпації. Додатки з обох сторін без особливостей. Склепіння вільні. Менархе з 13 років. Місячні 4 дня через 24, безболісні не рясні. Останні місячні 3 тижні тому.

Репродуктивний анамнез: пологи 1, аборт - 1 (штучний в терміні 8 тижнів). Вид контрацепції – coitus interruptus. Алергологічний анамнез не обтяжений. Взяті



мазки при гінекологічному огляді на ступінь чистоти, бакпосів виділень, проведено Ph-тест, який становить 6,4.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Ph-тест	6,4	3,8-4,5

#### Запитання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. План обстеження?
3. З якими інфекціями, що передаються статевим шляхом, необхідно провести диференційну діагностику?
4. Схема лікування та його тривалість?
5. Критерії зняття з диспансерного обліку.

8. Пацієнтка 40 років скаржиться на міжменструальні виділення водянистого характеру із прожилками крові. При зборі анамнезу виявлено що вона має шкідливу звичку – палить більше 10 цигарок на день.

Гінекологічний анамнез: пологів – 2, абортів – 2. Використовує внутрішньоматкові контрацептиви більше семи років (за бажанням жінки). Менархе з 11 років. Менструації по 7 днів через 30 днів, болючі, рясні.

Із додаткового анамнезу: п'ять років тому у неї було виявлено вірус папіломи людини 16 типу. Проходила лікування – діатермокоагуляція.

Гінекологічний огляд: шийка матки ущільнена, при дотику шпателем Ейра кровоточить. Тіло матки нормальних розмірів, в положенні anteflexio, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін без особливостей. Параметрії вільні, склепіння глибокі.

Дзеркальний огляд: проведена проба Шиллера (результат позитивний). Проведена розширена кольпоскопія (виявлено атипові ділянки слизової шийки матки на 10<sup>00</sup> та 2<sup>00</sup>). З даних ділянок взята прицільна біопсія. Результати біопсії: стромальна інвазія та клітини мікроінвазивного сквамозного онкопроцесу, метаплазовані клітини.

При дообстеженні: рентгенографія органів грудної клітки, УЗД органів малого тазу і органів черевної порожнини, КТ органів малого тазу ознак ураження регіонарних лімфовузлів не виявили, дисемінації процесу немає.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Еритроцити	$3,5 \times 10^{12}/л$	$3,7-4,7 \times 10^{12}/л$
Гемоглобін	110 г/л	120–140 г/л
Гематокрит	0,32	0,36-0,42
Тромбоцити	$410 \times 10^{12}/л$	$150-390 \times 10^{12}/л$
Лейкоцити	$11,0 \times 10^9/л$	$4,0-9,0 \times 10^9/л$
Лімфоцити	$1,2 \times 10^9/л$	$1,2-3,0 \times 10^9/л$
Моноцити	$0,1 \times 10^9/л$	$0,1-0,6 \times 10^9/л$

ШОЕ	25 мм/год	2-15 мм/год
Гранулоцити	$5,4 \times 10^9/\text{л}$	$2-5,5 \times 10^9/\text{л}$
Юні	2%	0%
Палочки	2%	1,6%
Сегменти	74%	52-72%
Еозинофіли	5%	2-4%
Базофіли	2%	0-1%
Ретикулоцити	2%	0-1%

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
СА-125 (онкомаркер яєчників)	14,5 Од/мл	0-35,0 Од/мл
HE 4 (онкомаркер рака яєчників)	76 pM	до 40 рок. <81,6 pM; 40-69 рок. <113 pM; >70 рок. <200 pM
Індекс Рома (HE4/Ca125)	5,24	предменопауза до 13,1. постменопауза до 27,7.

#### Запитання:

1. Попередній діагноз?
2. Клінічна група?
3. Визначити стадію пухлинного процесу?
4. Які додаткові методи обстеження необхідно призначити?
5. Об'єм лікування?

9. Хвора 45 років звернулася до лікаря-гінеколога зі скаргами на біль внизу живота, значні тривалі місячні, дизуричні розлади. Пологи – 1, абортів – 2. Місячні з 13 років, по 3-4 дні через 29 днів. АТ – 120/70 мм рт. ст. Пульс – 78 ударів в хвилину.

Дзеркальний огляд та кольпоскопія: на шийці матки дефект епітелію з чіткими краями, запальною реакцією, набряком та розширеними капілярами. Епітелій ацетобілий. Взята цитологія з шийки матки. Результат – CIN 3.

Бімануальне дослідження: матка щільна, збільшена до 13-14 тижнів вагітності. Вузли по передній, задній стінці матки, по ребру. Додатки не пальпуються, склепіння вільні. Виділення слизові.

#### Запитання:

1. Діагноз
2. Об'єм оперативного втручання
3. Доопераційне обстеження та підготовка до операції
4. Ведення післяопераційного періоду

10. До лікаря-гінеколога звернулася хвора жінка 42 років. Скарги на кровотечі, виділення, болі в попереку, крижах, внизу живота. Кровотечі контактні, з'являються після статевого акту. Виділення бувають водянисті, іноді сукровичні, з неприємним запахом. Місячні регулярні, по чотири дні через 28 днів. Пологів – 2, 1 штучний аборт.

Мала багато статевих партнерів протягом життя.

Дзеркальний огляд: шийка матки гіпертрофована, на ній утворення у вигляді «цвітної капусти», яке при торканні тампоном кровоточить.

Піхвове дослідження: матка не збільшена, рухома, безболісна. Додатки не пальпуються. Параметральна клітковина щільна, пальпуються інфільтрати.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	100 г/л	120-140 г/л
Еритроцити	$3,3 \times 10^{12}/\text{л}$	$3,7-4,7 \times 10^{12}/\text{л}$
Лейкоцити	$1,1 \times 10^9/\text{л}$	$4,0-9,0 \times 10^9/\text{л}$
Тромбоцити	$280 \times 10^{12}/\text{л}$	150-390 г/л
ШОЕ	45 мм/год.	0-20 мм/год.
Загальний білок	35 г/л	60-85 г/л

#### Запитання:

1. Попередній діагноз
2. Додаткові методи обстеження
3. Диференційний діагноз
4. Лікування
5. Побічні дії хіміо- та променевої терапії

11. Пацієнтка Л., 46 років звернулася до гінеколога зі скаргами на стійкий свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів.

**Об'єктивно** - загальний стан задовільний. Шкіра блідо-рожева. Живіт м'який, неболючий при пальпації.

АТ - 115/70 мм.рт.ст. ЧСС - 68/хв. ЧД – 20/хв. SaO<sub>2</sub> – 97.

2 дітей. Менопауза 2 роки.

При гінекологічному огляді - в ділянці малих соромітних губ і клітора візуалізуються білуваті вогнища з розчухами й елементами запальної реакції.

При бімануальному огляді - матка в retroversio-retroflexio. Рухома, неболюча при пальпації. Додатки не пальпуються.

#### Завдання:

1. Поставте діагноз.
2. Етіо-патогенетичні аспекти захворювання
3. Визначте додаткові методи дослідження для уточнення діагнозу.

4. Диференційна діагностика

5. План лікування

12. Мати з дівчинкою 5 років звернулася до лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації зі скаргами у дівчинки на сильний свербіж і печіння в статевих органах, густі білі виділення.

З анамнезу: виділення і свербіж з'явилися через тиждень після закінчення курсу лікування антибіотиками.

Фізичний та статевий розвиток відповідають віку.

При огляді зовнішніх статевих органів - зовнішні статеві органи розвинені правильно, відзначається виражений набряк і гіперемія вульви, сирнисті виділення. Ректально не оглянута.

Лабораторно:

Показник	Фактичний показчик	Референсний показчик
Гемоглобін	115 г / л	110-140 г / л
Еритроцити	$3,2 \times 10^9 / \text{л}$	$3,5-5,5 \times 10^9 / \text{л}$
Лейкоцити	$3,2 \times 10^9 / \text{л}$	$4,5-11,0 \times 10^9 / \text{л}$
Паличкоядерні	4%	3-5%
Лімфоцити	25%	25-33%
Тромбоцити	$190 \times 10^9 / \text{л}$ ,	$180-320 \times 10^9 / \text{л}$
Сечовина	6,3 ммоль/л	2,5-8,3 ммоль/л
Креатинін	55 мкмоль/л	53-106 мкмоль/л
Білірубін	19,5 мкмоль/л	до 21,0 мкмоль/л
Фібриноген	3,5 г/л	3-5 г/л
СРП	0,5	менше 3
АлАТ	20 Од/л	до 40 Од/л
АсАТ	25 Од/л	до 40 Од/л

**Завдання:**

1. Попередній діагноз.
2. Встановіть фактори ризику виникнення даної патології
3. Проведіть необхідні обстеження.
4. Визначте план лікування та подальшу тактику (з вказівкою побічних ефектів препаратів)

13. Хвора 16 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на сильну кровотечу з статевих шляхів, слабкість, запаморочення.

З анамнезу перебуває на обліку з приводу хронічного тонзиліту. Спадковість не обтяжена. Менструації з 15 років, нерегулярні, помірні, безболісні. Захворіла 8 днів назад, коли після 2 місячної перерви з'явилися помірні кров'янисті виділення. У наступні дні інтенсивність кровотечі наростала, з'явилися слабкість і запаморочення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, пульс - 100 за хв., АТ - 95/50 мм рт. ст. Шкірні покриви і слизові бліді. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Статева формула - Ма2. 3Ах2Р2Меі.

Спеціальне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволошіння на лобку за жіночим типом, дівоча пліва не порушена.

Ректальне дослідження - тіло матки не збільшено, щільне, рухоме, безболісне. Додатки з обох сторін не визначаються.

Лабораторно:

Показник	Фактичний показчик	Референсний показчик
Гемоглобін	55 г / л	110-140 г / л
Еритроцити	$2,7 \times 10^9 / л$	$3,5-5,5 \times 10^9 / л$
Лейкоцити	$5,2 \times 10^9 / л$	$4,5-11,0 \times 10^9 / л$
Паличкоядерні	4%	3-5%
Лімфоцити	25%	25-33%
Тромбоцити	$190 \times 10^9 / л$ ,	$180-320 \times 10^9 / л$
Сечовина	6,3 ммоль/л	2,5-8,3 ммоль/л
Креатинін	55 мкмоль/л	53-106 мкмоль/л
Білірубін	19,5 мкмоль/л	до 21,0 мкмоль/л
Фібриноген	3,5 г/л	3-5 г/л

**Завдання:**

1. Поставте діагноз.
2. З якими захворюваннями треба диференціювати?
3. Розробіть тактику ведення.
4. Рекомендації щодо подальшого ведення.

14. Пацієнтка 26 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на відсутність менструацій протягом 6 місяців, набір ваги, підвищений ріст волосся над верхньою губою, на животі, стегнах, проблеми зі шкірою у вигляді запальних висипань на обличчі та спині.

З анамнезу відомо: менструації з 15 років, нерегулярні (тривалість менструального циклу 36-45 днів), нерясні, безболісні. Статеве життя з 21 року. Останні 2 роки живе регулярним статевим життям, вагітності не запобігала, не вагітніла.

**Об'єктивно:** загальний стан жінки задовільний, зріст 1,68м, вага 85 кг, ІМТ-30,1кг/м<sup>2</sup>. Шкіра на обличчі жирна, з декількома запальними елементами. АТ-130/80 мм.рт.ст. ЧСС - 88/хв. ЧД – 17/хв. SaO<sub>2</sub> – 97%. Тест на вагітність негативний.

**Огляд в дзеркалах:** слизова піхви та шийка матки без особливостей.

**Бімануально:** матка в anteversio-anteflexio, дещо зменшена в розмірах, нормальної форми, щільної консистенції. Додатки з обох боків пальпуються - збільшені та ущільнені.

**За результатом УЗД:** міометрій без особливостей, М-ехо 13 мм, яєчники збільшені за рахунок множинних фолікулів (більше 12 в зрізі), що розташовані під

потовщеною текою у вигляді «намиста», домінантний фолікул відсутній, об'єм правого яєчника 11,4 см<sup>3</sup>, лівого-14,1см<sup>3</sup>.

**Запитання:**

1. Сформулюйте діагноз.
2. Обґрунтуйте виставлений діагноз.
3. Запропонуйте свій план обстеження і ведення пацієнтки.
4. З яким захворювання у даної хворої необхідно провести диференційну діагностику?
5. Можливі найближчі і віддалені результати захворювання.

15. До гінекологічного відділення поступила хвора жінка 25-ти років зі скаргами на різкий біль внизу живота, який віддає в ключицю, плече і лопатку, втрату свідомості. Місячні з 14 років, по 4-5 днів через 29 днів. Останні місячні – півтора місяця тому. АТ – 90/60 мм рт. ст. Пульс – 110 ударів за хвилину.

При огляді: губи ціанотичні, шкіра бліда, зіниці розширені, запаморочення, миготіння мушок перед очима, шум у вухах. Живіт вздутий, болючий при пальпації, дефанс, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в нижніх відділах.

Дзеркальний огляд: шийка матки чиста, вічко закрите.

Піхвове дослідження: матка в anteflexio-versio, не збільшена, рухома, безболісна. Зліва додатки пропальпувати важко із-за напруги та болючості черевної стінки. Заднє склепіння нависає, болюче, позитивні симптоми Соловйова, Промтова. Виділення слизові.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	88 г/л	120-140 г/л
Еритроцити	$2,6 \times 10^{12}/л$	$3,7-4,7 \times 10^{12}/л$
Лейкоцити	$9 \times 10^9/л$	$4,0-9,0 \times 10^9/л$
Гематокрит	24%	36-42%
Тромбоцити	120 г/л	150-390 г/л
Загальний білок	35 г/л	60-85 г/л

**Запитання:**

1. Попередній діагноз
2. Диференційний діагноз
3. Алгоритм дій лікаря
4. Інфузійна терапія
5. Профілактика та діагностика непрохідності другої труби

16. До лікаря звернулася жінка 35 років зі скаргами на тупий, ниючий біль у глибині таза, внизу живота, попереково-крижовій ділянці, диспаріурію. Перед та під час місячних біль посилюється, іррадіює в бокову стінку таза та ногу, з'являються дизуричні явища, болючі тенезми, кров'яні виділення із прямої кишки.

Дзеркальний огляд: шийка матки чиста, зовнішнє вічко закрите.

Піхвове дослідження: матка рухома, щільна, не збільшена, безболісна. Виявляється інфільтрат позаду шийки матки на рівні внутрішнього вічка, різко болючий, горбистий, нерухомий. Додатки без особливостей.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Гемоглобін	120 г/л	120-140 г/л
Еритроцити	$4,1 \times 10^{12}/л$	$3,7-4,7 \times 10^{12}/л$
Лейкоцити	$8,0 \times 10^9/л$	$4,0-9,0 \times 10^9/л$
Тромбоцити	$220 \times 10^{12}/л$	150-390 г/л
Загальний білок	72 г/л	60-85 г/л
Білірубін	19,6 мкмоль/л	3,4-20,6 мкмоль/л
Альбумін	50 г/л	35-50 г/л
Білок в сечі	відсутній	відсутній

### Запитання:

1. Попередній діагноз
2. Диференційний діагноз
3. Додаткові методи обстеження
4. Лікування
5. Ускладнення терапії

17. До лікаря звернулася пацієнтка 42 років зі скаргами на печію, свербіж в піхві, наявність виділень. З анамнезу відомо, що у жінки було 2 пологів. Абортів, самовільних викиднів не було. Три тижні тому перехворіла COVID-19, ускладнений двобічною пневмонією. Отримувала на протязі 10 днів антибіотикотерапію. Загальний стан жінки задовільний, Ps 74 в<sup>1</sup>. АТ 140/90 мм рт.ст. Частота дихання 20 в хв.

Живіт м'який, без болючий. При гінекологічному обстеженні встановлено: слизова піхви при дзеркальному огляді гіперемована, з білим нашаруванням. Шийка сформована, піхвова частина гіперемована. Виділення в значній кількості, білуватого кольору, сироподібної консистенції. При бімануальному дослідженні виявлено, що матка та додатки без патологічних змін. За результатами мікроскопії виявлено обривки міцелію *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*.

Показники крові.

Показник	У пацієнтки	Референтні величини
HGB-hemoglobin-гемоглобін	120 г/л	120-160 г/л для жінок
WBC-white blood cells-білі кров'яні тільця-лейкоцити	$3,7 \times 10^9/літр$	Для жінок— $4-5 \times 10^9/літр$
MCV-mean corpuscular volume-середній обсяг еритроцитів	110	80-100 для жінок.

HTC-hematocrit- Гематокрит	48%	для жінок – 36-46%.
PLT-platelets- тромбоцити	330	для жінок — 180–320
WBC-white blood cells- лейкоцити	3,7*10 <sup>9</sup> /літр	4,5 до 11,0*10 <sup>9</sup> /літр.
NEU-нейтрофіли	63%	70-74%
LYM-лімфоцити	15%	22-26%
EOS-еозинофіли	2%	1,5-2%
Bas-базофіли	0,5%	0,5-1%
Mon-моноцити	19,5%	3-6%
ШОЕ-швидкість осідання еритроцитів	22 мм/год	від 0 до 20 мм у жінок.
D-димер	0,56 мкг FEU /мл	0,55 мкг FEU /мл
феритин	120	Дорослі жінки 10–120

**Запитання:**

1. Який попередній діагноз?
2. Які додаткові дослідження можна використати для уточнення діагнозу?
3. Яке лікування даної патології?
4. Що можна порекомендувати для профілактики рецидивів?

18. У пацієнтки 55 років при профілактичному огляді виявлено пухлинне утворення в області лівого яєчника. Скарж жінка не пред'являє.

Із анамнезу: менархе з 12 років. Менструальний цикл регулярний, по 4 дні через 28 днів, болючий. Менопауза 3 роки. Пологи – 1, абортів – 2. Її бабуся померла від раку молочної залози.

Гінекологічний огляд: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння по жіночому типу.

Дзеркальний огляд: слизова піхви і шийки матки чиста.

При бімануальному огляді: тіло матки нормальних розмірів, рухоме, безболісне. Пальпується збільшений лівий яєчник (до 8 см), рухомий, не болючий при пальпації. Виділення слизові, помірні.

УЗД органів малого тазу: матка не збільшена. Товщина М-ехо 5 мм. Визначається об'ємне утворення лівого яєчника розмірами 7x8 см. В черевній порожнині визначається вільна рідина. Збільшених заочеревинних лімфовузлів не виявлено.



При лапаротомічному доступі виявлено множинні метастатичні вогнища по очеревині, розміри метастазів більше 2 см. Під час операції проведено цитологічне дослідження пухлинної тканини яєчника - аденокарцинома. Проведено дослідження асцитичної рідини – виявлені ракові клітини. З лабораторного обстеження: СА-125 – 71,0 Од/мл.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
СА-125	71,0 Од/мл	0-35,0 Од/мл

**Запитання:**

1. Попередній діагноз?
2. Стадія захворювання?
3. План додаткових методів обстеження та визначення поширення пухлинного процесу?
4. Лікувальна тактика при даній стадії захворювання?

19. 35-річна жінка скаржиться на виділення із статевих шляхів, які виникли через 7 днів після незахищеного статевого контакту, незначний свербіж зовнішніх статевих органів. Вище вказані скарги погіршують якість її життя, змушують використовувати її додаткові засоби гігієни (щоденні прокладки або дворазову зміну нижньої білизни на протязі дня).

Об'єктивний статус: артеріальний тиск – 120 /70 мм рт. ст., температура – 36,4°C, пульс 76 ударів в хвилину, ритмічний, задовільних якостей.

При проведенні гінекологічного огляду виявлено: слизова оболонка піхви дещо гіперемована, шийка матки – гіперемована, виділення пінисті, зеленуватого відтінку. Матка нормальних розмірів в положенні anteflexio, рухома, безболісна при пальпації. Додатки з обох сторін без особливостей. Склепіння вільні. Менархе з 13 років. Місячні 4 дня через 24, безболісні не рясні. Останні місячні 3 тижні тому.

Репродуктивний анамнез: пологи 1, аборт - 1 (штучний в терміні 8 тижнів). Вид контрацепції – coitus interruptus. Алергологічний анамнез не обтяжений. Взяті мазки при гінекологічному огляді на ступінь чистоти, бакпосів виділень, проведено Ph-тест, який становить 6,4.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Ph-тест	6,4	3,8-4,5

**Запитання:**

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. План обстеження?
3. З якими інфекціями, що передаються статевим шляхом, необхідно провести диференційну діагностику?
4. Схема лікування та його тривалість?

## 5. Критерії зняття з диспансерного обліку.

20. Пацієнтка 40 років скаржиться на міжменструальні виділення водянистого характеру із прожилками крові. При зборі анамнезу виявлено що вона має шкідливу звичку – палить більше 10 цигарок на день.

Гінекологічний анамнез: пологів – 2, абортів – 2. Використовує внутрішньоматкові контрацептиви більше семи років (за бажанням жінки). Менархе з 11 років. Менструації по 7 днів через 30 днів, болючі, рясні.

Із додаткового анамнезу: п'ять років тому у неї було виявлено вірус папіломи людини 16 типу. Проходила лікування – діатермокоагуляція.

Гінекологічний огляд: шийка матки ущільнена, при дотику шпателем Ейра кровоточить. Тіло матки нормальних розмірів, в положенні anteflexio, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін без особливостей. Параметрії вільні, склепіння глибокі.

Дзеркальний огляд: проведена проба Шиллера (результат позитивний). Проведена розширена кольпоскопія (виявлено атипові ділянки слизової шийки матки на 10<sup>00</sup> та 2<sup>00</sup>). З даних ділянок взята прицільна біопсія. Результати біопсії: стромальна інвазія та клітини мікроінвазивного сквамозного онкопроцесу, метapлазовані клітини.

При дообстеженні: рентгенографія органів грудної клітки, УЗД органів малого тазу і органів черевної порожнини, КТ органів малого тазу ознак ураження регіонарних лімфовузлів не виявили, дисемінації процесу немає.

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
Еритроцити	3,5×10 <sup>12</sup> /л	3,7–4,7×10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобін	110 г/л	120–140 г/л
Гематокрит	0,32	0,36-0,42
Тромбоцити	410×10 <sup>12</sup> /л	150-390×10 <sup>12</sup> /л
Лейкоцити	11,0×10 <sup>9</sup> /л	4,0-9,0×10 <sup>9</sup> /л
Лімфоцити	1,2×10 <sup>9</sup> /л	1,2-3,0×10 <sup>9</sup> /л
Моноцити	0,1×10 <sup>9</sup> /л	0,1-0,6×10 <sup>9</sup> /л
ШОЕ	25 мм/год	2-15 мм/год
Гранулоцити	5,4×10 <sup>9</sup> /л	2-5,5×10 <sup>9</sup> /л
Юні	2%	0%
Палочки	2%	1,6%
Сегменти	74%	52-72%
Еозинофіли	5%	2-4%
Базофіли	2%	0-1%
Ретикулоцити	2%	0-1%

Показник	Фактичний показник	Референсний показник
СА-125 (онкомаркер)	14,5 Од/мл	0-35,0 Од/мл

яєчників)		
HE 4 (онкомаркер рака яєчників)	76 pM	до 40 рок. <81,6 pM; 40-69 рок. <113 pM; >70 рок. <200 pM
Індекс Рома (HE4/Ca125)	5,24	предменопауза до 13,1. постменопауза до 27,7.

**Запитання:**

1. Попередній діагноз?
2. Клінічна група?
3. Визначити стадію пухлинного процесу?
4. Які додаткові методи обстеження необхідно призначити?
5. Об'єм лікування?