

**ОБЩАЯ СИМПТОМАТИКА  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

**МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ  
БОЛЬНЫХ.**

**Гинекология** – это наука изучающая нормальную деятельность женского организма, заболевания, связанные с особенностями женского организма в различные периоды жизни женщины.

Наука занимается профилактикой заболеваний.

При общении с пациентами врач должен вести себя так, чтобы больная не стесняясь могла обратиться к нему за помощью.

Больные предпочитают не команды, а советы, прислушиваясь к их даже не профессиональному мнению.

# Факторы определяющие психологическое состояние больной

Возраст, перенесенные заболевания, ожидания и впечатления от визита к врачу, сексуальная ориентация и поведение, вредные привычки, семейное положение, социальное положение, национальность и культурный уровень.

- Необходимо обращать внимание на стиль общения, смех и юмор, создание благоприятного взаимоотношения с больной.

# АНАМНЕЗ

- **ЖАЛОБЫ:** Любая гинекологическая патология имеет очень сходную симптоматику, поэтому независимо от того с какой патологией придет женщина жалобы у нее довольно часто будут идентичными. Возможны как преувеличения так и недооценка симптомов.

**Основные жалобы:** на бели, боли, кровотечение, нарушение функции смежных органов, нарушения половой функции, зуд наружных половых органов

**Сопутствующие жалобы:** бесплодие, нарушение менструальной функции и другие.

**АНАМНЕЗ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У 50-70% больных.**

- Перенесенные соматические и другие заболевания
- Семейный анамнез
- Менструальная и репродуктивная функция (в том числе исходы предыдущих беременностей и родов, характер контрацепции)
- Гинекологические заболевания, в том числе секреторная и половая функция, заболевания партнера
- Характер предшествующей терапии,
- История настоящего заболевания,
- Образ жизни, питания, вредные привычки

# БЕЛИ. (наиболее частый из симптомов)

- Возникают в результате качественного и количественного нарушения секреторной функции желез.

## Этиологические причины белей разнообразны:

### 1. Генитального происхождения:

- в результате инфекционных процессов в области гениталий
- неправильное положение половых органов (зияние половой щели) создают условия для патологического выделения из желез находящихся в несвойственных условиях (например, выпячивание слизистой влагалища в половую щель).
- Новообразования
- гиперпластические процессы слизистой матки, шейки матки.
- Механические раздражения (инородные тела). Например, кольцо вставляемое во влагалище, чтобы предупредить опущение выпадения матки у пожилых женщин.
- Химические, термические воздействия (спринцевание, горячей водой, очень концентрированным раствором марганцовки).
- Паразитарные причины: трихомониаз, глистные инвазии и.д.
- грибковые заболевания (кандидоз).

## Бели экстрагенитального происхождения связаны с нарушением функции половых гонад (яичников)

в результате таких заболеваний как:

туберкулез легких, тяжелые инфекционные болезни: тифы, гепатит; сахарный диабет и др.

Эти заболевания снижают гормональную функцию и вследствие этого снижается процесс гликогенообразования слизистой оболочки влагалища и в связи с этим снижается продукция молочной кислоты, а молочная кислота в норме способствует росту палочки **Дедерлейна (палочка молочнокислого брожения)**. Палочка Дедерлейна поддерживает кислую среду влагалища (в норме pH 4.0 - 5.0)

**Кислая Среда** препятствует заселению влагалища патогенными микробами (это естественная защитная реакция организма, которая обеспечивает процесс самоочищения влагалища). Когда нарушается этот процесс влагалище заселяется другой флорой что и приводит к образованию белей.

# БОЛИ

- Боли следует рассматривать как корковый процесс, который представляет собой ответную реакцию на раздражение на периферии.
- Чаще всего боли ноющие, внизу живота, в пояснице (при воспалительных процессах). Острые, приступообразные боли могут быть при перекруте кисты яичника, разрыве трубы, при внематочной беременности. При разрыве яичника, при перфорации матки во время аборта, при разрыве пиосальпинксе, пиовара.  
Боли могут носить схваткообразный характер, что чаще всего связано с беременностью: выкидыш начавшийся, неполный, в ходу и т.д. Также схваткообразные боли могут быть при рождающемся фиброматозном узле находящемся в полости матки (рождение узла происходит вследствие того что матка пытается вытолкнуть фиброматозный узел).  
К болевому синдрому далее присоединяются расстройства других систем: неврастения, различные психосоматические заболевания).



# КРОВОТЕЧЕНИЕ.

Кровотечение может быть вследствие действия генитальных и экстрагенитальных факторов.

- **Генитальные причины:**
  1. все расстройства менструальной функции. Эти кровотечения могут быть циклическими (соответствовать циклу) и ациклическими.
  2. воспалительные заболевания
  3. новообразования: например, при миоме матки кровотечение является главным симптомом. Характер кровотечений при этом различен от скудных до угрожающих жизни.
  4. травмы гениталий: как правило, серьезные кровотечения и, как правило, повреждения сочетанные: вместе с забрюшинной гематомой, переломом костей и т.д.
- **Экстрагенитальные причины:**
  1. при тяжелой гипертонии, например, кровотечения из матки у женщин в менопаузе.
  2. тяжелые инфекции: гепатит (тяжелая интоксикация приводит к нарушению свертываемости, ломкости кровеносных сосудов).
  3. тяжелые интоксикации различными ядами

# НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СМЕЖНЫХ ОРГАНОВ

- 1. Со стороны мочевого пузыря. К таким нарушениям приводят опухоли препятствующие мочеиспусканию. Воспалительные опухоли прорываются в мочевой пузырь и вызывают дизурические явления. Большие опухоли могут сдавливать мочеточники - что ведет к гидроуретеру, гидронефрозу.
  2. Со стороны прямой кишки: запоры, к которым приводят большие 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, любая инфекция, интоксикация

# Нарушения менструального цикла

## *Изменение продолжительности менструального цикла*

- Опсоменорея - Длительность менструального цикла более 35 дней
- Пройоменорея - Длительность менструального цикла менее 21 дня

## *Изменение количества крови, выделяющейся во время менструации*

- Гиперменорея - Обильные менструации (более 80 мл)
- Гипоменорея - Скудные менструации (менее 20 мл)

## *Изменение продолжительности менструации*

- Полименорея - Удлинение менструации (более 7 дней)
- Олигоменорея - Укорочение менструации (менее 2 дней)

## *Комбинированные нарушения*

- Гиперполименорея - Обильные и продолжительные менструации (меноррагия)
- Опсоолигоменорея - Короткие и редкие менструации

# МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1. Физикальное исследование подразумевает общий осмотр, определение ЧСС, АД, температуры, состояние молочных желез, и другое. Исследование живота дает оценочную информацию для определения объемных образований, симптомов раздражения брюшины.
  - 2. Гинекологическое исследование – проводится на гинекологическом кресле.

# Гинекологическое исследование

Перед исследованием больная должна помочиться. Ее укладывают на гинекологическое кресло и накрывают простынями. Обязательно хорошее освещение. Врач одевает перчатку на правую или левую руку (в зависимости от того правша он или левша) и становится лицом к больной. Исследование проводится в следующем порядке:

## Вульва

- 1. Осматривают лобок, большие и малые половые губы, промежность, задний проход. Отмечают состояние кожи, характер оволосения, наличие объемных образований. Пальпируют все подозрительные участки
- 2. Раздвигают большие половые губы указательным и средним пальцем одетой в перчатку руки и по порядку осматривают следующие анатомические структуры:
  - а. Малые половые губы
  - б. Клитор
  - в. Наружное отверстие мочеиспускательного канала
  - г. Вход во влагалище
  - д. Девственная плева
  - е. Промежность
  - ж. Задний проход
- 3. При подозрении на заболевание малых желез преддверия их пальпируют, надавливая на нижнюю часть мочеиспускательного канала через переднюю стенку влагалища. При наличии выделений показана микроскопия мазков и посев.

Если в анамнезе имеются указания на объемные образования больших половых губ, пальпируют большие железы преддверия. Для этого большой палец располагают с внешней стороны большой половой губы ближе к задней спайке, а указательный вводят во влагалище. При пальпации малых половых губ можно обнаружить эпидермальные кисты.

## **Вход во влагалище**

**Малые половые губы разводят указательным и средним пальцами, затем предлагают больной потужиться.**

**При цистоцеле во входе появляется передняя стенка влагалища, при ректоцеле или энтероцеле - задняя, при выпадении влагалища - обе стенки.**

**Состояние тазового дна оценивают во время бимануального исследования.**

Перед бимануальным исследованием осматривают влагалище и шейку матки в зеркалах. Выбирают наименьшее зеркало, позволяющее провести полноценный осмотр. Перед введением зеркала больную предупреждают об этом. Осторожно поворачивают зеркало вокруг оси, полностью осматривают шейку матки и влагалище

- 1. Осматривая влагалище, отмечают следующее:
  - а. Наличие крови
  - б. Характер выделений. В мазках выделений из влагалища можно обнаружить *Trichomonas vaginalis*, *Candida spp.*, клетки, покрытые бактериями, в посевах — *Neisseria gonorrhoea*, в культуре клеток — *Chlamydia trachomatis*.
  - в. Анатомические изменения (врожденные и приобретенные)
  - г. Состояние слизистой. Возможны следующие патологические изменения:
    - 1) Воспаление — гиперемия и отек слизистой, везикулы, эрозии, выделения
    - 2) Объемное образование
    - 3) Патология сосудов
    - 4) Изменение цвета — синюшный цвет слизистой во время беременности (симптом Чедвика)
    - 5) Другие — травма, эндометриоз
- 2. Осматривая шейку матки, обращают внимание на те же изменения, что и при осмотре влагалища. Однако при этом нужно иметь в виду следующее:
  - а. При кровянистых выделениях из наружного маточного зева вне менструации исключают злокачественную опухоль шейки или тела матки
  - б. При цервиците нередко наблюдаются слизисто-гнойные выделения из наружного маточного зева, гиперемия и иногда эрозии шейки матки
  - в. Полипы могут располагаться как на влагалищной части шейки матки, так и в ее канале и представлять собой как доброкачественные, так и злокачественные опухоли. Иногда полипы шейки матки возникают при хроническом цервиците
  - г. Рак шейки матки при осмотре далеко не всегда удается отличить от цервицита или дисплазии, поэтому при малейшем подозрении на злокачественную опухоль показана биопсия



# Бимануальное исследование

Одну руку врач кладет на переднюю брюшную стенку больной, а пальцы другой вводят во влагалище. При ректовагинальном исследовании указательный палец вводится во влагалище, а средний — в прямую кишку.

- 1. Указательный и средний пальцы вводят во влагалище ближе к промежности. Состояние промежности оценивают, слегка надавливая на нее через заднюю стенку влагалища. Затем просят больную потужиться. Этот прием позволяет выявить цистоцеле, ректоцеле или выпадение влагалища. После этого продвигают пальцы по направлению к шейке матки. Отмечают болезненность и анатомические изменения влагалища
- 2. Пальпируют шейку матки, при этом оценивают ее положение, форму, консистенцию, болезненность и подвижность. Отмечают болезненность при смещении шейки матки. Затем исследуют передний, задний и боковые своды влагалища.
- 3. Пальцами, находящимися во влагалище, смещают матку вверх, другой рукой осторожно надавливают на переднюю брюшную стенку несколько ниже пупка, пальпируя матку. Оценивают следующее: положение; форму, размеры, симметричность, объемные образования; консистенцию; болезненность; подвижность.
- Если обнаружены объемные образования, определяют их число, форму, локализацию, консистенцию, болезненность, подвижность.
- 4. Пальцы, находящиеся во влагалище, перемещают в правый боковой свод, вторую руку — в правую подвздошную область. Направляя пальцы друг к другу, пальпируют правые придатки матки. В норме маточные трубы не пальпируются. Нормальные размеры яичника примерно 4 x 3 x 2 см. Он плотный, подвижный, слегка болезненный при пальпации. Пропальпировать неизмененные яичники удается не всегда. Если определяется объемное образование придатков матки, оценивают его положение относительно тела и шейки матки, форму, консистенцию, болезненность и подвижность.
- Левые придатки матки пальпируются также, как правые.
- 6. Проводят ректовагинальное исследование. Для этого указательный палец исследующей руки вводят во влагалище, а средний — в прямую кишку. Вторая рука располагается на передней брюшной стенке. Этот метод иногда более информативен, чем стандартное бимануальное исследование
- 7. У девственниц проводят ректальное бимануальное исследование

# Ректальное исследование

- 1. Осматривают задний проход и окружающую кожу, промежность и крестцово-копчиковую область.
- Обращают внимание на следующее:
  - а. Окраска.
  - б. Зуд
    - 1) Следы расчесов на промежности и в перианальной области. На анальный зуд указывают также лихенизация, мокнутие и шелушение
    - 2) Анальная трещина, хронический парапроктит, наружные геморроидальные узлы
    - 3) Эпителиальный копчиковый ход (может быть осложнен воспалением)
- 2. Просят больную потужиться. При этом можно выявить выпадение внутренних геморроидальных узлов, полипа прямой кишки и слизистой прямой кишки
- 3. Пальпируют крестцово-копчиковую область, промежность, перианальную область. Отмечают уплотнение и болезненность.
- 4. Собственно ректальное исследование проводят указательным пальцем. Предварительно его обильно смазывают увлажняющим средством. Больную просят потужиться, это слегка расслабляет наружный сфинктер заднего прохода. Одновременно вводят палец в заднепроходный канал и легким вращательным движением продвигают его в ампулу прямой кишки
- 5. При исследовании заднепроходного канала отмечают следующее:
  - а. Тонус сфинктеров заднего прохода
  - б. Болезненность. Чаще всего она обусловлена анальной трещиной, хроническим парапроктитом
  - в. Объемное образование
- 6. Палец вводят как можно глубже. для исследования дистальных отделов прямой кишки больную просят потужиться.
  - а. Состояние стенок, объемные образования
  - б. Пальпация передней стенки
    - 1) Размеры, форма, симметричность и консистенция шейки матки, а также ее болезненность, особенно при смещении.
    - 2) Объемное образование матки или ее придатков.
    - 3) Болезненность или объемные образования прямокишечно-маточного углубления. У девственниц через переднюю стенку прямой кишки пальпируют все внутренние половые органы.
  - в. После извлечения пальца отмечают, не остались ли на перчатке кровь, гной или слизь.

# Методы гормонального исследования

## Тесты функциональной диагностики:

- Подсчет кариопикнотического индекса эпителия влагалища (%; Максимален во время овуляции);
- Феномен зрачка (мах во время овуляции);
- Изменение натяжения шейной слизи (мах во время овуляции);
- Измерение базальной температуры
- Для оценки функции яичников используется гистологическое исследование соскоба эндометрия (пролиферация, секреция – зависимость от фазы цикла).

## Определение гормонов и их метаболитов

- **ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В КРОВИ:** Фоликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол, андрогены ДЭА - дегидроэпиандростерон и 17 – гидроксипрогестерон предшественник тестостерона (дегидроэпиандростерона сульфат, дегидроэпиандростерон, андростендион, тестостерон).
- **ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В МОЧЕ:**
- 17-КС (кетостерон) метаболит дегидроэпиандростерона,
- прегнандиол – метаболит прогестерона (фаза расцвета желтого тела).

# Функциональные пробы

- **Проба с гестагенами:** установление степени дефицита эстрогенов и прогестерона при заболеваниях репродуктивной сферы сопровождающихся аменореей. 1 мл-1% прогестерона В/М 1 раз в сутки 6-8 дней или через день 2,5 через день 3 раза или 2 мл – 12,5 % 17-ОПК однократно. Положительна при наличии менструальноподобной реакции – незначительный дефицит эстрогенов и значительный гестагенов. Отрицательная – органические изменения в эндометрии или глубокая недостаточность эстрогенов.
- **Проба с эстрогенами и гестагенами:** для исключения или подтверждения заболевания или повреждения эндометрия (маточная форма аменореи) и выяснения степени дефицита эстрогенов. 1мл - 0.1% фолликулина в/м – 1 раз в сутки 7 дней или этинилэстрадиол 0,1 мг (2 таб.- микрофоллин) в течении 7 дней, далее как в пробе с гестагенами. Положительная менструальноподобная реакция – дефицит эндогенных эстрогенов, Отриц. – органические изменения эндометрия
- **Проба с дексаметазоном:** Установление источника гиперандрогении у женщин с клиническими проявлениями вирилизации. Для нарушения функции гипофиза и гипоталамуса ( снижение гонадотропной функции). 0,5 мг каждые 6 часов в течении 3 суток до общей дозы 6 мг. За 2 дня до приема препарата и на следующий день после отмены определяют содержание в крови тестостерона, 17-ОНП, ДЭА или содержание 17-КС в суточной моче. Положит. – при снижении показателей на 50-75%, что указывает на надпочечниковую гиперандрогению. Снижение на 25-30 % яичниковое происхождение андрогенов. Отрицательная – проводят большую дексаметазоновую пробу. 2мг каждые 6 часов в течении 3 суток до 24 мг. Контроль также. Отрицательная при виризирующей опухоли надпочечников.
- **Проба с кломифеном:** при заболеваниях, сопровождающихся хронической ановуляцией на фоне олиго и аменореи. Этинилэстрадиол по 0,05 мг в день 7 дней затем 2 мл 2,5 % прогестерона через день в/м 4 раза. Следующий цикл с 5 по 9 день 100 мг кломифена в день. Эффективность по определению гонадотропина или эстрадиола в плазме до пробы и на 5-6 день после препарата ( или ректальная температура и УЗИ). Положительная при сохранении функции гипоталамуса гипофиза и яичников.
- **Проба с люлиберином** при отрицательной пробе с кломифеном. (Вводят люлиберин – синтетический аналог 100 мкг. ЛГ определяют через 15-30-60 и 120 минут. Положительна при нарастании ЛГ до овуляторных цифр на 60 минуте – сохраненная функция гипофиза и нарушена гипоталамуса).

# Эндоскопические методы:

- **Кольпоскопия:**

Простая - осмотр влагалищной шейки матки.

Расширенная – осмотр после обработки шейки матки 3% раствором уксусной кислоты. Проба Шилера с 3% р-ром Люголя (измененный эпителий).

- **Кольпомикроскопия** – прижизненное гистологическое исследование влагалищной части ш/м. Окраска 0,1 % р-ром гематоксилина.

Специфичность – 97,5%.

- **Гистероскопия(газовая, жидкостная)**

Осмотр полости матки, цервикального канала

- **Лапароскопия(диагностическая и операционная):**

Осмотр органов малого таза и брюшной полости на фоне пневмоперитонеума.

- **Инвазивные методы:** - Пункция брюшной полости через задний влагалищный свод. При пункции можно получить гной, кровь, асцитическую жидкость. Кровь при перфорации матки, апоплексии яичника, внематочной беременности, при кровотечении из других органов - разрыв селезенки, печени, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, желудка. Асцитическая жидкость, как правило, маленький рак яичника дает большой асцит. Если сделать цитологическое исследование осадка, то можно получить клетки карцинома. При сердечной и печеночной недостаточности цитология асцитической жидкости ничего не дает.
- **Ультразвуковое исследование.** Осмотр матки, придатков. Можно использовать влагалищный датчик. Можно определять опухоли, пороки развития матки, изменения в области придатков, опухоли. Можно следить за динамикой развития фолликула.
- **Рентгенологические:** КТ, МРТ ( черепа , малого таза), гистеросальпингография с использованием контраста, радионуклеидное сканирование, динамическая сцинтиграфия матки и маточных труб.
- **Исследование аспирата полости матки.**
- **Цитогенетические исследование.** Кариотипирование, определение полового хроматина.
- **Бактериологическое исследование.**  
– микроскопия мазков из влагалищного свода, цервикального канала, уретры.

Посев на флору и чувствительность к антибиотикам.

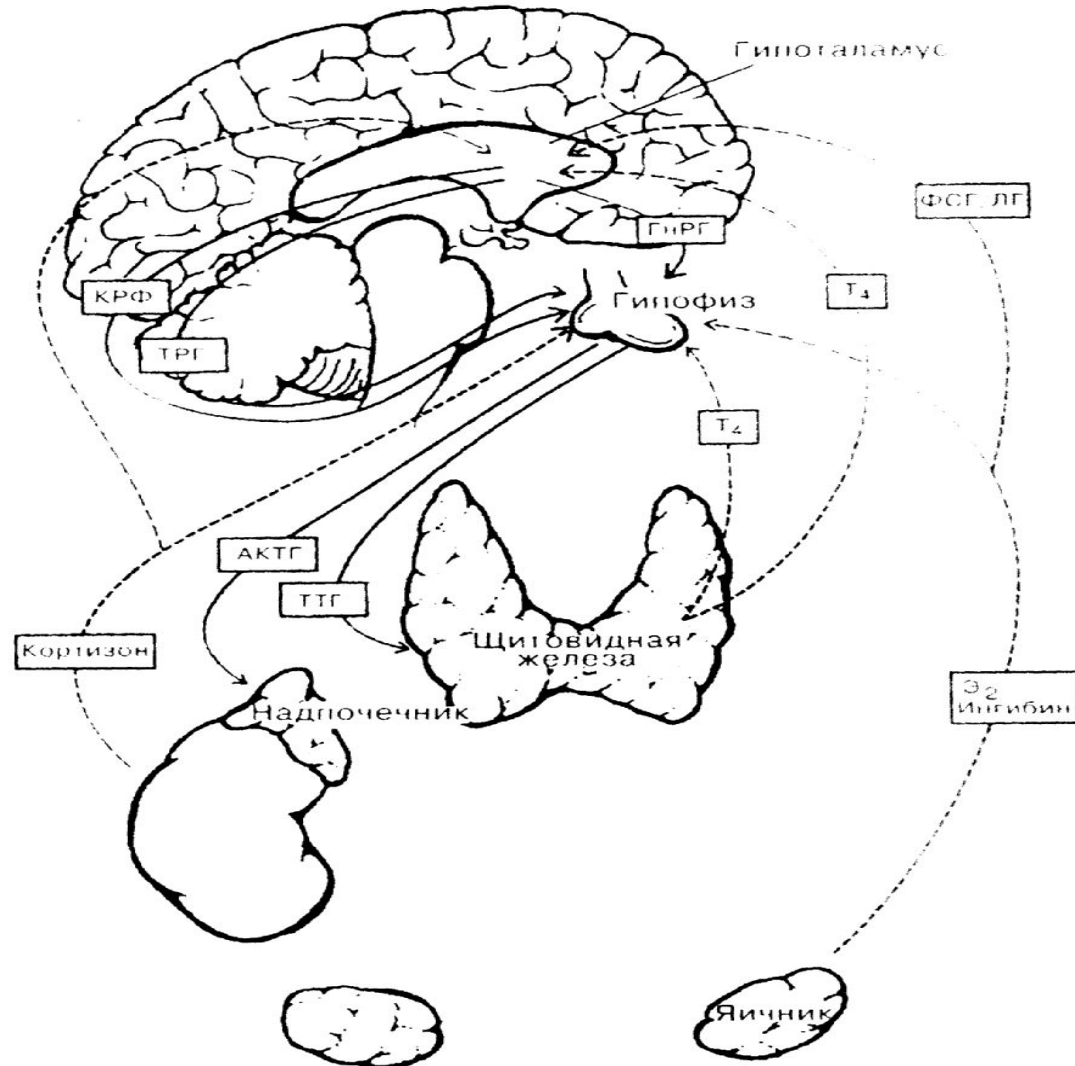
По характеру флоры выделяются 3 степени чистоты влагалища: при 1-2 степени можно выполнять различные диагностические мероприятия, операции, при третьей - нельзя.

1 степень: присутствие палочек Дедерлейна, Гр- и Гр+ кокковая флора в небольшом количестве, отсутствие лейкоцитов.

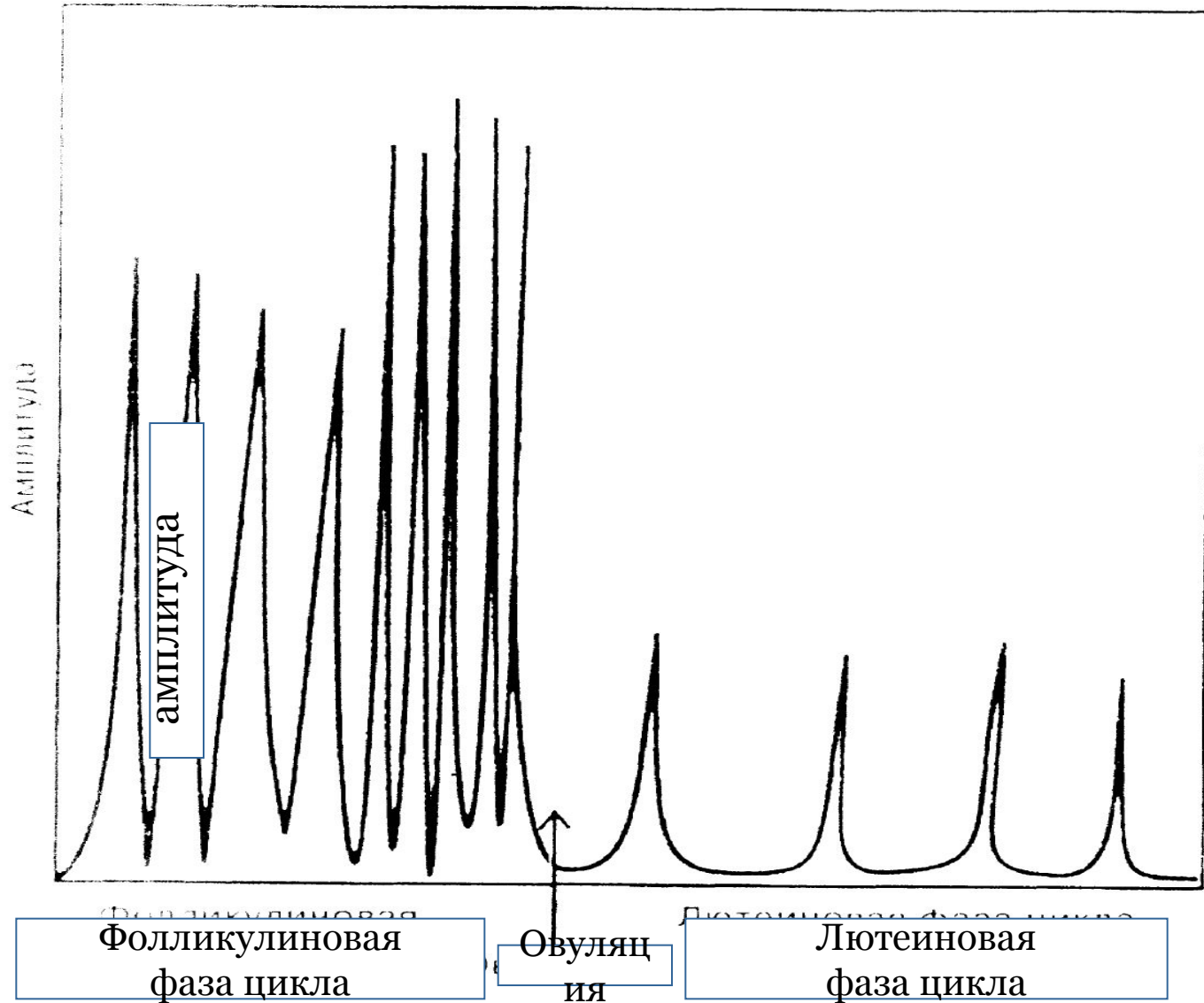
2 степень: небольшое количество палочек Дедерлейна, Гр- и Гр+ кокковая флора, лейкоциты.

3 степень: отсутствие палочек Дедерлейна, лейкоциты в большом количестве, кокковая флора может быть патологические специфические возбудители.

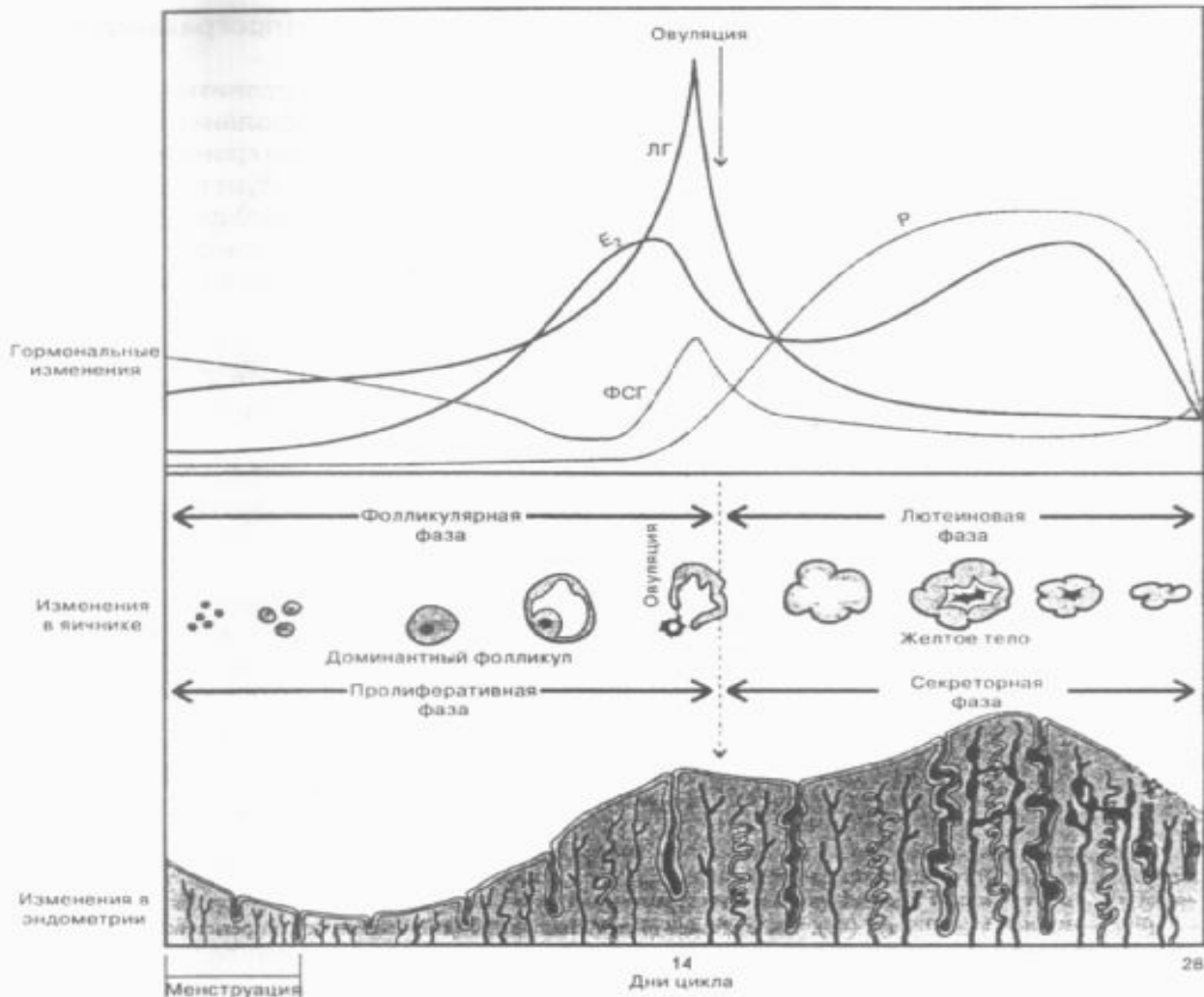
# Нейро-эндокринная регуляция репродуктивной системы



# Секреция гонадотропного релизинг-гормона в фолликулиновую и лютеиновую



Менструальный цикл: вверху – циклические изменения ФСГ, ЛГ, Е<sub>2</sub> и Р относительно времени овуляции; в середине – изменения фолликула в яичнике; внизу – изменения в эндометрии.





# Развитие фолликула

- **Рост и развитие фолликула зависит от его способности превращать андрогены в эстрогены.**
- **При нормальном уровне ФСГ в фолликулярной жидкости будут эстрогены. При низком уровне ФСГ – андрогены.**
- **Фолликулогенез – ФСГ зависим.**

# Роль ФСГ в развитии фолликула

## *Повышение ФСГ стимулирует:*

- ❑ **рост гранулезных клеток;**
- ❑ **активность ароматазы (превращения андрогенов в эстрогены);**
- ❑ **увеличивает число ФСГ –рецепторов на клетках гранулезы;**
- ❑ **действие ФСГ моделируется ростовыми факторами.**

На пике увеличения эстрогенов на гранулярных клетках появляются рецепторы ЛГ

- ➔ лютеинизация гранулезных клеток
- ➔ увеличение прогестерона
- ➔ снижение эстрогенов
- ➔ появление второго пика ФСГ

Овуляция через 10-12 часов после пика ЛГ или 24 часа после II пика ФСГ

# По мере роста фолликула тека-клетки

- ❑ экспрессируют гены для ЛГ-рецепторов;
- ❑ увеличивается содержание фермента P450C17 и 3 $\beta$ -стероид дегидрогеназы;
- ❑ увеличивается содержание инсулино-подобного фактора роста

Фермент P450C17 образует из холестерина  $\rightarrow$  андроген -  
Андроген через ароматизацию превращается в эстроген.

Увеличение эстрогенов – тормозит ФСГ  $\rightarrow$  снижается ароматазная активность  $\rightarrow$  атрезия фолликула - через апоптоз.

# Роль ЛГ

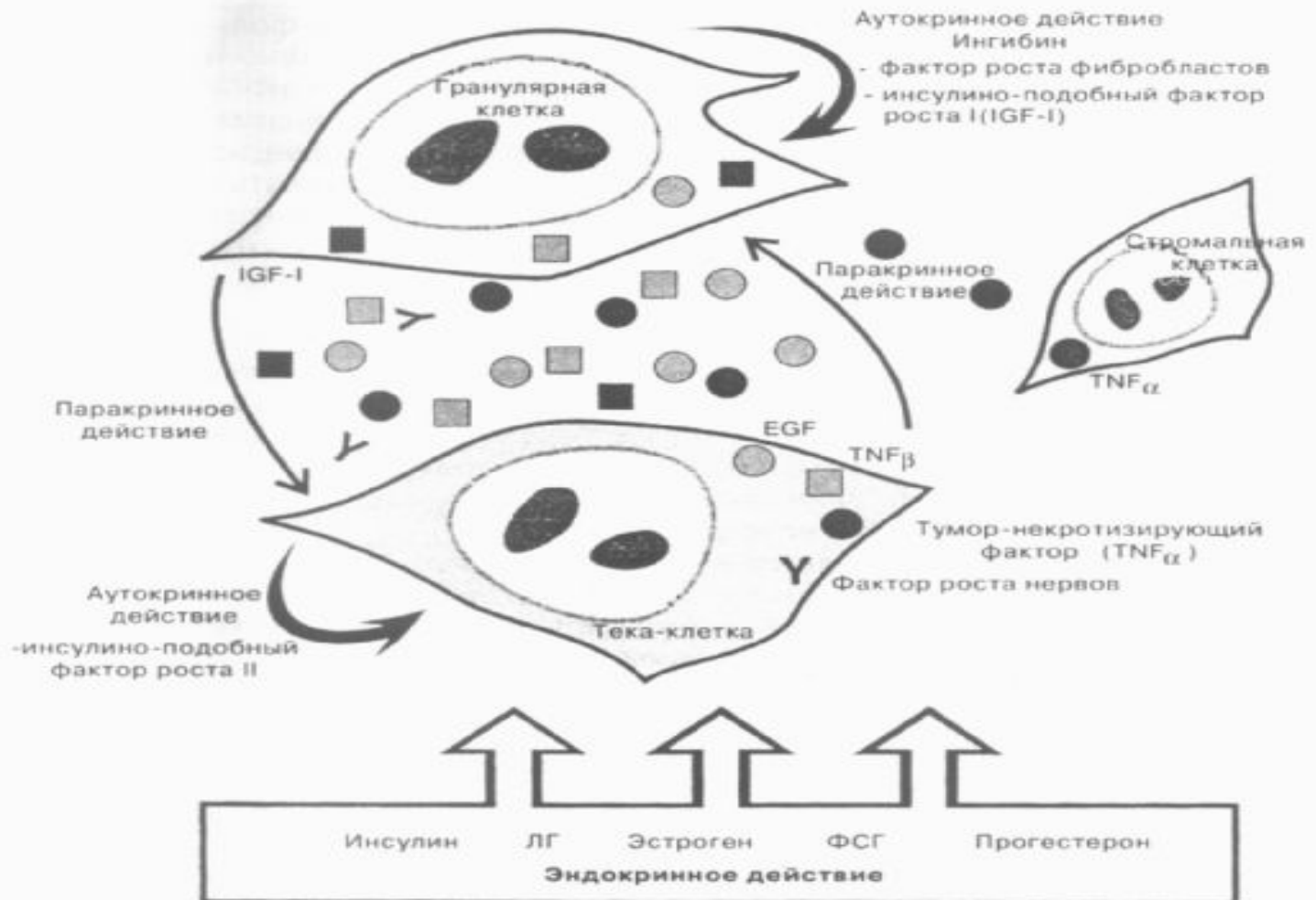
- ❑ ЛГ стимулирует редукционное деление;
- ❑ вызывает лютеинизацию гранулезных клеток;
- ❑ увеличивает синтез прогестерона;
- ❑ увеличивает синтез простагландина в фолликуле.

**Стероидогенез в яичнике  
ЛГ-зависим**

# Роль андрогенов в развитии фолликула

- ❑ на гранулезных клетках есть рецепторы андрогенов – субстрат для ФСГ- вызванной ароматизации андрогенов в эстрогены;
- ❑ в низких концентрациях андрогены усиливают процессы ароматизации;
- ❑ **высокий уровень андрогенов.**
  - ❖ Нарушает путь ароматизации в эстрогены;
  - ❖ Метаболизм андрогенов идет через 5 $\alpha$ - редуктазу, образуется андроген, который не способен перейти в эстроген;
  - ❖ Ингибирует ФСГ;
  - ❖ Ингибирует образование рецепторов ЛГ;
  - ❖ Останавливает развитие фолликула, в результате чего наблюдается его атрезия.

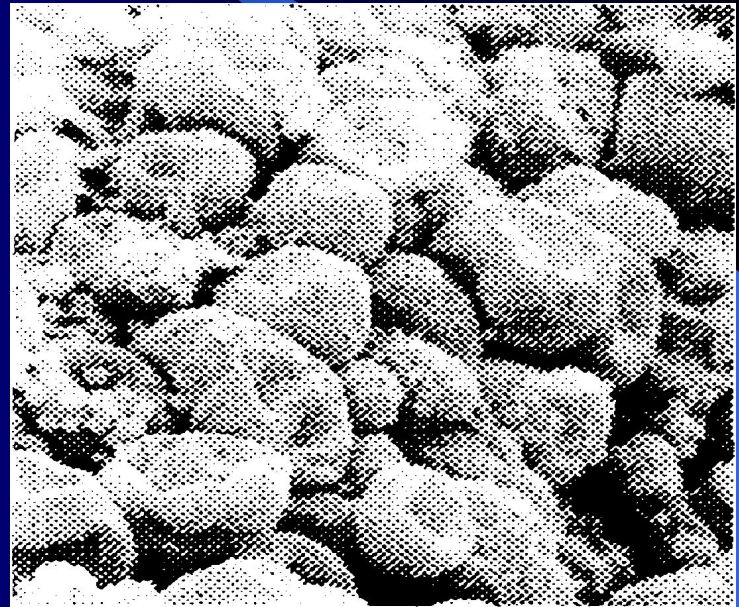
# Регуляция функции яичников через аутокринные, паракринные и эндокринные механизмы.



# Поверхностная электронная микроскопия эндометрия



**Поверхность эндометрия**  
до развития пиноподий



**Поверхность эндометрия**  
с выраженными  
пиноподиями



*Благодарю  
за  
внимание*



*Сама уверенность*

