

**Методы обследования
гинекологических больных. Общая
симптоматика гинекологических
заболеваний**

Актуальность

Больные при гинекологических заболеваниях помимо общих, предъявляют ряд характерных жалоб, связанных с поражением половой системы. Знание этих жалоб определяет направленность при сборе анамнеза и выбор методов обследования, без чего невозможны постановка правильного диагноза и проведение рациональной терапии.

Цели лекции

Ознакомиться со следующими видами деятельности:

1. Оценка жалоб больных.
2. Сбор общего и специального акушерско-гинекологического анамнеза и его интерпретация.
3. Проведение специального гинекологического обследования больных.
4. Выбор методов дополнительного исследования для постановки и обоснования диагноза.

Гинекология – это наука о женщине, изучающая нормальную деятельность женского организма, заболевания, связанные с особенностями женского организма в различные периоды жизни женщины. Наука занимается профилактикой заболеваний, для того чтобы женщина во всех периодах своей жизни была здорова.

Симптоматология гинекологических заболеваний

Любая гинекологическая патология имеет очень сходную симптоматику, поэтому независимо от того, с какой патологией придёт женщина, жалобы у неё довольно часто будут идентичными.

ЖАЛОБЫ: на бели, боли, кровотечение, нарушение функции смежных органов, нарушение половой функции, зуд наружных половых органов.

Методы исследования гинекологических больных

Сбор анамнеза

- **Паспортные данные:** фамилия, имя, отчество, возраст, профессия, условия труда и быта

- **Наследственность:** опухоли, туберкулез, психические заболевания, болезни обмена веществ, алкоголизм

Перенесенные заболевания детского возраста: рахит, заболевания периода полового созревания.

- Перенесенные заболевания:

инфекционные, соматические, оперативные
вмешательства

- Образ жизни, питания, вредные привычки

Основные и дополнительные жалобы

- История настоящего заболевания

- Основные и дополнительные жалобы

Функции половой системы

Менструальная функция: время менархе, ритмичность, продолжительность менструации, количество теряемой крови, дата последней менструации, изменился ли характер менструального цикла после начала половой жизни, родов и т. д.

Половая функция: начало половой жизни, либидо и чувство удовлетворения (оргазм), затруднение или невозможность полового акта.

Функции половой системы

Детородная функция: время наступления беременности, (без применения противозачаточных средств), уточняется количество беременностей, их течение, исходы, осложнения

Секреторная функция: характер выделений, их количество, цвет, запах.

Общий осмотр

Тип телосложения:

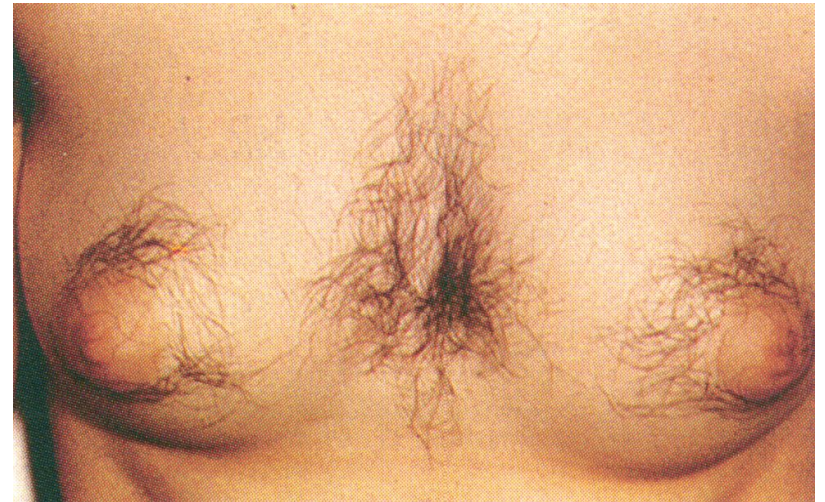
- Женский
- Мужской: высокий рост, широкие плечи, узкий таз
- Вирильный: средний рост, длинное туловище, широкие плечи, узкий таз
- Евнухоидный: высокий рост, узкие плечи, узкий таз длинные ноги, короткое туловище

Характер оволосения: оволосение по женскому или мужскому типу, избыточное оволосение

Кожные покровы: бледность, желтушность, пастозность кожи, может быть землистый оттенок, усиленная пигментация – при беременности, нарушении гормональной функции яичников и надпочечников



Интенсивность оволосения оценивается по 4-балльной системе и исходя из общего количества баллов можно рассчитать показатель гормонального статуса больной.



Исследование по органам и системам:

Температура, пульс, АД.

Перкуссия и аускультация живота:



Рис. 14. Пальпация живота одной рукой



Рис. 13. Перкуссия живота

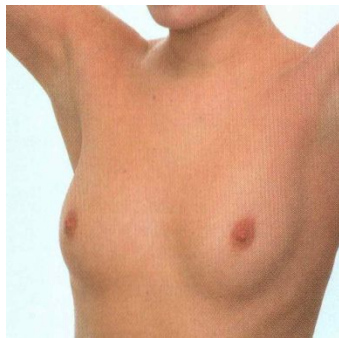
Осмотр молочных желез:

- Пальпаторное исследование молочных желез поможет выявить инфильтраты, опухоли
- Характер выделений из соска
- Пальпация подключичных и подмышечных лимфоузлов

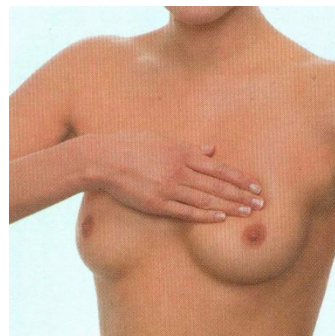
1) Внешний осмотр



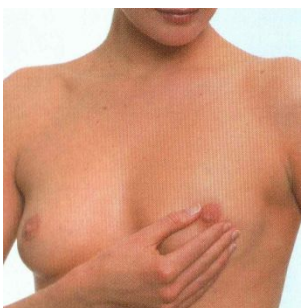
2) Осмотр с поднятыми руками



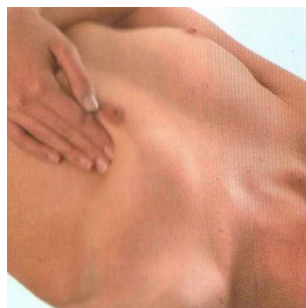
3) Характер пальпации



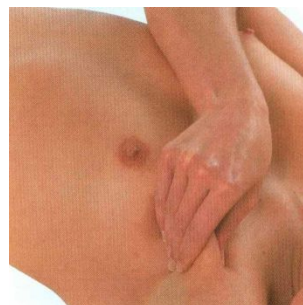
5) Диагностика характера выделений из соска



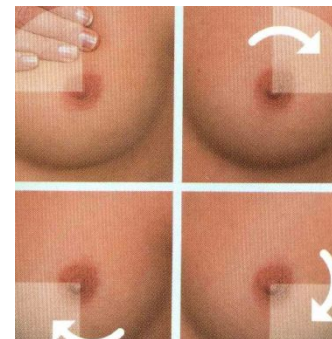
6) Пальпация в положении лежа



7) Пальпация подмышечных впадин



4) Направление пальпации



Гинекологическое исследование.

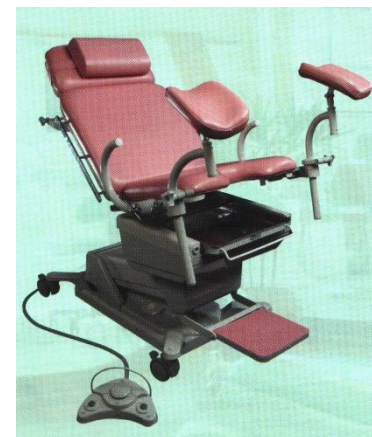
Для успешного обследования гинекологических больных необходимы:

1) Соответствующая обстановка.

Просторное помещение, специальное кресло, на котором легко достигается расслабление мышц брюшного пресса и хорошее обозрение наружных половых органов, доступ для инструментального обследования и манипуляций. Наряду с креслом д. б. кушетка для наружного осмотра живота (беременные, опухоли).

2) Освещение.

Кресло устанавливается напротив окна, чтобы свет падал на половые органы. Обследование, например, шейки матки, при недостаточности освещения ведет к тяжелым последствиям (рак шейки матки).



3) Подготовка пациентки.

При амбулаторном приеме мочевой пузырь должен быть опорожнен, т.к. могут быть ошибки в диагностике беременности или кисты яичника. К диагностическим ошибкам приводит и копростаз. При значительном скоплении каловых масс можно предложить пациентке явиться на прием, на следующий день после очистительной клизмы.

4) Подготовка рук.

Небрежность при подготовке рук может привести к заражению пациентов и рук самого врача. Обязательно проведение осмотра в стерильных перчатках.

5) Положение пациентки на кресле.

Женщина лежит на спине с притянутыми к животу ногами и слегка приподнятым тазом. Медицинский работник готовит кресло, инструменты, материал, перчатки, лекарственные препараты.

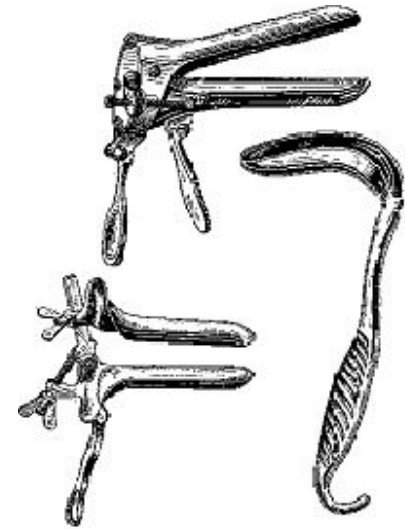
Непосредственно гинекологическое исследование начинается с осмотра наружных половых органов. Обращается внимание на :

- строение больших и малых половых губ
- оволосение и его характер.
- цвет
- наличие ссадин, трещин, расчесов, рубцов, кандилом, папул, пигментации.
- состояние девственной плевы, клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала, выводных протоков бартолиновых желез.

Наружный осмотр заканчивается обследованием анального отверстия (геморрой, трещины, кандиломы и т.д.)

Затем проводится исследование с помощью зеркал.

- 1) пластинчатые или ложкообразные
- 2) створчатые (чаще применяются зеркала Куско)



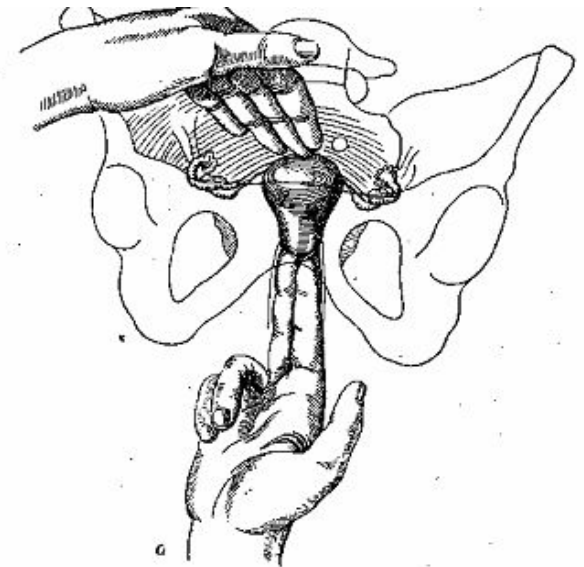
Цель обследования – выяснение состояния влагалища и шейки матки. Определяют ширину и длину влагалища, окраску слизистой, складчатость, опущение, гиперемию, отек, выделения, налеты, травматические рубцы, свищи, аномалии развития и т.д.

При осмотре шейки матки отмечают форму, величину, размеры каждой губы, цвет, характер поверхности (гладкая, бугристая и т.д.) , форму и степень раскрытия наружного зева (язвы, рубцы и т.д.)

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – основной метод диагностики заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Для производства двуручного исследования необходимо расслабление брюшного пресса больной и ее равномерное дыхание.

Первым объектом исследования является матка: определяется ее форма, величина, отношение тела к шейке, поверхность, консистенция, подвижность, болезненность при пальпации, связь с окружающими органами.

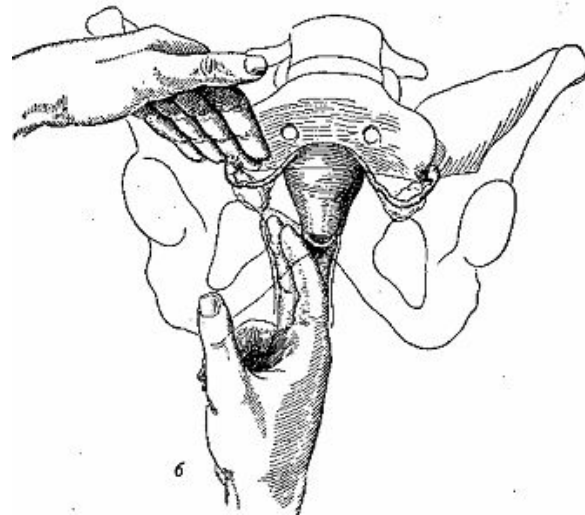


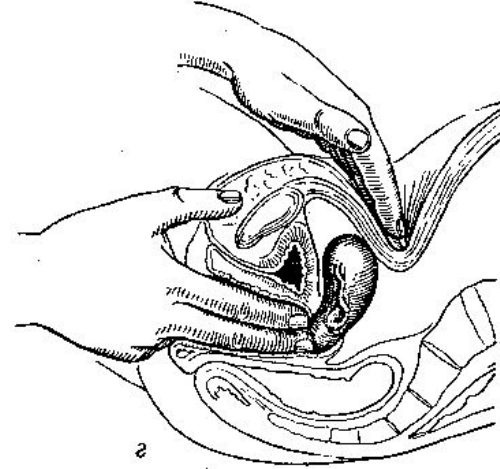
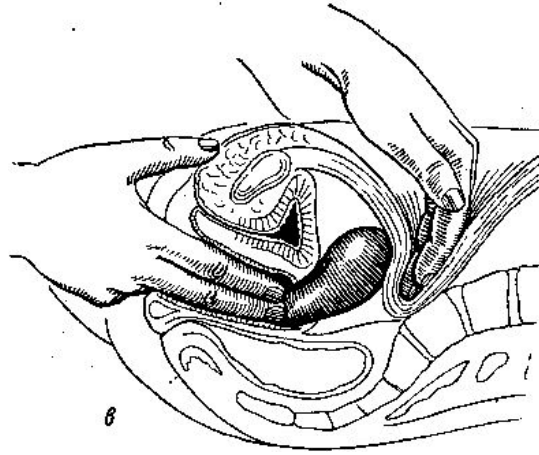
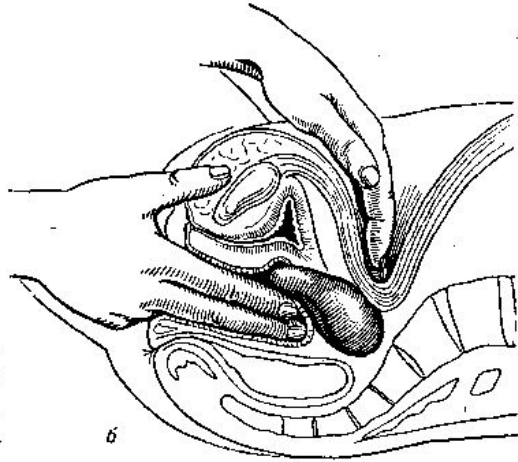
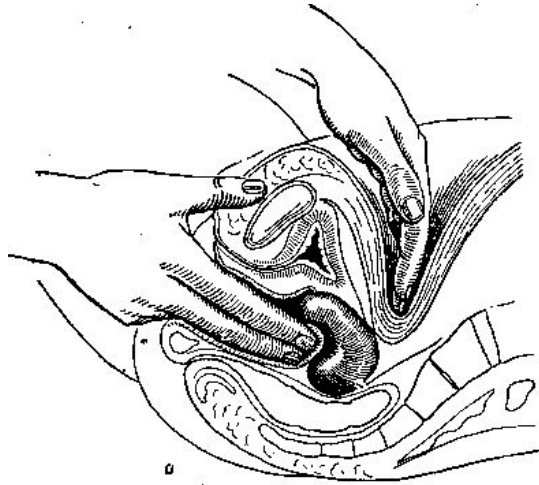
Затем переходят к исследованию труб, яичников, связочного аппарата и стенок таза.

Неизмененные трубы, вследствие их тонкости и мягкости прощупать не удается. Они доступны для пальпации только при утолщении патологического характера (воспалении, внематочной беременности.)

Яичники прощупывают в нормальном их состоянии в виде подвижных небольших образований с гладкой поверхностью, б/болезненных при легкой пальпации.

При патологических состояниях яичники увеличиваются – становятся более плотными, подвижность их ограничена.





РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ дает полное представление о состоянии брюшины и клетчатки заднего и боковых отделов малого таза.

Оно является обязательным у больных раком, при обширных язвенных поражениях влагалища, стенозе, атрезии влагалища, аномалиях развития, при целой девственной плеве.

Бактериологическое исследование – применяется для диагностики воспалительных заболеваний и позволяет установить разновидность микробных факторов, позволяет определить степень чистоты влагалища, что необходимо перед гинекологическими операциями и диагностическими манипуляциями. Бактериологическое исследование позволяет выявить венерические заболевания. материал для исследования берут из уретры, цервикального канала и верхней трети влагалища; перед взятием мазка нельзя проводить спринцевание, введение лекарственных препаратов.).

Различают 4 степени чистоты влагалищного содержимого:

1 степень – в мазке определяется плоский эпителий, влагалищные бациллы, реакция кислая

2 степень – влагалищные бациллы, эпителиальные клетки, единичные лейкоциты, реакция кислая

3 степень – влагалищных бацилл мало, преобладают другие виды бактерий, много лейкоцитов, реакция слабокислая

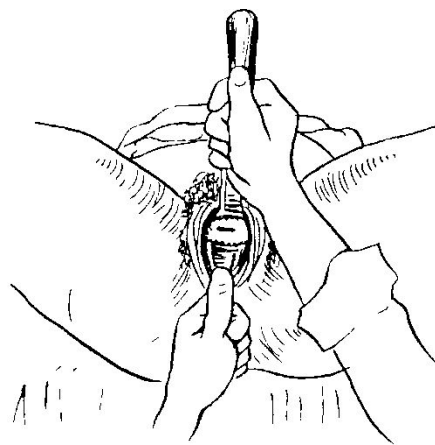
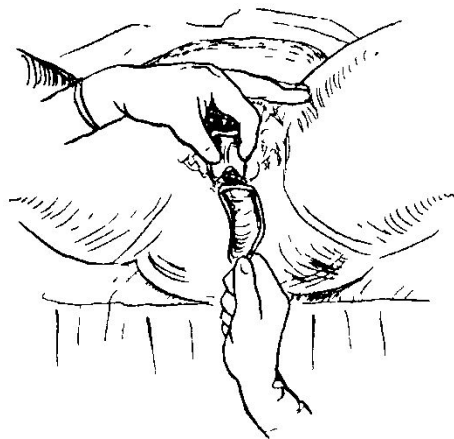
4 степень – влагалищных бацилл нет, много патогенных микробов, много лейкоцитов, реакция щелочная

Оснащение: Гинекологическое кресло, влагалищные зеркала и подъемники, ложечка Фолькмана. предметные стекла



Ложечка Фолькмана.

Обнажение шейки матки с помощью зеркал



ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- Данный метод проводится в клинической и амбулаторной практике с целью ранней диагностики рака половых органов.
- Для цитологического исследования шейки матки мазки берутся с поверхности ее влагалищной части и из цервикального канала.
- Инструментарий: ложечка Фолькмана, желобоватый зонд или специальный металлический шпатель с выемкой на конце – шпатель Эйра.
- Мазки из полости матки получают с помощью аспирации шприцем, имеющим длинный наконечник – шприц Брауна.
- Полученные мазки наносят на предметные стекла, фиксируют, окрашивают и просматривают под микроскопом для выявления атипичных клеток.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зондирование матки – применяют в тех случаях, когда необходимо определить длину полости матки, проходимость и длину цервикального канала, получить данные о конфигурации полости матки при наличии опухолей.

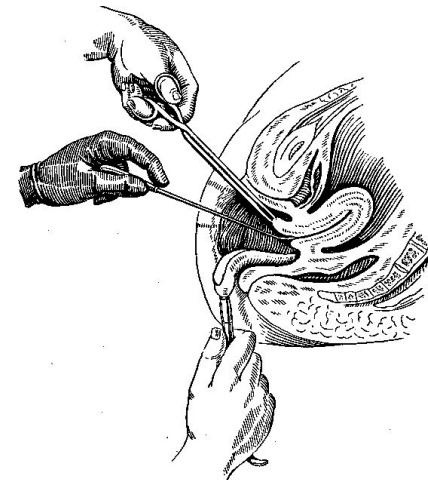
Зондирование применяется не только с диагностической целью, но и перед проведением некоторых операций (выскабливание полости матки).

Противопоказания:

- острые и подострые воспалительные заболевания матки и придатков;
- беременность (даже предполагаемая).

Инструментарий:

- зеркала;
- пулевые щипцы
- пинцет
- маточный зонд;
- спирт, настойка йода, стерильный материал.



Диагностическое выскабливание полости матки.
Применяется для гистологического исследования соскоба.

Применяют при:

- подозрении на рак
- подозрении на остатки плодного яйца;
- туберкулезе;
- полипозе;
- нарушениях менструального цикла.

Противопоказания:

- острые и подострые воспалительные заболевания матки и придатков
- инфекционные заболевания;
- повышенная температура.

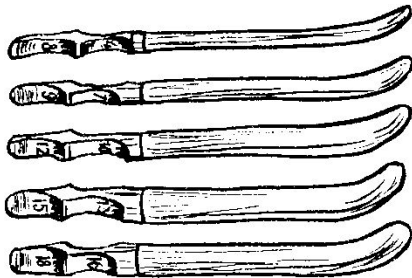
Инструментарий:

- зеркала
- пулевые щипцы;
- маточный зонд;
- расширители Гегара;
- кюретки.

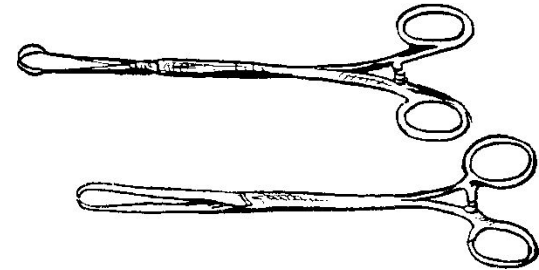
Маточный зонд.



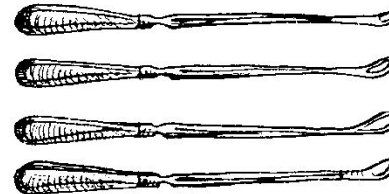
Расширители Гегара.



Щипцы Мюзо и пулевые щипцы для захватывания шейки матки.



Набор кюреток



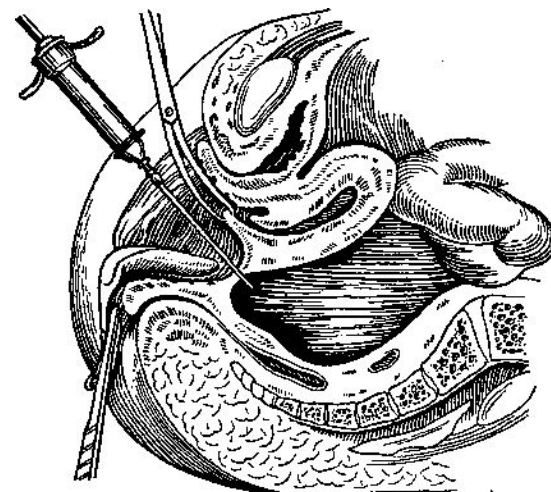
Пункция заднего свода влагалища (пробный прокол).

Применяется с диагностической целью при:

- подозрению на прервавшуюся внематочную беременность;
- выяснении характера выпота в брюшную полость;
- подозрению на гнойную опухоль придатков

Инструментарий:

- зеркала;
- пинцет;
- пулевые щипцы;
- щипцы с длинной иглой (12-15 см);
- стерильный материал, спирт, йод.



КОЛЬПОСКОПИЯ - диагностический метод исследования, с помощью которого производится осмотр влагалищной части шейки матки, влагалища и наружных половых органов с увеличением обследуемых участков в 30 раз.

В основе ее лежит изучение эпителиального покрова и сосудистого рисунка влагалищной части шейки матки. Кольпоскопический метод исследования позволяет обнаружить невидимые патологические изменения на влагалищной части шейки матки, подозрительные и злокачественные превращения, производить прицельно соскобы и биопсию, что значительно повышает ценность этих методов исследования, а также судить об эффективности лечения.

Различают:

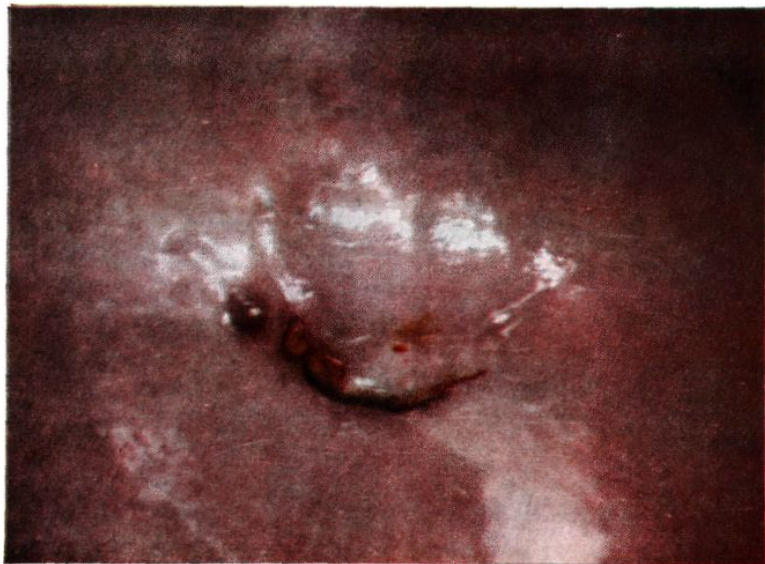
- Простую (обзорную);
- Расширенную;
- Цветную (хромокольпоскопию);
- Люминесцентную кольпоскопию.

Кольпоскоп



Простая кольпоскопия – осмотр шейки матки после удаления отделяемого с ее поверхности.

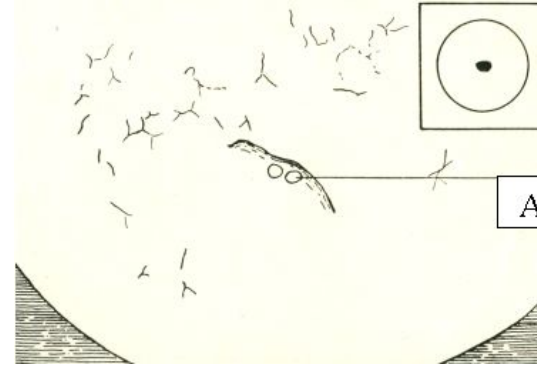
Оригинальная слизистая оболочка



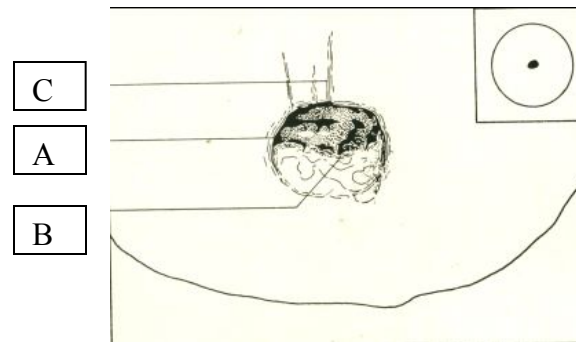
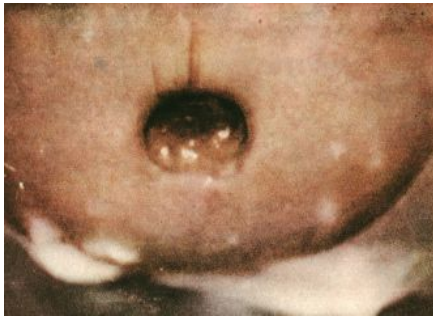
Полип шейки матки



Оригинальная слизистая оболочка



A) наружное отверстие шейки матки; видна гладкая блестящая розово-желтоватая слизистая и весьма тонкая капиллярная подэпителиальная сеть.



- A) Видно зияющее наружное шеечное отверстие;
- B) через которое виден небольшой участок эндоцервикса;
- C) небольшая полоска шеечной слизи.

Обзорная кольпоскопия осуществляется в начале исследования, является сугубо ориентировочной. При простой кольпоскопии определяют форму, величину шейки и наружного зева, цвет и рельеф слизистой оболочки, границу плоского и цилиндрического эпителия, особенности сосудистого рисунка. Для выявления более четких кольпоскопических картин прибегают к расширенной кольпоскопии.

Расширенная кольпоскопия – нанесение на влагалищную часть шейки матки 3% раствора уксусной кислоты или 0,5% раствора салициловой кислоты, благодаря чему более четко выявляются патологические изменения на ее поверхности (кратковременный отек эпителия, набухание клеток шиповидного слоя, сокращение подэпителиальных сосудов, уменьшение кровоснабжения тканей). Действие раствора проявляется через 30-60 сек. и продолжается 3-4 мин.

После изучения кольпоскопической картины шейку матки смазывают 3% раствором Люголя (проба Шиллера).

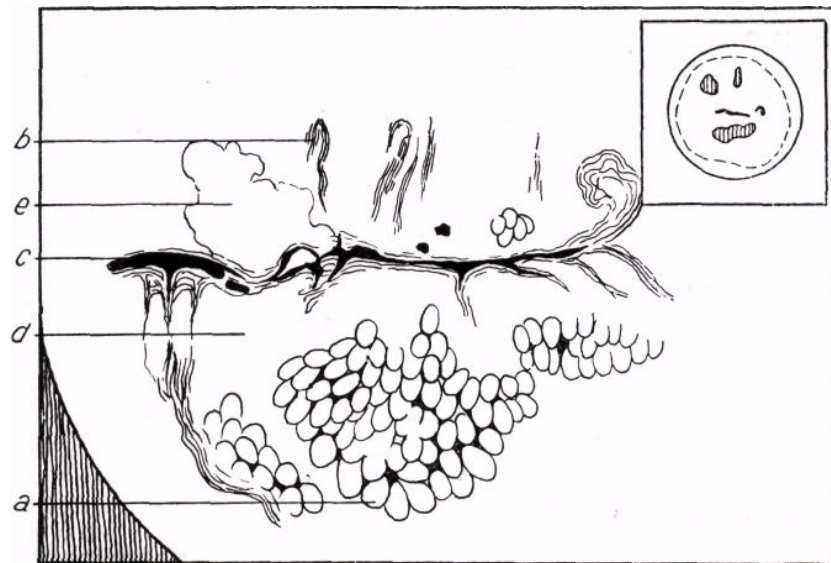
Под действием раствора Люголя зрелый плоский эпителий, богатый гликогеном окрашивается в темно-коричневый цвет.

Проба Шиллера, позволяет четко ограничить нормальный многослойный плоский эпителий от патологически измененного и тем самым выявить наружные границы поражения.

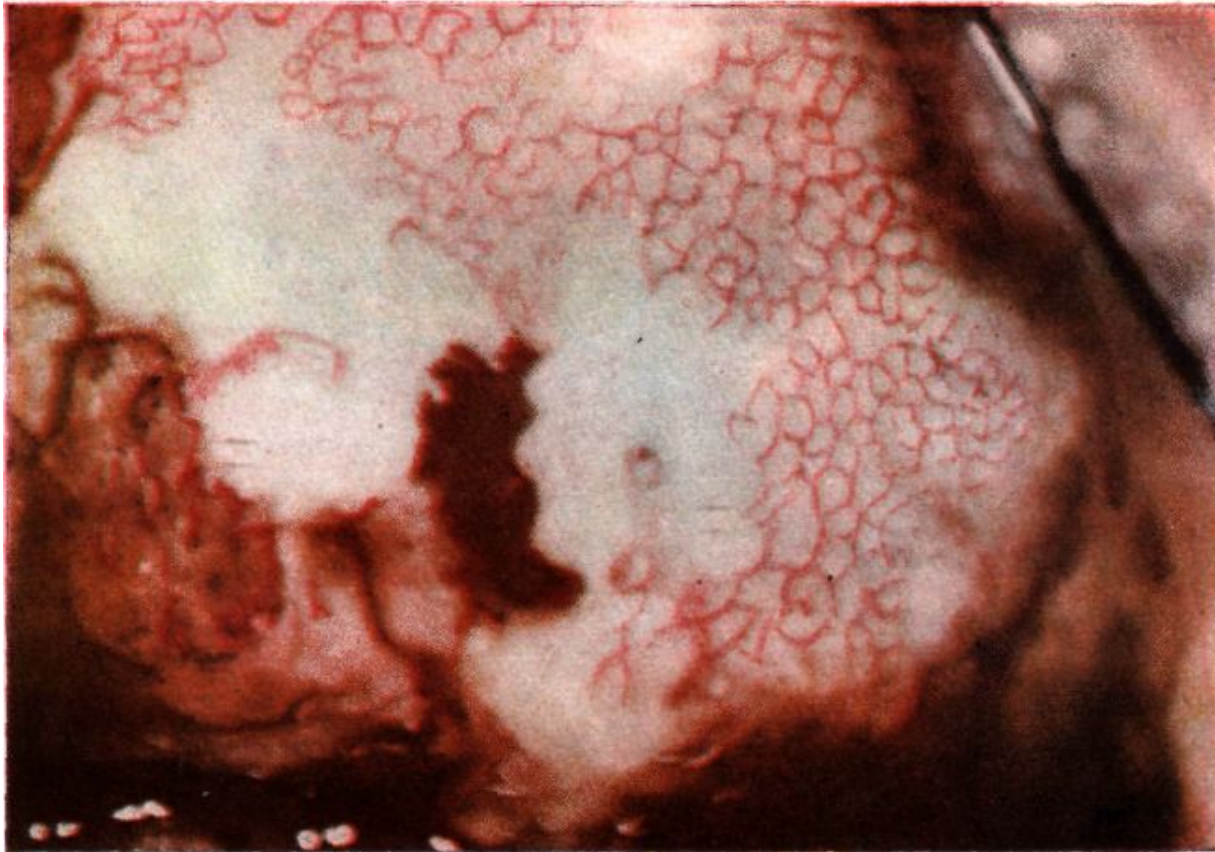


Эктопия с зоной трансформации

- а) эктопия
- б) островки эктопии;
- с) наружное шейное отверстие;
- д) Эпителий перестройки;
- е) слизь.



Мозаика, лейкоплакия, эрозия:



Биопсия

Биопсия – прижизненное иссечение небольшого участка ткани для микроскопического исследования (чаще всего шейки матки).

Показаниями к биопсии служат различные патологические процессы, особенно при подозрении на их злокачественность. Значительно реже прибегают к биопсии вульвы и стенки влагалища.

Биопсия шейки матки заключается в иссечении скальпелем клиновидного участка, включающего как всю поврежденную, так и часть неизменной ткани.

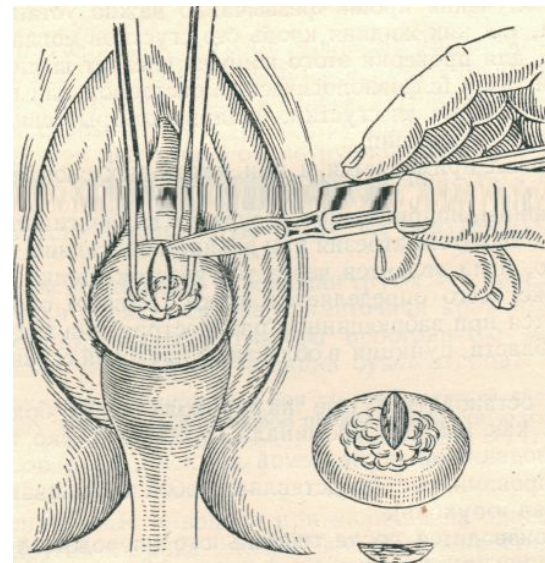
В настоящее время применяются следующие методы биопсии:

- Клиновидная;
- Конусовидная;
- Конизация шейки матки скальпелем с выскабливанием канала шейки матки и слизистой тела матки;
- Взятие кусочка ткани конхотомом.

Прицельная биопсия – может быть проведена после окраски поверхности влажной части шейки матки раствором Люголя либо гематоксилином.

Иссечение в виде клина – производят скальпелем, с обязательным захватом макроскопически неизменной ткани. На дефект ткани накладывают 1-2 кетгутовых шва

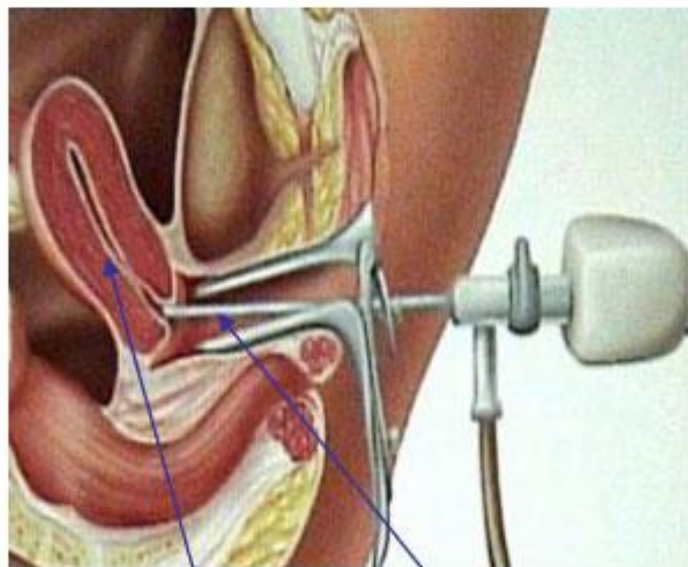
Биопсия с помощью конхотома – может быть использована только при раковой опухоли как ориентировочная, иногда с целью контроля эффективности лучевого лечения.



Гистероскопия - метод выявления внутриматочной патологии с помощью стекловолоконной оптики.

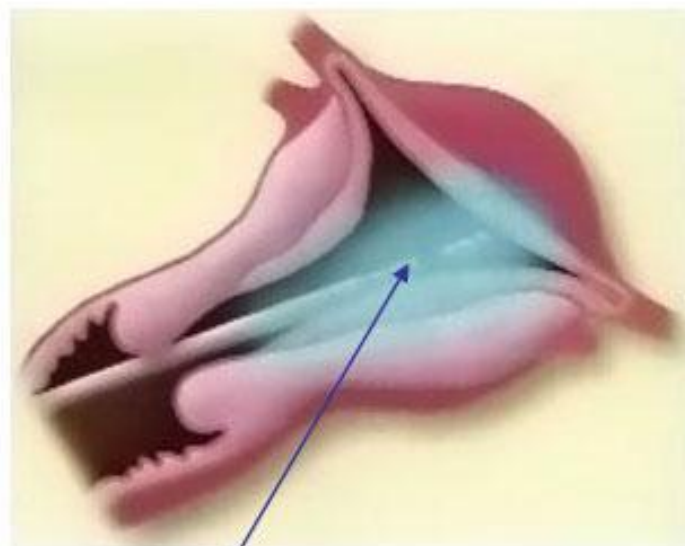
Современные гистероскопы дают увеличение в 5 раз. Применяют газовую и жидкостную гистероскопию (ГС). При газовой ГС осмотр полости матки производится в газовой среде (углекислый газ). При использовании газа необходим специальный адаптер для герметизации шейки, однако при эрозиях шейки, ее гипертрофии, разрывах и деформациях наложение адаптера невозможно.

Для жидкостной ГС используют различные растворы: полиглюкин, реополиглюкин, чаще всего изотонический раствор NaCl. Большим преимуществом является возможность контрольного осмотра после диагностического выскабливания эндометрия. Наряду с промыванием стенок матки улучшается видимость и это позволяет применять метод даже при весьма интенсивных маточных кровотечениях.



Матка

Гистероскоп



Осмотр полости матки

Показания к проведению гистероскопии:

- 1) Маточные кровотечения у женщин любого возраста циклического и ациклического характера, клиническая картина которых и данные анамнеза позволяют заподозрить внутриматочную патологию: например, миому матки с субмукозным расположением узла, полипы, аденомиоз и рак эндометрия, а также инородное тело в полости матки (обрывки ВМК).
- 2) Контроль за терапией гиперпластических процессов эндометрия.
- 3) Подозрение на внутриматочные синехии, пороки развития матки (например, внутриматочная перегородка).

Противопоказания:

- 1) соматические заболевания (тромбофлебит острый, пиелонефрит, пневмония, грипп, ангина и др.);
- 2) тяжелое состояние женщины при заболеваниях ССС, печени, почек;
- 3) острые воспалительные заболевания половых органов, обнаружение во влагалищных смазках трихомонад, грибка, молочницы, большого количества лейкоцитов (III-IV степень чистоты влагалища).

Осложнения при гистероскопии :

- обострение хронического воспалительного процесса
- нарушения кровообращения
- некротические изменения в миоматозных узлах.
- перфорация матки

Попадание газа или жидкости через маточные трубы в брюшную полость изредка сопровождается явлениями раздражения брюшины.

Лапароскопия - осмотр органов малого таза и брюшной полости.

Лапароскопия, так же как и гистероскопия, стала широко внедряться в гинекологическую практику с 70-х годов.

Осмотр производится на фоне пневмоперитонеума. В брюшную полость вводится CO₂, NO₂, кислород или воздух. Увеличение, которое дает оптическая система лапароскопа, зависит от расстояния между исследуемым органом и оптикой.

С помощью лапароскопического исследования можно диагностировать воспалительные процессы в придатках, аппендицит, внематочную беременность и др. заболевания острого живота.

При экстракорпоральном оплодотворении лапароскопия является необходимой манипуляцией при заборе яйцеклетки.

Лапароскопия значительно сокращает время обследования больных с некоторыми формами бесплодия и нарушениями менструального цикла.



Показания для проведения лапароскопии:

1) В плановом порядке:

- уточнение проходимости маточных труб и выявление уровня окклюзии
- уточнение диагноза поликистозных яичников;
- уточнение характера аномалий развития матки;
- выяснение причин тазовых болей;
- уточнение причин бесплодия (при доказанных овуляторных циклах и проходимости маточных труб).

2) Выполнение консервативных малых оперативных вмешательств:

- электрокоагуляция очагов эндометриоза;
- биопсия поликистозных яичников;
- электрокоагуляция поликистозных яичников;
- разделение спаек при хронических сальпингитах без нарушения проходимости маточных труб.

3) Экстренным показанием к лапароскопии является необходимость дифференциального диагноза между хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и гинекологическими заболеваниями или неясность клинической картины заболевания:

- дифференциальная диагностика между острым аднекситом и аппендицитом;
- подозрение на разрыв или микроперфорацию пиосальпинкса;
- дифференциальная диагностика между воспалением придатков и внематочной беременностью или апоплексией яичника.

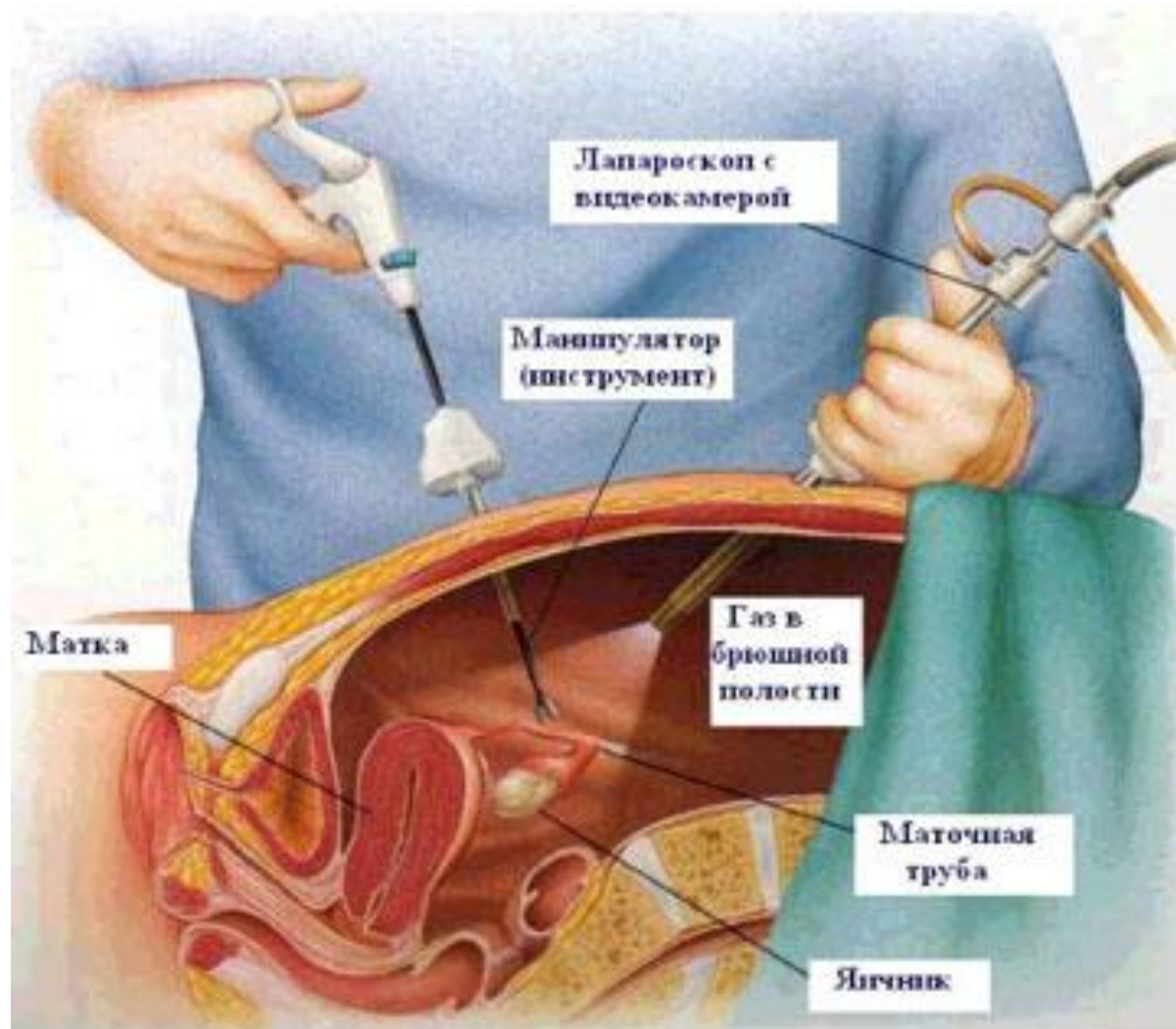
Противопоказания к плановой лапароскопии:

- сердечно-сосудистая или легочная патология в стадии декомпенсации;
- инфекционные заболевания, включая ангину и грипп;
- тяжелый гепатит, декомпенсированный сахарный диабет;
- нарушения свертывающей системы крови (геморрагические диатезы);
- повторные лапароскопии в анамнезе при наличии указаний на осложненный послеоперационный период (перитонит);
- наличие грыжи (пупочной, диафрагмальной, послеоперационной).

Все противопоказания к проведению **экстренной лапароскопии** являются относительными.

Осложнения при лапароскопии:

- тяжелые (ранение кишечника или внутрибрюшных сосудов);
- легкие (подкожная эмфизема, ранение сосудов подкожной клетчатки).



На данном рисунке схематично показан принцип проведения лапароскопической операции

матка и придатки при лапароскопическом исследовании



Ультразвуковое исследование (УЗИ)

УЗИ относится к неинвазивным инструментальным методам и может быть выполнено практически у любой больной независимо от ее состояния.

В гинекологической практике УЗИ используется для диагностики заболеваний и опухолей матки, придатков, выявления аномалий развития матки.

Последние модели диагностических аппаратов обладают такой высокой разрешающей способностью, что успешно используются для контроля за ростом фолликула, произошедшей овуляцией, регистрируют толщину эндометрия и позволяют выявить его гиперплазию и полипы.

С помощью УЗИ установлены нормальные размеры матки и яичников у женщин, девушек и девочек.

УЗИ используют при лечении эндокринного бесплодия для контроля эффективности медикаментозной стимуляции овуляции.

УЗИ, проводимое ежедневно при спонтанных овуляторных циклах, позволило проследить за ростом фолликула.



Рентгенологические методы исследования

Рентгенологические методы остаются широко распространенными методами исследования, это, прежде всего, относится к **гистеросальпингографии** (ГСГ). ГСГ давно используется в гинекологической практике для установления проходимости маточных труб, выявления анатомических изменений в полости матки, спаечного процесса в области малого таза.

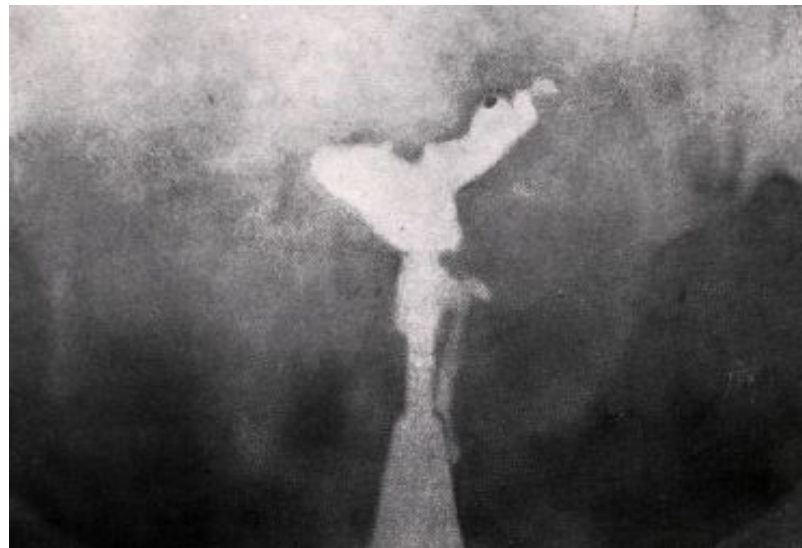
Для выполнения ГСГ пользуются водно-растворимыми рентгеноконтрастными веществами (веротраст, уротраст, верографин и т. д.). Эти вещества благодаря своим структурным особенностям дают четкое изображение щелей, лакун, выбуханий и ниш в стенке матки. Все это имеет важное диагностическое значение для выявления внутреннего эндометриоза тела матки (аденомиоза), небольших миоматозных узлов и полипов эндометрия.

Произведение ГСГ на 5-7 день менструального цикла уменьшает частоту ложноотрицательных результатов. Устье маточных труб в первую фазу цикла широко открыто и не препятствует проникновению контрастного вещества из полости матки в маточные трубы.

Маленькая полость матки, неоднородно затемненная, кружевная; прерывающийся контур полости матки; правый рог ампутирован (проникающая мола), пронцаемая левая труба.



Небольшая полость матки, верхний и левый контуры неправильные, с краевыми лакунарными картинками; трубы не затемняются.



Рентгенографическое исследование черепа

Широко используется в гинекологической практике, особенно в диагностике нейроэндокринных заболеваний. Исследование формы, размеров и контуров турецкого седла – костного ложа гипофиза – используется для диагностики опухоли гипофиза.

При изучении рентгенологической картины турецкого седла выявляются ранние симптомы опухоли гипофиза:

- остеопороз стенок седла;
- истончение костных стенок седла;
- неровность внутреннего контура костной стенки седла.

Как правило, при доброкачественных опухолях контуры седла остаются четкими и ровными. Изъеденность стенок, неравномерность их структуры указывают на возможность злокачественного характера опухоли.

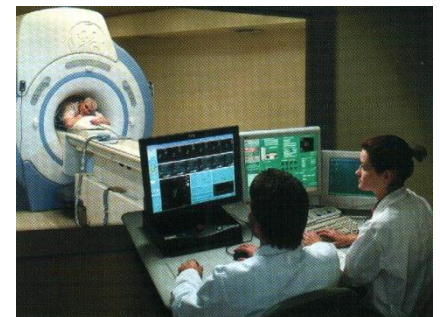
Метод компьютерной томографии.

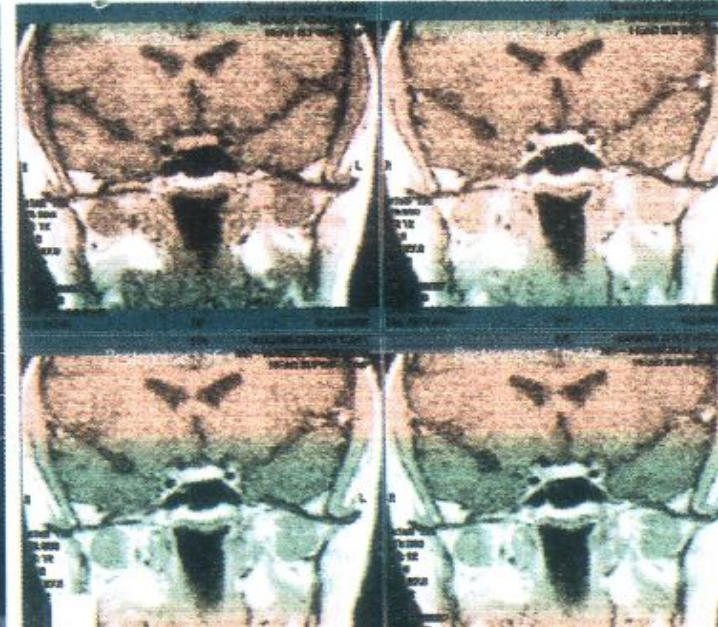
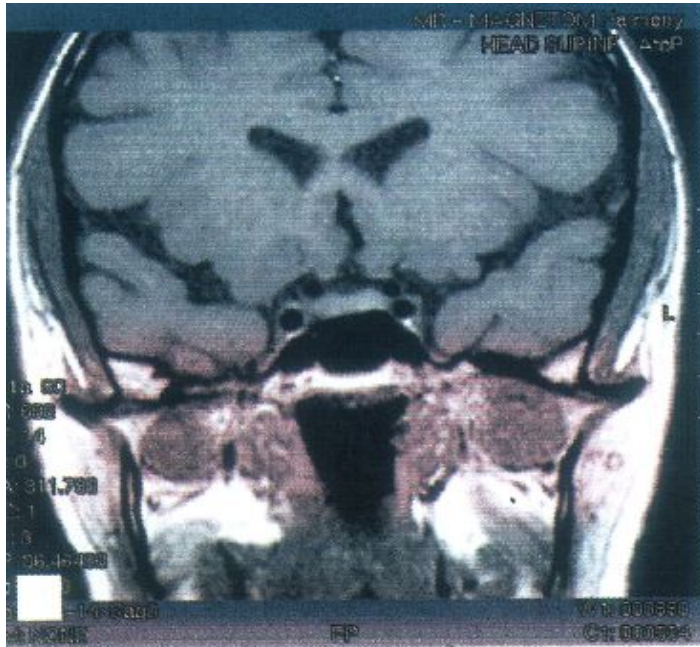
Сущность метода заключается в следующем. Тонкий пучок рентгеновского излучения падает на исследуемый участок тела с различных направлений, причем рентгеновский излучатель перемещается вокруг исследуемого объекта.

Лучевая нагрузка на КТ ниже лучевой нагрузки других рентгеновских процедур.

Гинекологи-эндокринологи используют этот метод для диагностики небольших (до 1 см) новообразований гипофиза, еще не деформирующих стенки турецкого седла.

Для диагностики патологических изменений внутренних половых органов КТ еще не получила широкого применения из-за высокой стоимости аппарата. Кроме того, именно в гинекологии серьезным конкурентом КТ является лапароскопия, которая применяется в настоящее время не только с диагностической, но и с лечебной целью.

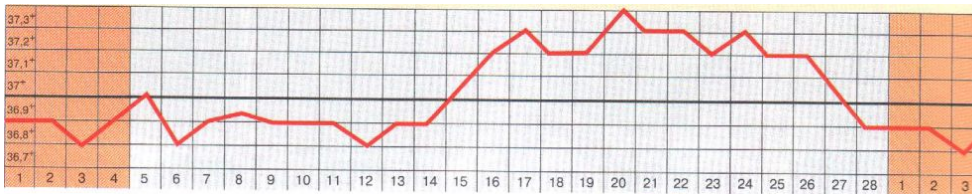




МЕТОДЫ ГОРМОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Запись базальной температуры.

Женщине предлагают измерять базальную (ректальную) температуру ежедневно утром не вставая с постели и заносить данные в специальный график. Измерение температуры производят не менее 3-х мес., а при обследовании и лечении – в течение всего курса лечения. При этом на графике отмечают время приема препарата, вид обследования и лечения. Это позволяет оценить влияние лечебных мероприятий на характер менструального цикла (изменение времени овуляции, длительность фаз менструального цикла). По графику базальной температуры можно заподозрить беременность ранних сроков.



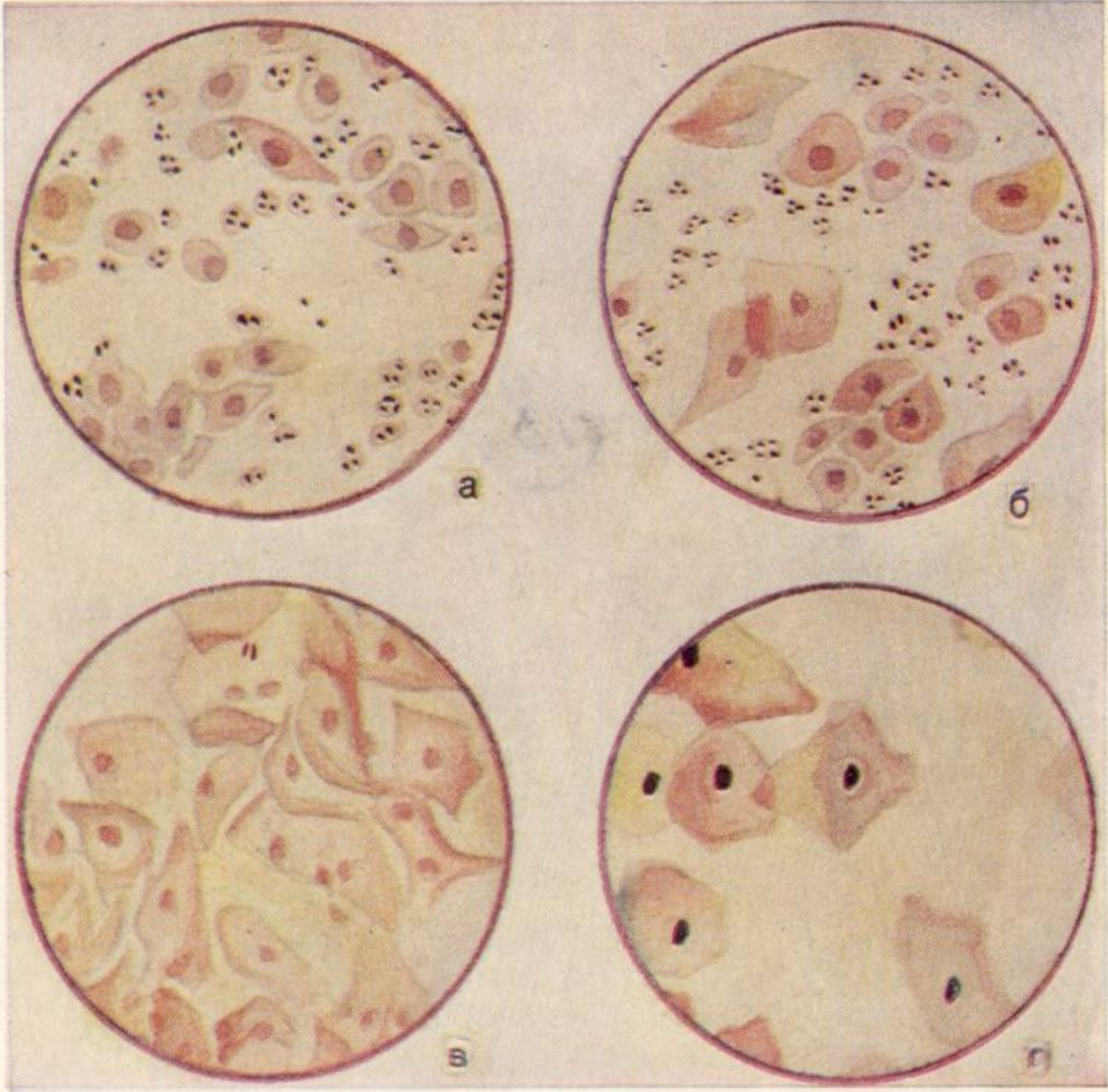
Повышение базальной температуры на 15-18 день цикла более чем на $0,5^{\circ}\text{C}$ свидетельствует о наличии овуляции. При полноценной секреторной фазе базальная температура $37,1^{\circ}$ - $37,3^{\circ}$ сохраняется в течение 11-12 дней (секреторная фаза – 12 дней при нормальном менструальном цикле). Резкий спад температуры обусловлен гормональным спадом и предполагает наступление менструации.

2. Цитология влагалищных мазков.

Влагалищный эпителий состоит из нескольких слоев:

- самый глубокий слой – слой базальных клеток. Это наименее зрелые клетки.
- клетки парабазального слоя отличаются многогранной формой, крупными ядрами.
- слой промежуточных клеток – более крупных и плоских с пузырьчатым ядром.
- поверхностный слой, состоящий из крупных плоских клеток с пикнотическими ядрами.

Для цитологического исследования содержимое влагалища берут шпателем на границе переднего и бокового свода у шейки матки. Наносят на предметное стекло. Мазок сразу фиксируют в смеси этилового спирта с эфиром, в течение 10-15 мин., окрашивают гематоксилином и 2-3 мин. 10% раствором эозина. Высушивают, просветляют толуолом и оценивают под микроскопом. Под влиянием эстрогенов наблюдается пролиферация и созревание влагалищных клеток (т.е. происходят циклические изменения), усиливается рост и дифференциация клеток. При цитологическом исследовании мазка оценивают именно степень эстрогенной насыщенности.



Методы оценки:

1) Индекс созревания (ИС).

Это численное соотношение парабазальных, промежуточных и поверхностных клеток. Определяют его при подсчете 100 клеток. ИС обозначается в виде формулы – слева указывается количество парабазальных клеток, посередине – промежуточные клетки, справа – поверхностные (примерно – 40/10/50).

2) Определение кариопикноического индекса (КПИ) – это лучший метод оценки действия эстрогенов на клетки влагалищного эпителия. Подсчитывают процент клеток с пикнотическими ядрами в общем количестве поверхностных и промежуточных клеток или КПИ -16-18 день цикла.

Следует отметить, что на цитологию влагалищных мазков существенное влияние оказывает наличие любой местной инфекции (кольпит), спринцевания (изменяется среда влагалища). Цитологическое исследование проводят в течение всего менструального цикла с промежутками в 2-3 дня.

3) Исследование слизи.

Симптом зрачка

Для оценки эстрогенной насыщенности организма женщины на протяжении менструального цикла может быть проведено количественное и качественное изучение шеечной слизи.

В фолликулярной фазе цикла железы канала шейки матки продуцируют слизистый секрет, количество которого постепенно увеличивается до момента овуляции. Наружный зев постепенно приоткрывается.

При осмотре с помощью зеркал – расширенное отверстие канала шейки матки имеет вид темного пятна, напоминающего зрачок.

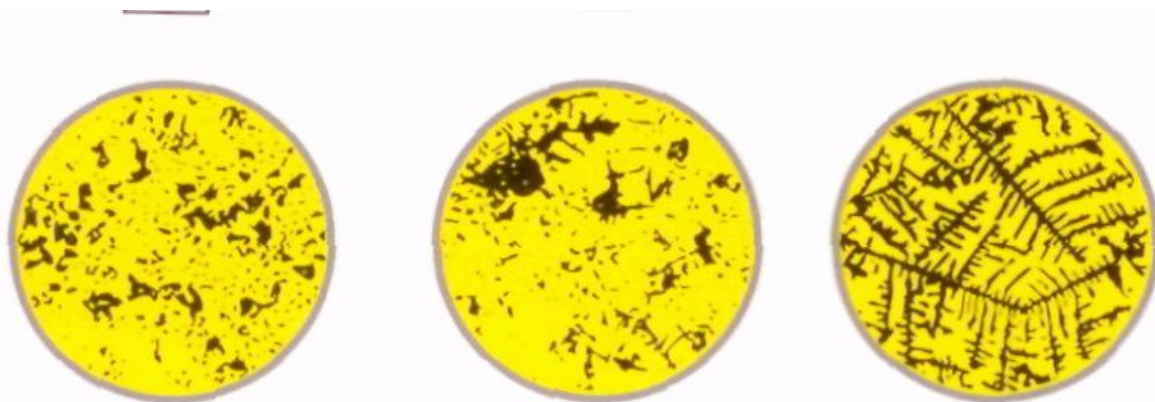
Оценивается степень зрениа от + до +++ (“феномен зрачка”).

Максимальное зрение (++++) наблюдается в середине цикла (в момент овуляции). После овуляции зияние наружного зева постепенно уменьшается, “феномен зрачка” исчезает на 20-25 день менструального цикла.

Феномен папоротника

“Феномен папоротника” (кристаллизации) основан на способности шеечной слизи образовывать при высушивании кристаллы в виде листа папоротника. Это обусловлено физико-химическими изменениями в коллоидном и электролитном составе слизи, которые происходят в течение менструального цикла под влиянием гормонов.

Слизь для исследования забирают из цервикального канала (2,3 капли) наносят на предметное стекло, высушивают в течение 10-15 мин., добавляют немного р-ра хлорида натрия 0,9 % и исследуют под микроскопом. Симптом кристаллизации (лист папоротника) появляется на 5-7 день цикла, наиболее выражен в период овуляции, затем постепенно становится менее отчетливым и перед менструацией исчезает.



Определение длины шейечной слизи основано на свойстве шейечной слизи к растяжению. Небольшое кол-во слизи берут корцангом из цервикального канала и при постепенном раздвигании его браншей, слизь растягивается в тонкую нить.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ

Секреторный (функциональный) слой эндометрия удаляется при выскабливании матки за 2-3 дня до начала месячных. Гистологическое исследование может указать (в 92% случаев) произошедшую овуляцию – при условии удаления всего функционального слоя.

Выскабливание производят по показаниям (полип эндометрия, миома матки).

Гистологическая структура эндометрия при овуляторном цикле четко соответствует фазе менструального цикла.

Материал забирают из полости матки кюреткой №2 после расширения цервикального канала, причем удаляют весь функциональный слой. Материал фиксируют в растворе формалина.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ

Поскольку однократное определение в крови и моче гормонов и их метаболитов малоинформативно, эти исследования сочетают с проведением функциональных проб. Это позволяет уточнить функциональное состояние репродуктивной системы и выяснить резервные возможности органов.

Оценка функциональных проб производится на основании определения :

- 1) тестов функциональной диагностики
- 2) содержания гормонов в плазме или их метаболитов в моче.

Наиболее распространены следующие функциональные пробы:

- 1) проба с гестогенами
- 2) проба с эстрогенами и гестогенами
- 3) проба с дексаметазоном

Цель этих проб – установить степень дефицита эстрогенов и прогестерона при заболеваниях репродуктивной системы или установление источника гиперандрогении.

Бели

Возникают в результате качественного и количественного нарушения функций секреторных желез. Это наиболее частый из симптомов среди гинекологических заболеваний.

Бели генитального происхождения:

- инфекционные процессы в области гениталий
- неправильное положение половых органов
- новообразования
- гиперпластические процессы слизистой матки, шейки матки
- механические раздражения (инородные тела)
- химические, термические воздействия
- паразитарные причины (глисты)

Бели экстрагенитального происхождения:

- Тяжёлые инфекционные болезни, туберкулез (снижается гормональная функция, снижается продукция молочной кислоты)

Бели бывают:

- Трубные
- Катаральные (связаны с секрецией эпителия матки)
- Шеечные (связаны с секрецией железистого эпителия цервикального канала и шейки матки)
- Влагалищные
- Вестибулярные (бели из преддверия влагалища).

ТРУБНЫЕ БЕЛИ – являются результатом секреции и транссудации из сосудов железистого эпителия выстилающего маточные трубы.

В результате воспалительного процесса возникает патологическая секреция, которая в начале носит водянисто серозный характер, а затем может принимать гнойный, вплоть до образования пиосальпинкса.

В морфологическом плане возникает слипчивый процесс: прежде всего в фимбриях (происходит облитерация ампулярного отдела маточной трубы и весь секрет истекает в нижележащие отделы).

КАТАРАЛЬНЫЕ БЕЛИ носят самый разнообразный характер, что связано с возбудителем и той средой, в которую внедряется флора.

В норме матка стерильна за счёт ряда важных анатомических отделов: два сфинктера шейки матки (внутренний и наружный зев).

В цервикальном канале скапливается слизь, обладающая бактерицидными свойствами, которая препятствует проникновению микробов.

Когда начинается менструация, канал приоткрывается. Эта кровь является очень благоприятной средой для распространения и размножения микроорганизмов.

ШЕЕЧНЫЕ БЕЛИ – являются результатом секреции из желез цервикального канала шейки матки. При закупорке эти железы превращаются в наботовы железки, кисты. Основными причинами шеечных белей являются: эрозия шейки матки и выворот слизистой шейки матки (эктропион)

Слизистая цервикального канала находится в совершенно несвойственной для неё среде и секреция желез при этом усиливается. Это является одним из факторов риска возникновения онкологических заболеваний.

Бели носят слизисто-гноевидный характер, в зависимости от возбудителя: при гонококковой флоре - гнойные и зеленоватые; при кандидозе - творожистые, белого цвета.

ВЛАГАЛИЩНЫЕ БЕЛИ.

Бели носят разнообразный характер, в зависимости от возбудителя.

Бели вызванные гонококком жёлто-зелёные, обильные, беспокоящие женщину, могут сопровождаться учащённым мочеиспусканием, режями при мочеиспускании.

При трихомониазе бели обильные, жёлтые, пенистые, сопровождающиеся сильным зудом.

Бели при кандидозе (кандидоз очень часто возникает при лечении антибиотиками, дисбактериозе, аллергии и т.д.) – творожистые, в виде крупинок белого цвета. Сопровождаются жжением и зудом, неприятным ощущением во влагалище и признаками воспаления (отёк, гиперемия, местная температурная реакция, нарушение функции).

ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ БЕЛИ связаны с дисфункцией желез преддверия влагалища.. Протоки бартолиниевых и парауретральных желез всегда открыты, так как они постоянно функционируют, чтобы увлажнять вход во влагалище. Секрет этих желез в норме прозрачный, необильный, слизистый. При патологии секрет приобретает гнойный характер.

Возбудители могут приводить к закупорке протоков. В результате развивается бартолинит, абсцесс бартолиниевой железы, абсцесс или киста парауретральных желез.

Очень часто воспалительные явления наружных гениталий бывают у девочек, например, при глистных инвазиях, паразиты могут заселять преддверие, вызывая зуд, появление белей. В норме бели слизистые, необильные, без неприятного запаха, слегка белесоватые.

БОЛИ

- 1) Носят ноющий характер при воспалительных заболеваниях женской половой сферы.
- 2) Острые, приступообразные боли могут быть при перекруте кисты яичника, внематочной беременности, при разрыве яичника, при перфорации матки во время аборта, при разрыве пиосальпинкса, пиовара.
- 3) Боли могут носить схваткообразный характер, что чаще всего связано с выкидышем (начавшийся, неполный, в ходу и т.д.) также схваткообразные боли могут быть при рождающемся фиброматозном узле находящемся в полости матки.

Чаще всего боли беспокоят внизу живота и пояснице

К болевому синдрому далее присоединяются расстройства других систем (неврастения, различные психосоматические заболевания).

Кровотечение может быть вследствие действия генитальных и экстрагенитальных факторов:

Генитальные причины:

- Все расстройства менструальной функции. Эти кровотечения могут быть циклическими (соответствовать циклу) и ациклическими.
- Воспалительные заболевания;
- Новообразования: например, при миоме матки кровотечение является важным симптомом. Характер кровотечений при этом различен от скудных до угрожающих жизни.
- Травмы гениталий: как правило, серьёзные кровотечения и повреждения, которые сочетаются с брюшинной гематомой, переломом кости и т.д.

Экстрагенитальные причины:

- При тяжёлой гипертонии, например, кровотечения из матки у женщин в менопаузе.
- Тяжёлые инфекции: гепатит (тяжёлая интоксикация приводит к нарушению свертываемости, ломкости кровеносных сосудов). Тяжёлые интоксикации различными ядами.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СМЕЖНЫХ ОРГАНОВ

Патологические процессы в половой системе нередко вызывают изменения функции мочевого пузыря и прямой кишки, обусловленные топографоанатомической близостью этих органов

1. Со стороны мочевого пузыря.могут возникать нарушения мочеиспускания К таким нарушениям приводят опухоли. прорастающие в мочевой пузырь и вызывающие дизурические явления. Большие опухоли могут сдавливать мочеточники – что ведёт к гидроуретеру, гидронефрозу.
2. Со стороны прямой кишки могут возникать запоры к которым приводят опухоли, рубцово-спаечные процессы, гнойные процессы (абсцесс между прямой кишкой и маткой).

ЗУД ВУЛЬВЫ возникает чаще у женщин в менопаузе, при сахарном диабете, остроконечных кондиломах, инфекциях.

Литература:

- 1) Андросова Е.Н. Акушерство и гинекология. М., 1995.
- 2) Васильевская Л.Н. Гинекология.. Феникс, 2004 – 56 с
- 3) Полякова В.А.. Современная гинекология.. Издательство ФГУИПП «Тюмень». 2004 – 608с.
- 4) Савельева Г.М. Акушерство и гинекология. М., 1998.
- 5) Материал лекции “Методы обследования гинекологических больных. Общая симптоматика гинекологических заболеваний”.

Спасибо за внимание