

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

**В. М. САВИЦКАЯ**

# **ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ГИНЕКОЛОГИИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2017

УДК 618(075.8)  
ББК 57.1я73  
С13

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 19.04.2017 г., протокол № 8

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования П. С. Русакевич; канд. мед. наук, доц. каф. общей хирургии Белорусского государственного медицинского университета А. И. Лемешевский

**Савицкая, В. М.**

С13 Практическое руководство по гинекологии : учебно-методическое пособие / В. М. Савицкая. – Минск : БГМУ, 2017. – 54 с.

ISBN 978-985-567-863-3.

Приводится описание основных методов обследования в гинекологии, особенности лабораторной диагностики инфекционной патологии, описываются основные этапы малых гинекологических операций.

Предназначено для студентов всех курсов лечебного факультета по дисциплине «Акушерство и гинекология», врачей-интернов, клинических ординаторов, субординаторов.

УДК 618(075.8)  
ББК 57.1я73

ISBN 978-985-567-863-3

© Савицкая В. М., 2017  
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2017

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Тема занятия:** данный материал рассматривается по дисциплине «Акушерство и гинекология» в рамках темы «Методы обследования пациенток с гинекологическими заболеваниями».

**Цель занятия:** изучить основные методы обследования пациенток с гинекологическими заболеваниями, особенности обследования девочек с гинекологическими заболеваниями, методы диагностики, применяемые в гинекологии, оперативного лечения, технику проведения медицинского аборта и других малых гинекологических операций; правила введения внутриматочных средств (ВМС).

**План и методика проведения занятия.** На занятие отводится 5 академических часов. Студенты под контролем преподавателя участвуют в обследовании гинекологических пациенток, знакомятся с техникой проведения медицинского аборта, другими малыми гинекологическими операциями в пределах учебной программы. Обучение проводится с разбором качества оказания помощи пациенткам на основании медицинской документации, акцентируется внимание на послеоперационном ведении пациенток после медицинского аборта, правилах введения ВМС, методике проведения медикаментозного аборта.

**Задачи занятия:**

1. Изучить основные методы обследования гинекологических пациенток.
2. Изучить малые гинекологические операции.
3. Разобрать показания, противопоказания при проведении малых гинекологических операций, а также условия для проведения таких операций.
4. Изучить особенности обследования девочек при гинекологической патологии.
5. Изучить особенности послеоперационного ведения гинекологических пациенток.
6. Овладеть техникой проведения медицинского аборта.
7. Изучить правила введения ВМС.
8. Изучить метод медикаментозного прерывания беременности.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного освоения темы необходимо повторить:

- из анатомии человека: строение женских половых органов, их иннервацию, кровоснабжение, топографическую анатомию;
- нормальной физиологии: эндокринную систему, систему крови;
- физики: высокочастотную электроэнергию;
- биоорганической химии: реологические свойства крови;
- гистологии: гистологическое строение органов мочеполовой системы;
- пропедевтики внутренних болезней: диагностику заболеваний органов мочеполовой системы.

### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Что относится к органам мочеполовой системы у женщин, каковы их строение и функции?
2. Диагностика гинекологических заболеваний.
3. Методы обследования гинекологических пациенток.
4. Химический состав и реологические свойства крови.
5. Физика при компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

### **Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Организация оказания медицинской помощи гинекологическим пациенткам.
2. Какие показания, противопоказания и основные этапы малых оперативных вмешательств в гинекологии?
3. Методы обследования девочек при гинекологической патологии.
4. Как проводится предоперационная подготовка гинекологических пациенток?
5. Какие особенности ведения послеоперационного периода у гинекологических пациенток?
6. Какие дополнительные методы обследования применяются в гинекологии?
7. Методика проведения медикаментозного прерывания беременности.
8. Методика проведения инструментального аборта.

## **МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК**

При **сборе анамнеза** необходимо обращать внимание на следующее:

- возраст;
- основные, сопутствующие жалобы, нужно выяснить соответствие жалоб заболеванию, так как может быть их недооценка или преувеличение;
- семейный анамнез;
- образ жизни, питание, вредные привычки, условия труда и быта;
- перенесенные острые заболевания (особенно детские инфекции);
- имеющиеся хронические инфекции, особенно с затяжным течением процесса, эндокринные расстройства;
- менструальная и репродуктивная функции (прием препаратов при сопутствующей патологии, которые могли бы повлиять на менструальную функцию, исходы беременностей и родов);
- используемый метод контрацепции или его отсутствие;
- гинекологические заболевания (перенесенные острые, хронические, проводимое лечение);
- проведенные операции, в том числе на половых органах (послеоперационный период, осложнения);
- аллергологический анамнез;

- гемотрансфузионный анамнез;
- история настоящего заболевания.

Правильно собранный анамнез, его анализ имеют важное значение при постановке предварительного диагноза, который можно подтвердить последующими методами исследования. Умение врача вести диалог, внимательно слушать и целенаправленно отвечать на поставленные вопросы помогает разобраться в причинах болезни пациентки и выбрать оптимальный метод лечения. Очень важно получить от пациентки письменное согласие на проведение различных манипуляций и операций.

Основными жалобами у гинекологических пациенток являются жалобы на боли, бели, кровотечение из половых путей, зуд, бесплодие и невынашивание беременности в анамнезе. В первую очередь необходимо выяснить время появления первой менструации (менархе): установились менструации сразу или нет, их продолжительность и объем теряемой крови, периодичность появления менструаций. Затем нужно уточнить, изменились ли менструации после начала половой жизни (коитархе), родов, аборт, как проходили менструации во время настоящего заболевания, когда была последняя менструация и ее особенности, если были.

Нарушения менструальной функции можно разделить на аменорею, гипоменструальный синдром, меноррагию, метроррагию, альгодисменорею, менометроррагию.

**Аменорея** — отсутствие менструаций. Физиологическая аменорея наблюдается до периода полового созревания, во время беременности и лактации, в климактерическом периоде. Патологическая аменорея возникает после установления нормального менструального цикла (отсутствие менструаций более 6 месяцев). Это связано с общими и гинекологическими заболеваниями различного генеза.

**Гипоменструальный синдром** проявляется в уменьшении (гипоменорея), укорочении (олигоменорея) и урежении (опсоменорея) менструаций. Это возникает чаще всего при тех же заболеваниях, что и патологическая аменорея.

**Меноррагия** — кровотечение, связанное с менструальным циклом. Меноррагии возникают циклически и характеризуются увеличением кровопотери во время менструации (гиперменорея), большей продолжительностью менструальных кровотечений (полименорея) и нарушениями их ритма (пройоменорея). Очень часто эти нарушения сочетаются друг с другом. Причинами возникновения меноррагии являются снижение сократительной деятельности матки вследствие развития воспалительных процессов (эндометрит, миометрит), наличие опухолей (миома матки), а также нарушение функции яичников, связанное с неправильным созреванием фолликулов, желтого тела или отсутствием овуляции.

**Метроррагия** — ациклическое маточное кровотечение, которое не связано с менструальным циклом и чаще связано с расстройством функции яичников, например, при нарушении процессов овуляции (аномальное ма-

точное кровотечение), при миоме матки (подслизистой), онкологических процессах (раке тела и шейки матки), гормонально-активных опухолях яичника и некоторых других заболеваниях.

**Альгодисменорея** — болезненные менструации. Обычно боли бывают в начале менструации или в первый день и редко наблюдаются на протяжении всей менструации. Болезненные менструации чаще всего связаны с недоразвитием половых органов (инфантилизм), неправильным положением матки (ретропозиция), наличием очагов эндометриоза, следствием воспалительных заболеваний внутренних половых органов и др.

**Менометроррагия** — кровотечение, проявляющееся обильной менструацией, которая продолжается в межменструальный период. Часто сочетается с миомой матки (особенно подслизистой).

**Бели** могут быть как проявлением симптомов гинекологических заболеваний, так и следствием патологических процессов, не связанных с половой системой. Бели могут быть скудными, умеренными, обильными, а также молочно-белого, желтоватого, зеленого, желто-зеленого, серого, «грязного» (с примесью крови) цвета. По консистенции они могут быть густыми, тягучими, сливкообразными, пенистыми, творожистыми. Необходимо обращать внимание на запах выделений: он бывает выраженным, резким, неприятным либо может отсутствовать. У пациентки необходимо также узнать, как проявляются выделения в процессе менструального цикла (особенно в связи с менструацией), не связаны ли с половым актом или сменой партнера, нет ли контактных кровотечений после полового акта или в результате воздействия провоцирующих факторов (после стула, поднятия тяжестей и др.).

При **оценке репродуктивной функции** необходимо выяснить следующее:

- когда наступила первая беременность (на каком году половой жизни и в каком возрасте, была ли использована контрацепция);
- паритет беременностей, как они протекали, были ли какие-либо осложнения во время беременности, какое проводилось лечение и каков был результат;
- были ли аборт, сколько и когда, какие были осложнения, какое лечение проводилось, когда наступила следующая беременность;
- когда была последняя беременность, в каком возрасте, как протекала и чем закончилась, не было ли осложнений во время родов (абортов) или в послеродовом (послеабортном) периоде, если были, то какие, какое проводилось лечение.
- паритет родов и когда они произошли, были ли осложнения во время родов и в послеродовом периоде, какие оперативные пособия оказывались, какое проводилось лечение, на какие сутки после родов пациентка была выписана домой.

При общем осмотре необходимо обратить внимание на следующие характеристики:

- тип телосложения: женский, мужской (высокий рост, длинное туловище, широкие плечи, узкий таз), евнухоидный (высокий рост, узкие плечи, узкий таз, длинные ноги, короткое туловище);

- имеющиеся фенотипические особенности: ретрогнатия, арковидное небо, широкое плоское переносье, низкорасположенные ушные раковины, низкий рост, короткая шея с кожными складками, бочковидная грудная клетка и др.;

- степень оволосения и состояние кожных покровов;

- состояние молочных желез.

**Осмотр молочных желез** необходимо производить в двух положениях: стоя (руки свисают вдоль туловища), лежа (руки на голове). При осмотре молочных желез нужно обратить внимание на их размер, контуры, симметричность, состояние кожных покровов (цвет, наличие отека, изъязвлений), состояние сосков и ареол (размер, расположение, форма), наличие выделений из сосков, наличие изъязвлений. Выделения из сосков могут быть водянистыми, серозными, геморрагическими, гнойными, молочными. Геморрагические выделения характерны для внутрипротоковой папилломы, гнойные — для мастита, молочные — для гиперпролактинемии различного генеза. При наличии выделений делают мазок-отпечаток на предметном стекле с последующим гистологическим заключением.

Рентгеновская маммография — наиболее распространенный и высокоинформативный метод исследования молочных желез. Обзорную маммографию у менструирующих женщин необходимо проводить в 1-ю фазу менструального цикла. Данный метод противопоказан женщинам до 35 лет, во время беременности и лактации. Начиная с 50 лет женщинам проводится маммография раз в два года при отсутствии показаний.

Для дифференциальной диагностики ряда заболеваний молочных желез используют также искусственное контрастирование — дуктографию. Этот метод применяется для диагностики внутрипротоковых изменений. Показание для проведения дуктографии — это наличие выделений кровянистого характера из соска для исключения онкопатологии.

Наиболее информативным методом диагностики у менструирующих женщин молодого возраста является УЗИ. Перспективным его дополнением является доплерометрия. УЗИ в сочетании с цветовым доплеровским картированием позволяет выявить опухолевые сосуды. В настоящее время для диагностики заболеваний молочных желез используются также КТ и МРТ.

**Определение длины и массы тела** необходимо для вычисления индекса массы тела.

$$\text{ИМТ} = M : D,$$

где ИМТ — индекс массы тела, кг/м<sup>2</sup>; M — масса тела, кг; D — длина тела, м<sup>2</sup>.

В норме ИМТ женщины репродуктивного возраста равен 20–26 кг/м<sup>2</sup>. Индекс более 40 кг/м<sup>2</sup> соответствует IV степени ожирения и свидетельствует о высокой вероятности метаболических нарушений, что важно учитывать у женщин с бесплодием в анамнезе, аменореей.

При избыточной массе тела необходимо выяснить, когда началось ожирение (с детства, в пубертатном возрасте, после начала половой жизни, после аборт или родов), проводилась ли коррекция нарушений и каков результат.

**Пальпация** брюшной стенки имеет большое практическое значение, особенно для установления патологических новообразований, исключения или наличия «острого» живота. Напряжение передней брюшной стенки — важный симптом раздражения брюшины; наблюдается при остром воспалении придатков матки, тазовом и диффузном перитоните, кровотечении в брюшную полость и др. Исследование живота необходимо проводить в положении пациентки лежа на спине. Следует обращать внимание на размеры живота, его конфигурацию, наличие вздутия, симметричность, его участие в акте дыхания (особенно после оперативных вмешательств). При необходимости нужно измерить на уровне пупка окружность живота сантиметровой лентой.

**Перкуссия** дополняет пальпацию и помогает определить границы отдельных органов, контуры опухолей, присутствие свободной жидкости в брюшной полости, тимпанит или притупление звука.

**Аускультация** живота имеет большое диагностическое значение после оперативных вмешательств для диагностики пареза кишечника, проходимости, для диагностики наличия перистальтики.

**Гинекологическое исследование** проводится на специальном гинекологическом кресле. Ноги пациентки лежат на подставках, ягодицы — на краю кресла.

В норме дно матки обращено кверху и не выступает выше плоскости входа в малый таз, область наружного маточного зева размещена на уровне спинальной плоскости, влагалищная часть шейки матки находится книзу и кзади. Тело и шейка матки образуют тупой угол, открытый кпереди (положение *anteverzio* и *anteflexio*). Дно мочевого пузыря прилежит к передней стенке матки в области перешейка, уретра соприкасается с передней стенкой влагалища в ее средней и нижней третях. Прямая кишка располагается сзади влагалища и связана с ним рыхлой клетчаткой. Верхняя часть задней стенки влагалища (задний свод) покрыта брюшиной прямокишечно-маточного пространства.

Нормальное положение женских половых органов обеспечивается:

- собственным тонусом половых органов;
- взаимосвязью между внутренними органами и согласованной деятельностью диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна;
- связочным аппаратом матки (подвешивающим, фиксирующим и поддерживающим).



*Собственный тонус половых органов* зависит от правильного функционирования всех систем организма. Понижение тонуса может быть связано со снижением уровня половых гормонов (эстрогенов), нарушением функции нервной системы, возрастными изменениями, когда атрофируются слизистые оболочки.

*Взаимосвязь между внутренними органами* (кишечник, сальник, паренхиматозные и половые органы, мочевого пузыря) формирует единый комплекс из-за их непосредственной близости друг к другу. Внутрибрюшное давление регулируется функцией диафрагмы, передней брюшной стенки и тазовым дном.

*Подвешивающий аппарат* представлен круглыми и широкими связками матки, собственными и подвешивающими связками яичников. Связками обеспечивается срединное положение дна матки и ее физиологический наклон кпереди.

*Поддерживающий аппарат* представлен мышцами тазового дна (нижний, средний и верхний слои), а также пузырно-влагалищной, прямокишечно-влагалищной перегородками и плотной соединительной тканью, располагающейся у боковых стенок влагалища. Нижний слой мышц тазового дна составляют наружный сфинктер прямой кишки, луковично-пещеристая, седалищно-пещеристая и поверхностная поперечная мышцы промежности. Средний слой мышц представлен мочеполовой диафрагмой, наружным сфинктером мочеиспускательного канала и глубокой поперечной мышцей промежности, связанной с мышцами нижнего слоя и мышцей, поднимающей задний проход. Самый глубокий верхний слой мышц составляет диафрагму таза. Она состоит из мышцы, поднимающей заднепроходное отверстие и фасций. Мышца, поднимающая заднепроходное отверстие парная, состоит из трех мышц: лобково-копчиковой, подвздошно-копчиковой и седалищно-копчиковой.

К *фиксирующему аппарату* относятся крестцово-маточные, маточно-пузырные и пузырно-лобковые связки. Фиксирующий аппарат обеспечивает центральное положение матки и препятствует ее смещению в стороны, кзади и кпереди. Учитывая, что связочный аппарат отходит от матки в ее нижнем отделе, возможны физиологические наклоны матки в разные стороны (в положении лежа, при переполненном мочевом пузыре и др.).

**При осмотре наружных половых органов** обращают внимание на состояние и величину малых и больших половых губ, состояние слизистых оболочек («сочность», сухость, окраска), величину клитора, степень и характер оволосения, состояние промежности, ее высоту, имеющиеся патологические процессы (воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы).

Необходимо обратить также внимание на наличие зияния половой щели, опущение или выпадение стенок влагалища и матки.

**Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах** проводится всем женщинам, ведущим или нет (в настоящий момент) половую жизнь (рис. 1). Используются зеркала Симса, Куско.

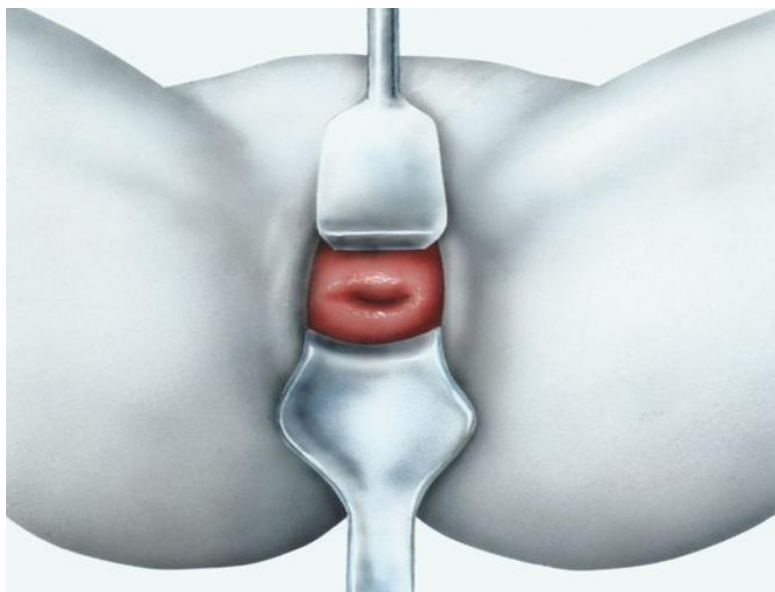


Рис. 1. Осмотр шейки матки в зеркалах

При осмотре слизистой влагалища и шейки матки в зеркалах оценивается цвет слизистых, складчатость стенок влагалища, наличие патологических образований, эрозий, полипов, кондилом и другой патологии.

Желательно при осмотре в зеркалах взять мазки на микрофлору, онкоцитологию, при необходимости провести биопсию патологических образований шейки матки и влагалища после получения мазков физиологического типа.

Далее нужно приступить к **бимануальному (двуручному влагалищно-брюшностеночному) исследованию** после извлечения зеркал из влагалища. Для этого указательный и средний пальцы одной руки (обычно правой), одетой в перчатку, вводят во влагалище. Другую руку (обычно левую) кладут на переднюю брюшную стенку. Рукой, введенной во влагалище, необходимо пропальпировать стенки влагалища и его своды, шейку матки, длину шейки матки, ее консистенцию, проходимость цервикального канала, определить, имеются ли объемные образования и анатомические изменения. Затем, осторожно введя пальцы в задний свод влагалища, необходимо сместить матку вперед и вверх, пропальпировать ее другой рукой через переднюю брюшную стенку, отметить положение, размеры, форму, консистенцию, чувствительность и подвижность матки (рис. 2).

**Ректовагинальное исследование** обязательно проводится в постменопаузе, у девочек при наличии опухолей яичников, после проведения оперативных вмешательств на задней стенке влагалища. Оно проводится также всем женщинам старше 40 лет для исключения сопутствующих заболеваний

прямой кишки. При ректальном исследовании определяется тонус сфинктера заднего прохода и состояние мышц тазового дна, объемные образования (имеются ли геморроидальные узлы, опухоли), подвижность слизистой прямой кишки.

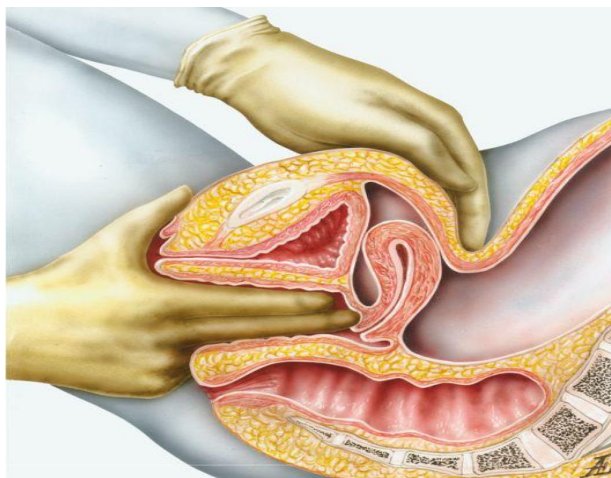


Рис. 2. Бимануальное (двуручное влагалищно-брюшностеночное) исследование

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

По тестам функциональной диагностики можно судить о характере менструального цикла.

**Симптом «зрачка»** отражает секрецию слизи железами шейки матки под влиянием эстрогенов, что важно у женщин с бесплодием. Перед овуляцией секреция слизи увеличивается, наружное отверстие цервикального канала приоткрывается и при осмотре в зеркалах напоминает зрачок. В соответствии с диаметром видимой в шейке слизи (1, 2, 3 мм) выраженность симптома «зрачка» определяют, как +, ++, +++. В период овуляции симптом «зрачка» составляет +++, под влиянием прогестерона во второй фазе менструального цикла он равен +, а затем исчезает.

**Симптом растяжения шеечной слизи.** Характер растяжения меняется под влиянием эстрогенов. Растяжимость слизи определяется с помощью корнцанга. Им берут каплю слизи из шеечного канала в предовуляторные дни и, раздвигая бранши корнцанга, оценивают, на сколько мм (см) растягивается слизь. Максимально она может растянуться до 12 см, что соответствует наибольшей концентрации эстрогенов в период овуляции.

**Кариопикнотический индекс** — соотношение ороговевающих и промежуточных клеток при микроскопическом исследовании мазка из заднего свода влагалища. В течение овуляторного менструального цикла наблюдаются следующие колебания кариопикнотического индекса: в 1-й фазе — 25–30 %, во время овуляции — 60–80 %, в середине 2-й фазы — 25–30 %.

**Базальная температура.** Тест основан на гипертермическом влиянии прогестерона на терморегуляторный центр гипоталамуса. Температурная кривая имеет две фазы при нормальном овуляторном цикле. Базальная температура повышается на 0,5 °С сразу после овуляции и держится так в течение 12–14 дней. При недостаточности 2-й фазы цикла гипертермическая фаза составляет менее 10–8 дней, температура поднимается ступенеобразно или периодически падает ниже 37 °С. При различных видах ановуляции температурная кривая остается монофазной (рис. 3, 4).

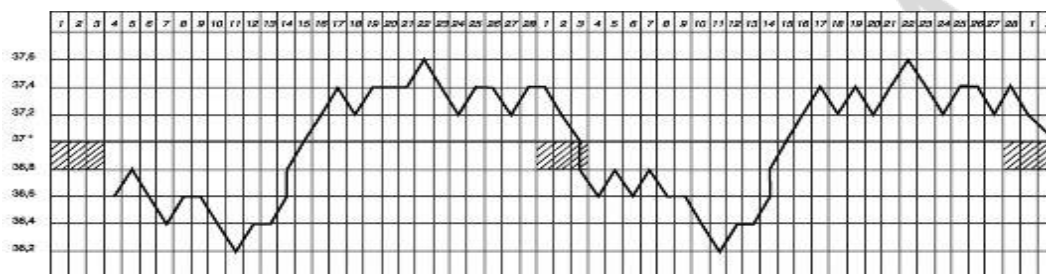


Рис. 3. Базальная (ректальная) температура при нормальном двухфазном менструальном цикле



Рис. 4. Базальная (ректальная) температура при однофазном (ановуляторном) менструальном цикле

Показатели тестов функциональной диагностики в течение овуляторного цикла приведены в табл. 1.

Таблица 1

**Показатели тестов функциональной диагностики в течение овуляторного менструального цикла**

Тесты функциональной диагностики	Дни менструального цикла						
	4–6-й	8–10-й	12–14-й	О	16–18-й	20–22-й	24–26-й
КПИ, %	20–40	50–70	80–88	В	60–40	30–25	25–20
Длина натяжения цервикальной слизи, мм	2–3	4–6	12	У	3–4	1–0	0
Симптом «зрачка»	+	+	+++	Л	+	–	–
Базальная температура, °С	36,6±0,2	36,7±0,2	36,4±0,1	Я	37,1±0,1	37,2±0,1	37,2±0,2

Наиболее точным методом оценки функции яичников является гистологическое исследование соскоба эндометрия. При гистологическом исследовании секреторные изменения эндометрия, удаленного при выскабливании слизистой оболочки матки за 2–3 дня до начала менструации, с точностью до 90 % указывают на произошедшую овуляцию.

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Методы диагностики: бактериоскопический, бактериологический, культуральный, серологический, молекулярно-биологический.

**Бактериоскопическое (микроскопическое) исследование** основано на микроскопии окрашенных или нативных мазков, которые берут из заднего свода влагалища, цервикального канала, уретры. За две недели до взятия мазка необходимо исключить спринцевания, нельзя вводить вагинальные свечи, принимать антибактериальные препараты внутрь. Материал для исследования берется ложкой Фолькмана, шпателем Эйера или цитощеткой, затем наносится тонким равномерным слоем на предметное стекло или два предметных стекла, если берется цитощеткой (цитощетка помещается между стеклами, и материал распределяется на них). После высушивания мазки окрашивают по Папаниколау (метиленовым синим) или по Грамму. Микроскопию нативного мазка желательно произвести до его высыхания. В мазках на флору оценивается наличие эпителия, количество лейкоцитов, эритроцитов, виды бактерий (кокки, коккобациллы, лактобациллы), наличие диплококков, расположенных вне- и внутриклеточно.

В соответствии с полученными результатами различают четыре степени чистоты мазка:

– I степень — определяются 1–2 лейкоцита в поле зрения, флора палочковая (представлена лактобациллами);

– II степень — лейкоцитов 10–15 в поле зрения, флора палочковая, но встречается единичная кокковая флора;

– III степень — лейкоцитов 30–40 в поле зрения, встречаются единичные палочки, в основном преобладают кокки, может встречаться патогенная флора;

– IV степень — большое количество лейкоцитов, палочки отсутствуют, микрофлора представлена различными микроорганизмами, в том числе патогенными (гонококки, трихомонады и др.).

III и IV степени чистоты влагалища — это патологические мазки, которые требуют более углубленного обследования пациентки с последующей санацией и восстановлением биоценоза влагалища.

**Бактериологическая диагностика** основана на посеве микроорганизмов на искусственные питательные среды. Материалом для исследования служит отделяемое из патологических очагов (цервикальный канал, уретра, брюшная полость, поверхность раны, задний свод влагалища). Посев берется стерильным тампоном и переносится в пробирку на питательную среду. Этот метод позволяет определить тип микроорганизмов и оценить чувствительность к антибиотикам.

**Культуральный метод** используют для выявления возбудителей воспалительных заболеваний, относящихся к внутриклеточным паразитам (хламидии, вирусы).

**Серологические исследования** определяют наличие антител в крови и дают косвенные данные инфицирования. К этим методам относятся: определение уровня специфических иммуноглобулинов различных классов (IgA, IgG, IgM) в сыворотке крови путем иммуноферментного анализа. Серологические методы используются для диагностики токсоплазмоза, кори, краснухи, паротита, генитального герпеса, сифилиса, гепатитов В и С, урогенитальной и хламидийной инфекции, т. е. TORCH-инфекций. В данном случае об остром процессе говорит обнаружение в сыворотке крови IgM; IgG говорят о перенесенной ранее инфекции.

**Молекулярно-биологические методы** позволяют определить возбудителей по наличию специфических участков ДНК. Здесь наибольшее распространение получил метод полимеразной цепной реакции. Наибольшую ценность и информативность имеет выявление возбудителей ИППП данным методом.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОРМОНОВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ

В гинекологии в плазме крови определяют белковые гормоны: лютропин (лютеинизирующий гормон), фоллитропин (фолликулостимулирующий гормон), пролактин и др.; стероидные гормоны (эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол и др.). В моче определяют экскрецию метаболитов андрогенов (17-кетостероиды) и прегнандиола — метаболита гормона желтого тела прогестерона.

При проявлении гиперандрогении у обследуемых женщин определяют уровни андрогенов, гормонов надпочечников, их предшественников в плазме крови и метаболиты в моче — тестостероны, кортизол, дегидроэпиандростерон и его сульфат, 17-гидроксипрогестерон, 17-кетостероиды.

Хорионический гонадотропин (ХГ) определяют для диагностики беременности. С помощью иммуноферментного анализа определяется уровень  $\beta$ -субъединицы ХГ в сыворотке крови (важно, чтобы был проведен количественный метод определения, а не качественный). Уровень  $\beta$ -ХГ наиболее быстро нарастает до 6-й недели беременности, достигая 6000–10 000 МЕ/л, после 6-й недели беременности уровень снижается. При высоких уровнях гормона и отсутствии беременности в матке необходимо исключить внематочную беременность, особенно при росте ХГ в динамике.

Широкодоступным является мочевого тест определения ХГ: изменяется окраска полоски, т. е. появляется вторая цветная полоса.



## ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

**Кольпоскопия** — осмотр слизистой влагалищной части шейки матки, слизистой влагалища с помощью кольпоскопа. Виды кольпоскопии: простая (обзорная кольпоскопия) и расширенная (с использованием дополнительных тестов и красителей). При проведении *простой кольпоскопии* осматривается форма, величина влагалищной части шейки матки, область наружного зева цервикального канала, цвет, рельеф слизистой оболочки, граница плоского и цилиндрического эпителия, также оцениваются особенности сосудистого рисунка, наличие или отсутствие патологических очагов на слизистых (рис. 5).

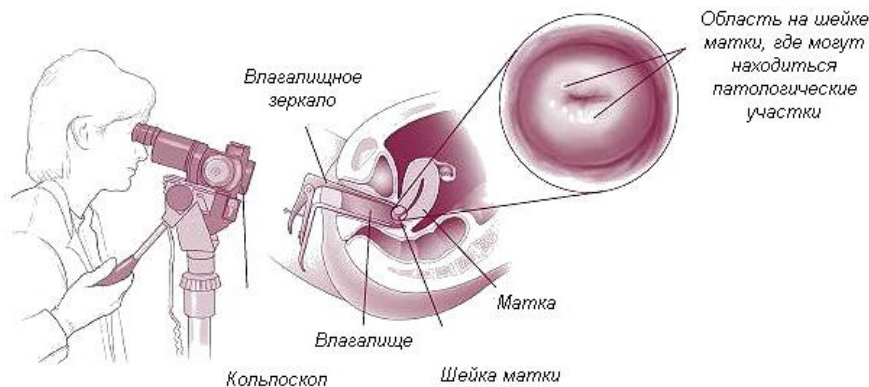


Рис. 5. Проведение кольпоскопии

При проведении *расширенной кольпоскопии* шейку матки необходимо обработать 3%-ным раствором уксусной кислоты или 0,5%-ным раствором салициловой кислоты, которые окрашивают нормальные и измененные участки. Это позволяет оценить особенности кровоснабжения патологических участков. В норме сосуды подлежащей стромы реагируют на воздействие кислоты спазмом и запусевают, временно исчезая из поля зрения. Патологически расширенные сосуды с морфологически измененной стенкой (отсутствие гладкомышечных элементов, коллагеновых, эластических волокон) остаются зияющими и выглядят кровенаполненными. Тест позволяет оценить состояние эпителия, который набухает и становится непрозрачным, приобретая беловатую окраску из-за коагуляции белков кислотой. Чем гуще белое прокрашивание пятен на шейке матки, тем более выражены повреждения эпителия. Следующий этап — это проведение **пробы Шиллера**. Шейку матки смазывают 3%-ным раствором Люголя. Йод окрашивает клетки здорового плоского эпителия шейки в темно-коричневый цвет равномерно; истонченные (атрофичные) и патологически измененные клетки шеечного эпителия не прокрашиваются (видны белые пятна на темно-коричневом фоне). Таким образом можно выявить зоны патологически измененного эпителия и обозначить необходимые участки для последующей биопсии шейки матки.

**Гистероскопия** делится на диагностическую и лечебную (операционную) (рис. 6). Это наиболее достоверный метод диагностики всех видов внутриматочной патологии, особенно при подозрении на злокачественный процесс.

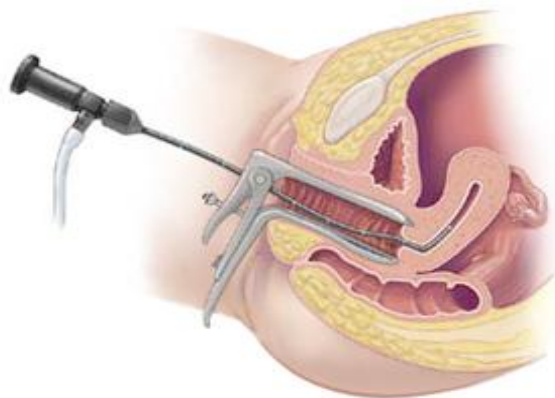


Рис. 6. Проведение гистероскопии

*Показания к диагностической гистероскопии:*

1. Нарушения менструального цикла в различные периоды жизни женщины (ювенильный, репродуктивный, перименопаузальный).
2. Кровянистые выделения в межменструальный период, в пери- и постменопаузе различного характера.
3. Подозрение:
  - на внутриматочную патологию (аденомиоз, полип эндометрия, рак эндометрия);
  - аномалии развития матки (седловидная, двурогая матка, наличие перегородки в полости матки и др.);
  - внутриматочные синехии;
  - остатки плодного яйца после прерывания беременности;
  - инородное тело в полости матки;
  - перфорацию стенки матки (после внутриматочных вмешательств, введения ВМС).
4. Уточнение расположения внутриматочного контрацептива при неудачной попытке его удаления в амбулаторных условиях.
5. Бесплодие в анамнезе.
6. Привычное невынашивание беременности.
7. Контрольное исследование полости матки после перенесенных операций на матке с целью уточнения состоятельности рубца на матке.
8. Оценка эффективности и контроль гормонотерапии, особенно после лечения гиперплазии эндометрия.
9. Осложненный послеродовой период (послеродовый эндометрит).

*Противопоказания к гистероскопии* те же, что и к любому оперативному вмешательству: общие инфекционные заболевания (грипп, ангина, пневмония, острый тромбофлебит, острый пиелонефрит или обострение



хронического и др.); острые воспалительные заболевания половых органов; III–IV степень чистоты влагалищных мазков; декомпенсированное состояние пациентки при хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов мочеотделения, печени и др.; беременность (желанная); распространенный рак шейки матки.

Гистероскопические операции разделяются на простые и сложные.

К **простым операциям** относятся: удаление небольших полипов, разделение тонких синехий, удаление небольшой внутриматочной перегородки, удаление без затруднений свободно лежащего в полости матки внутриматочного контрацептива, небольших субмукозных миоматозных узлов на ножке, удаление гиперплазированной слизистой оболочки матки, остатков плацентарной ткани, плацентарных полипов и плодного яйца.

К **сложным операциям** относятся: удаление больших пристеночных фиброзных полипов эндометрия, рассечение плотных фиброзных и фиброзно-мышечных синехий, рассечение широкой внутриматочной перегородки, миомэктомия, резекция (абляция) эндометрия, удаление инородных тел, внедрившихся в стенку матки (производится гистерорезектоскопия).

*Осложнения при проведении гистероскопии:* осложнения анестезиологического пособия, сердечная аритмия вследствие метаболического ацидоза, газовая эмболия, воздушная эмболия, хирургические осложнения (перфорация матки, кровотечение).

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Метросальпингография** применяется для диагностики проходимости маточных труб, спаечного процесса в матке и малом тазу, для выявления анатомических изменений в полости матки и наличия синехий в полости матки. Используют водорастворимые контрастные вещества (веротраст, уро-траст, верографин и др.). Данное обследование проводится на 5–7-й день менструального цикла в амбулаторных условиях или в стационаре после предварительного обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, мазок на флору, флюорография).

**Рентгенографическое исследование черепа** применяется для диагностики нейроэндокринных заболеваний, особенно при наличии бесплодия в анамнезе. Рентгенологическое исследование формы, размеров и контуров турецкого седла — костного ложа гипофиза — позволяет диагностировать опухоль гипофиза, признаками которой являются остеопороз или истончение стенок турецкого седла, симптом двойных контуров. Патологические пальцевые вдавления на костях свода черепа, выраженный сосудистый рисунок свидетельствуют о внутричерепной гипертензии. При подозрении на опухоль гипофиза по данным рентгенологического исследования может быть рекомендовано проведение КТ черепа.

**КТ** — вариант рентгенологического исследования, позволяющий получить продольное изображение исследуемой области, срезы в сагиттальной, фронтальной или любой заданной плоскости. КТ дает полное пространственное представление об исследуемом органе, патологическом очаге, информацию о плотности определенного слоя, позволяя судить о характере поражения. При КТ изображения изучаемых структур не накладываются друг на друга, и это дает возможность дифференцировать изображение тканей и органов по коэффициенту плотности. Минимальная величина патологического очага, определяемого с помощью КТ, составляет 0,5–1 см.

При функциональной гиперпролактинемии и пролактин секретирующей аденоме гипофиза КТ области турецкого седла является основным методом дифференциальной диагностики этой патологии.

**МРТ** основана на явлении ядерно-магнитного резонанса, который возникает при воздействии постоянных магнитных полей и электромагнитных импульсов радиочастотного диапазона. Для получения изображения при МРТ используется эффект поглощения энергии электромагнитного поля атомами водорода человеческого тела, помещенного в сильное магнитное поле. Компьютерная обработка сигналов позволяет получить изображение объекта в любой из пространственных плоскостей.

Безвредность метода обусловлена тем, что сигналы магнитного резонанса не стимулируют каких-либо процессов на молекулярном уровне. По сравнению с другими лучевыми методами МРТ обладает рядом преимуществ: отсутствие ионизирующего излучения, возможность получать одновременно множество срезов исследуемого органа.

## ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Различные патологические состояния органов репродуктивной системы могут быть обусловлены хромосомными аномалиями, генными мутациями и наследственной предрасположенностью к заболеванию (могут наследоваться по аутосомно-доминантному или аутосомно-рецессивному типу).

Цитогенетические исследования проводят генетики. Показаниями являются:

- отсутствие и задержка полового развития;
- аномалии развития половых органов;
- первичная аменорея;
- привычное невынашивание беременности малых и больших сроков;
- бесплодие идиопатического генеза;
- нарушение строения наружных половых органов.

Маркерами хромосомных аномалий являются множественные, иногда стертые (не видимые невооруженным глазом) соматические аномалии развития (стигмы) и дисплазии, а также изменение полового хроматина, который опре-

деляют в ядрах клеток поверхностного эпителия слизистой оболочки внутренней поверхности щеки и снимают шпателем (скрининг-тест). Диагноз хромосомных аномалий устанавливается только после определения кариотипа.

Показаниями к определению кариотипа являются отклонения в количестве полового хроматина, низкий рост, аномалии развития и дисплазии, пороки развития, множественные уродства или самопроизвольные выкидыши в ранние и поздние сроки беременности в анамнезе, мертворождение, неразвивающаяся беременность, антенатальная гибель плода. Определение кариотипа является обязательным при обследовании пациенток с дисгенезией гонад.

## **ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Обследование детей с гинекологическими заболеваниями имеет некоторые особенности по сравнению с обследованием взрослых женщин. Общее обследование девочек следует начать с выяснения жалоб, анамнеза жизни и заболевания. Нужно выяснить возраст ребенка, здоровье родителей, течение беременности и родов у матери, детально выяснить перенесенные ребенком заболевания в период новорожденности, в раннем и более позднем возрасте, реакцию организма ребенка на перенесенные заболевания (температура, сон, аппетит, поведение и т. д.). Важно также выяснить условия быта, питания, режим дня, как ведет себя ребенок в коллективе, со своими сверстниками, была ли раньше госпитализация в стационар, по поводу чего, какое было лечение проведено.

Важно уделить внимание периоду полового созревания, становлению менструальной функции, времени ее восстановления (сразу или через какое-то время), выделениям из влагалища, несвязанным или связанным с менструациями.

Объективно необходимо оценить основные показатели физического развития (рост, масса тела, окружность грудной клетки, размеры таза, строение скелета), развития подкожно-жировой клетчатки и молочных желез; далее приступить к общему осмотру по органам и системам. Нужно оценить внешний вид, характер кожных покровов, степень оволосения (по женскому типу — горизонтальная линия роста волос; по мужскому типу — в виде треугольника с переходом на белую линию живота и внутренние поверхности бедер), строение клитора, больших и малых половых губ, девственной плевы, их окраску, цвет слизистой оболочки входа во влагалище, выделения из половых путей. Пенисообразный клитор в сочетании с оволосением по мужскому типу в детском возрасте свидетельствует о врожденном андрогенитальном синдроме, рост клитора в период полового созревания — о неполной форме тестикулярной феминизации или вирилизирующей опухоли го-

над. «Сочный» гимен, отечность вульвы, малых половых губ и их розовый цвет в любом возрасте свидетельствуют о гиперэстрогении. При гипоэстрогении наружные половые органы недоразвиты, слизистая оболочка вульвы тонкая, бледная и суховатая. При гиперандрогении в период полового созревания отмечаются гиперпигментация больших и малых половых губ, оволосение по мужскому типу, незначительное увеличение клитора.

Гинекологическое обследование необходимо провести по следующему плану: общий осмотр, визуальный осмотр таза, осмотр и оценка развития вторичных половых признаков; осмотр, пальпация и перкуссия живота, при подозрении на беременность — аускультация.

При специальном гинекологическом обследовании необходимо осмотреть наружные половые органы, наличие или отсутствие девственной плевы, область заднепроходного отверстия. При подозрении на инородное тело (при наличии соответствующего анамнеза) нужно провести вагиноскопию. При необходимости следует произвести ректально-абдоминальное исследование.

Желательно перед обследованием опорожнить кишечник (очистительная клизма) и мочевой пузырь. Девочек младшего возраста (до 3 лет) можно осматривать на пеленальном столике, девочек более старшего возраста — на гинекологическом кресле или специальном детском гинекологическом кресле, если таковое имеется. При обследовании девочек обязательно присутствие матери, ближайших родственников или опекуна.

**Вагиноскопия** — исследование влагалища и шейки матки с помощью вагиноскопа и детских влагалищных зеркал с осветителями. Она проводится девочкам любого возраста. Оцениваются состояние слизистой оболочки влагалища, величина, форма шейки матки и наружного зева, наличие и выраженность симптома «зрачка», патологические процессы в области шейки матки и влагалища, наличие или отсутствие инородного тела, имеющиеся пороки развития.

**Двуручное ректально-абдоминальное исследование** производится всем девочкам с гинекологическими заболеваниями (рис. 7).



Рис. 7. Ректально-абдоминальное исследование

При ректальном исследовании выясняется состояние влагалища: наличие инородного тела, опухолей, возможное скопление крови. Необходимо определить состояние матки, придатков, клетчатки и смежных органов. При пальпации матки определяют ее положение, подвижность, болезненность, соотношение размеров шейки и тела матки и выраженность угла между ними. При обнаружении увеличенного с одной стороны яичника делают УЗИ и повторно осматривают после окончания менструации с повторным проведением УЗИ.

У детей младшего возраста (до 3–4 лет) с травмами гениталий и у девочек более старшего возраста при подозрении на опухоль в малом тазу при необходимости ректально-абдоминальное исследование проводится под наркозом.

При осмотре нужно тщательно соблюдать правила асептики и антисептики из-за высокой восприимчивости детских гениталий к инфекциям. Кроме того, в зависимости от характера заболевания применяют дополнительные методы исследования.

**Методы функциональной диагностики и гормональные исследования**, описанные выше, используют у девочек с ювенильными маточными кровотечениями, при патологии периода полового созревания и при подозрении на гормонально-активные опухоли яичников.

**Зондирование влагалища и полости матки** показано для диагностики пороков развития, инородного тела, при подозрении на гемато- или пиометру.

**Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки с гистероскопией** показано для остановки маточного кровотечения, если не помогают консервативные, в том числе гормональные методы лечения, а также с диагностической целью при скудных длительных кровяных выделениях у пациенток с продолжительностью заболевания более 2 лет. Диагностическое выскабливание делают под масочным или внутривенным обезболиванием. Шейку матки обнажают детскими зеркалами с осветительной системой. В цервикальный канал вводят расширители Гегара до № 8, соскоб эндометрия производится маленькой кюреткой № 1, 2. При соблюдении всех правил при выполнении диагностического выскабливания целостность девственной плевы обычно не нарушается.

**Эндоскопические методы (гистероскопия, лапароскопия)** проводятся также, как у взрослых.

**УЗИ внутренних половых органов.** УЗИ малого таза широко применяют в связи с безопасностью, безболезненностью и возможностью динамического наблюдения. Оно позволяет диагностировать пороки развития гениталий, опухоли яичников и другие гинекологические заболевания. Проводится трансабдоминальным путем при наполненном мочевом пузыре, при необходимости можно провести трансректальное исследование.

**Рентгенографические и рентгеноконтрастные методы исследования.** В детской гинекологии применяется рентгенологическое исследование черепа, используется КТ и МРТ. Важное значение имеет рентгенологическое исследование кистей рук для определения костного возраста и его сопоставление с паспортными данными. Все определяется по специально разработанным таблицам, в которых указаны сроки и последовательность появления ядер окостенения и закрытия зон роста в зависимости от возраста.

Кроме того, широко применяется **цитогенетическое исследование** — определение полового хроматина, по показаниям — кариотипа. Оно показано при нарушениях соматического и полового развития (нарушение половой дифференцировки, задержка полового развития и др.).

**Лабораторные методы исследования.** Материалом для бактериоскопического исследования служат выделения из половых путей. Отделяемое влагалища исследуют у всех девочек, мамы которых обратились за помощью к гинекологу. При необходимости исследуют выделения из смежных органов (уретра, прямая кишка), по показаниям — отделяемое из зева и носа. Отделяемое берут желобоватым зондом или резиновым катетером. При взятии выделений из уретры инструменты вводятся в нее на глубину примерно 0,5 см, в прямую кишку — на глубину около 2–3 см, а во влагалище — по возможности до заднего свода. Результаты исследования необходимо оценивать с учетом возраста девочки.

## МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Мазок** — это один из методов обследования в гинекологии, который позволяет выявить заболевания воспалительного или невоспалительного генеза женской половой сферы (бактериальный вагиноз, молочница, вагинит, инфекции, передающиеся половым путем, опухоли шейки матки и др.).

Различают два основных типа мазка: мазок на флору (исследование микробов, находящихся в соскобе) и онкоцитологию (исследования тканей шейки матки, взятых при соскобе). Каждый из этих мазков предназначен для выявления определенных состояний или заболеваний.

### МАЗОК НА ФЛОРУ

**Мазок на флору (общий мазок, бактериоскопия)** — это лабораторное микроскопическое исследование, которое позволяет определить характер микрофлоры влагалища, канала шейки матки или уретры (мочеиспускательного канала) (рис. 8). Микрофлора женских половых органов представлена преимущественно лактобациллами, поддерживающими во влагалище кислую среду, препятствующую размножению патогенных микроорганизмов.

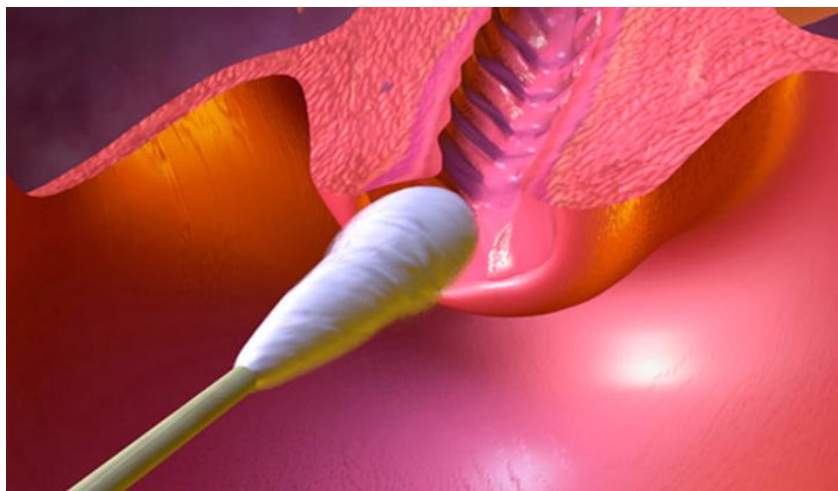


Рис. 8. Взятие мазка на флору

Мазок на микрофлору делают с целью диагностики и профилактики воспалительных заболеваний женской половой сферы и в диагностических целях при наличии следующих симптомов:

- боль или чувство дискомфорта внизу живота;
- подозрительные выделения из половых органов;
- зуд в области половых органов.

Как правило, если женщину ничего не беспокоит, мазок на микрофлору делают один раз в год. Мазок на флору рекомендуется делать всем женщинам, планирующим беременность, а также после длительного лечения антибиотиками или лекарствами, снижающими иммунитет (кортикостероиды, противоопухолевые средства и др.).

**Подготовка к сдаче мазка.** Для получения более достоверных результатов за 3–4 дня до сдачи мазка женщине следует соблюдать несколько условий: не вступать в половой контакт, не пользоваться лубрикантами, свечами, не принимать антибиотики, не делать спринцевания. Лучше всего мазок сдавать сразу после менструации, оптимально на 5–6-й день. За два-три часа до взятия мазка не рекомендуется мочиться. Мазок на флору забирается стерильным ватным тампоном, специальным шпателем, ложкой Фолькмана, можно цитощеткой из трех мест: со слизистой оболочки влагалища (задний свод), цервикального канала шейки матки и уретры. Влагалище обозначается буквой V, цервикальный канал шейки матки — С, уретра — U.

В мазке на флору обнаруживаются следующие клетки:

1. Плоский эпителий. Это клетки, выстилающие внутреннюю поверхность влагалища и шейки матки. В норме количество эпителия в мазке зависит от фазы менструального цикла женщины. Наличие большого количества плоского эпителия в мазке может указывать на наличие воспалительного процесса (вагинит — воспаление влагалища, цервицит — воспаление цервикального канала шейки матки, уретрит — воспаление мочеиспускательного канала). Отсутствие эпителия в мазке указывает на нарушение гормонального фона.

2. Лейкоциты. Присутствие небольшого количества лейкоцитов в мазке допустимо (не более 10), так как лейкоциты участвуют в уничтожении болезнетворных бактерий — в фагоцитозе. Повышенное содержание лейкоцитов в мазке говорит о воспалительном процессе.

3. Грамположительные палочки (лактобациллы Додерлейна, влагалищные палочки). Это «полезные» лактобактерии, которые составляют нормальную микрофлору влагалища. В норме в мазке присутствует большое количество таких палочек. Снижение их количества является одним из признаков бактериального вагиноза или дисбиоза влагалища.

4. Слизь. Это продукт работы желез влагалища и цервикального канала. В норме в мазке содержится небольшое количество слизи.

В мазке могут содержаться и другие патогенные микроорганизмы: трихомонада (*trichomonas vaginalis* — возбудитель урогенитального трихомониаза), кандиды (*candida* — дрожжеподобный грибок, возбудитель молочницы), гонококки (палочки Нейссера — возбудитель гонореи), мелкие палочки (гарднерелла — возбудитель бактериального вагиноза) и др.

Различают 4 степени чистоты влагалища (табл. 2). Степень чистоты влагалища — это показатель, который указывает на соотношение «полезных» и патогенных бактерий во влагалище.

Таблица 2

Степени чистоты влагалища

Степень чистоты влагалища	Характеристика
I	В мазке содержится большое количество палочек Додерлейна, небольшое количество плоского эпителия; I степень чистоты влагалища говорит о хорошем состоянии микрофлоры влагалища и характерна для полностью здоровых женщин
II	В мазке определяется небольшое количество кокков, однако, преобладают палочки Додерлейна; II степень чистоты влагалища также наблюдается у многих здоровых женщин
III	В мазке содержится небольшое количество палочек, преобладает кокковая флора, содержится повышенное количество лейкоцитов (более 10 в поле зрения); III степень чистоты влагалища указывает на наличие воспалительного процесса (кольпит)
IV	В мазке практически отсутствуют палочки Додерлейна, обильная кокковая флора и большое количество лейкоцитов; IV степень чистоты влагалища указывает на воспалительный процесс

Обнаружение в мазке специфических или неспецифических возбудителей помогает определиться с дальнейшей тактикой лечения обследуемых женщин (табл. 3).



**Нормальное соотношение микроорганизмов во влагалище**

<b>Микроорганизмы</b>	<b>Норма, КОЕ</b>
Бифидобактерии	До $10^7$
Лактобактерии	До $10^9$
Грибы кандиды	До $10^4$
Кишечная палочка	До $10^4$
Энтерококк	До $10^5$
Гарднерелла	До $10^5$
Стафилококк	До $10^4$
Стрептококк	До $10^5$
Микоплазма	До $10^3$
Коринебактерия	До $10^7$
Клостридия	До $10^2$

Увеличение количества эпителия и лейкоцитов является признаком острого или хронического воспаления. Слизь в норме присутствует только во влагалище, обнаружение ее в уретре свидетельствует о возможном воспалении нижних отделов мочевыделительной системы. Кокковая флора в норме должна отсутствовать в уретре, а во влагалище допустимо лишь небольшое количество этих микроорганизмов у женщин, живущих половой жизнью. Увеличение количества кокков (нарушение биоценоза влагалища) является причиной снижения палочковой флоры и изменения степени чистоты влагалища.

**МАЗОК НА ЦИТОЛОГИЮ**

**Мазок на цитологию (мазок по Папаниколау, Пап-тест, мазок на атипичные клетки)** — это микроскопическое исследование, производимое с целью ранней диагностики рака шейки матки. Патологический процесс распознают по морфологическим особенностям клеток, количественному соотношению отдельных клеточных групп, расположению клеточных элементов в препарате. Цитологическому исследованию подвергают клетки в мазках из шейки матки, в пунктате из брюшной полости или аспирате из полости матки.

Мазок на цитологию назначается в следующих случаях:

- нарушение менструального цикла (задержка менструации, уменьшение или увеличение продолжительности цикла и т. д.);
- бесплодие;
- планирование беременности;
- различные воспалительные заболевания, вызванные вирусами (генитальный герпес, генитальные бородавки или остроконечные кондиломы и др.);
- появление выделений из половых путей;
- длительный прием гормональных препаратов;
- перед установкой внутриматочной спирали;
- при профилактических осмотрах.

Цитологическое исследование мазков из шейки — это скрининговый метод.

**Подготовка к сдаче мазка.** Для получения достоверных результатов исследования за сутки перед сдачей мазка не следует вступать в половые контакты, пользоваться вагинальными кремами или свечами, спринцеваться. За 2–3 часа до сдачи мазка не следует мочиться. Как правило, мазок на цитологию необходимо сдавать на 4–5-й день менструального цикла (за начало менструального цикла принимается первый день начала менструации). При необходимости можно взять мазок и в другие дни менструального цикла, кроме периода овуляции на 14–15-й день и менструации). Мазок на цитологию берут с поверхности шейки матки (эктоцервикс) и из цервикального канала (эндоцервикс), тщательно проходя цитощеткой по всем стенкам цервикального канала (круговые движения по часовой стрелке не менее 2 раз).

После получения материала мазок наносят на два предметных стекла (цитощетку помещают между стеклами, и материал тщательно переносят на стекла), после чего отправляют в лабораторию для исследования.

В зависимости от полученных результатов исследования выделяют 5 классов состояния шейки матки (табл. 4).

Таблица 4

**Классы состояния шейки матки**

Класс	Характеристика
1	Все клетки соскоба имеют нормальный размер, форму, расположение
2	Воспалительные изменения половых органов (кольпит, цервицит)
3	В мазке имеются единичные подозрительные клетки. В данном случае необходимо дополнительное исследование шейки матки (повторная цитология или биопсия шейки матки)
4	В мазке присутствует небольшое количество раковых клеток
5	В мазке присутствует большое количество раковых клеток, большая вероятность рака шейки матки

Процедура взятия мазка на цитологию практически безболезненна, а осложнения после нее крайне редки. Иногда (в норме) возможно появление небольшого количества кровянистых выделений из половых путей, которые самостоятельно проходят через 1–2 дня.

**Цитологическое заключение.** Оно может содержать следующие данные:

1. Мазок из цервикального канала шейки матки: в полученном материале обнаружены клетки цилиндрического эпителия, без особенностей. Могут встречаться клетки метаплазированного эпителия. Это вариант нормы, свидетельствует о том, что мазок взят из переходной зоны, где цилиндрический эпителий канала шейки матки переходит в многослойный плоский эпителий, покрывающий влагалищную часть шейки матки.

2. Мазок из влагалищной части шейки матки: в полученном материале отмечаются клетки многослойного плоского эпителия поверхностных слоев, без особенностей.

**Мазок может выявить** следующие заболевания:

1. *Воспаление.* При любом воспалительном процессе во влагалище или цервикальном канале в мазке на онкоцитологию выявляются изменения (воспалительный тип мазка). Чаще всего обнаруживаются большое количество лейкоцитов или патогенные микроорганизмы — грибы, трихомонады, гарднереллы. Клетки эпителия шейки матки и цервикального канала в случае воспаления могут выглядеть аномально, но после противовоспалительной терапии возвращаются в норму.

2. *Дисплазия (цервикальная интраэпителиальная неоплазия).* При исследовании мазка на онкоцитологию могут быть выявлены изменения клеток шейки матки (наличие нетипичных клеток на шейке матки), характерные для дисплазии различной степени тяжести (рис. 9). Дисплазия легкой степени — признак воспалительного процесса, лечится антибактериальными и противовоспалительными средствами. После проведенного противовоспалительного лечения мазок на онкоцитологию сдается повторно, обычно через 4 недели после окончания терапии. В течение этих 4 недель пациентка не должна принимать антибактериальные препараты и санировать влагалище.



Рис. 9. Степени дисплазии шейки матки

Дисплазия умеренной и тяжелой степеней является предраковым состоянием и требует обязательного дополнительного обследования — биопсии шейки матки, которая заключается во взятии небольшого фрагмента ткани из пораженного участка, и отдельного диагностического выскабливания цервикального канала и слизистой полости матки. Это необходимо для точного выявления патологического процесса в шейке матки и для принятия решения о дальнейшей тактике лечения. При подтвержденной умеренной или тяжелой степени дисплазии применяются хирургические методы лечения: прижигание, удаление пораженной части шейки матки, конизация шейки матки. Пациентку обязательно направляют на консультацию к онкогинекологу для определения дальнейшего лечения.

3. *Папиллома вирусная инфекция.* Достаточно часто в мазке на онкоцитологию выявляют признаки папиллома вирусной инфекции. Вирус папилломы человека (ВПЧ) — это группа вирусов, которые могут поражать эпителий половых органов, являются частой причиной появления кондилом в области наружных половых органов, а также считаются фактором риска развития рака шейки матки. При инфицировании ВПЧ клетки шейки матки уменьшаются в размерах и приобретают светлый «ободок», из-за чего кажутся пустыми. Такие клетки называют *койлоцитами*. Именно обнаружение в мазке на онкоцитологию койлоцитов позволяет врачу-цитологу поставить диагноз ВПЧ.

4. *Гиперкератоз.* Это появление в мазке на онкоцитологию чешуек плоского эпителия. Эти клетки обычно обнаруживаются при лейкоплакии шейки матки. Лейкоплакия — доброкачественное поражение шейки, характеризующееся наличием на ее поверхности белого участка, который выявляется при кольпоскопии. Если в мазке на онкоцитологию определяются единичные чешуйки плоского эпителия и при кольпоскопии изменений на шейке матки не выявлено, то диагностического значения гиперкератоз не имеет, такой анализ считается нормальным.

5. *Рак шейки матки.* Выявление в мазке на онкоцитологию атипичных раковых клеток свидетельствует о наличии рака шейки матки и требует консультации пациентки у онкогинеколога с повторным пересмотром мазков (рис. 10). Обязательно проводится кольпоскопия, она дает возможность увидеть патологически измененные участки, оценить их размер, степень выраженности, расположение. Дальнейшее лечение проводится онкогинекологами.

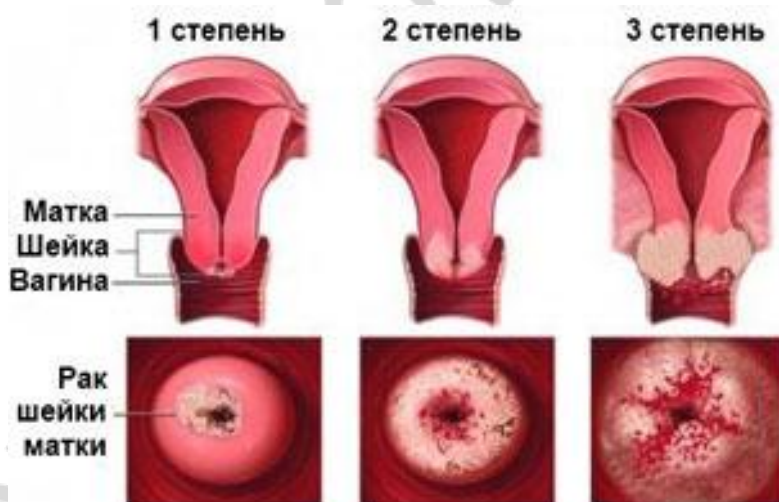


Рис. 10. Стадии рака шейки матки

## МАЛЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

### ТКАНЕВАЯ БИОПСИЯ

Биопсия — это взятие небольшого участка ткани для диагностического исследования. Выделяют следующие виды биопсии в гинекологии:

- эксцизионная или ножевая (иссечение кусочка ткани) с ушиванием или без иссеченного участка (рис. 13);
- прицельная под контролем расширенной кольпоскопии (производится конхотомом);
- пункционная.

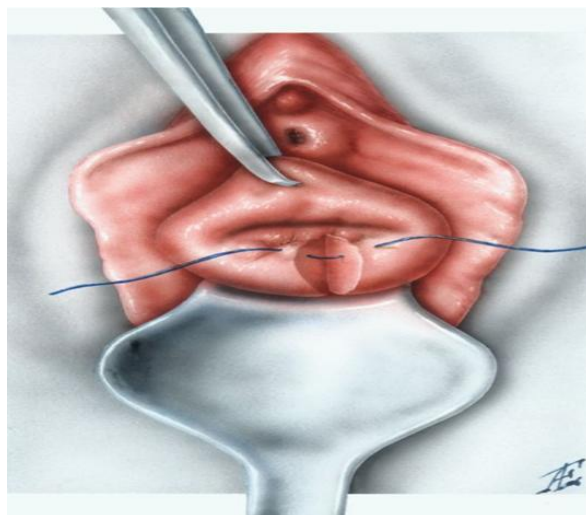


Рис. 13. Эксцизионная биопсия шейки матки

### ЗОНДИРОВАНИЕ МАТКИ

Зондирование матки является инвазивным методом диагностики, используемым для установления положения и направления полости матки, ее длины непосредственно перед выполнением малых операций (рис. 14). Его можно проводить как в операционной, так и в манипуляционных кабинетах. Исследование противопоказано при подозрении на беременность, кольпите, острых воспалительный процессах.

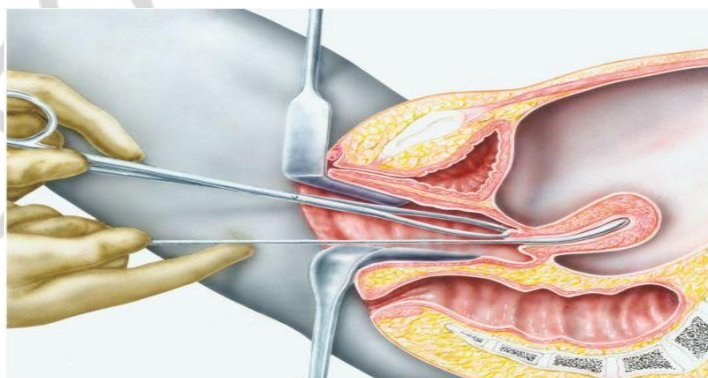


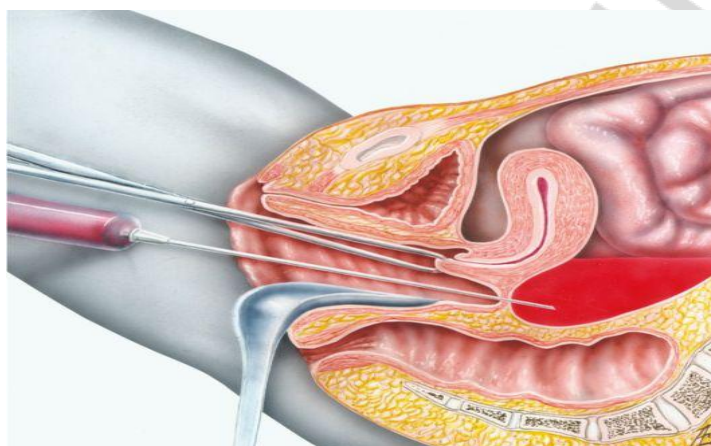
Рис. 14. Зондирование матки



Техника проведения манипуляции: после обнажения шейки матки в зеркалах шейку фиксируют щипцами и слегка потягивают кпереди. Маточный зонд вводится через цервикальный канал в полость матки, его кривизна должна совпадать с изгибом матки. Зонд осторожно продвигается до дна матки, где измеряется ее длина.

### **Пункция брюшной полости через задний свод влагалища**

Пункция выполняется для диагностики наличия или отсутствия свободной жидкости (кровь, гной) в полости малого таза (при подозрении на внематочную беременность, апоплексии яичника, внутрибрюшном кровотечении, наличии tuboовариального образования), для подтверждения пельвиоперитонита или общего перитонита (рис. 15).



*Рис. 15.* Пункция брюшной полости через задний свод

Манипуляция производится в операционной или манипуляционном кабинете на гинекологическом кресле под местной анестезией 0,25%-ным раствором прокаина (новокаина), лидокаина или под внутривенным обезболиванием. Вначале обрабатывают наружные половые органы и влагалище дезинфицирующим средством. Затем, обнажив влагалищную часть шейки матки зеркалами, захватывают заднюю губу пулевыми щипцами (в вертикальном направлении) и подтягивают шейку кпереди (на себя). Потом в задний свод строго под задней губой шейки матки, по средней линии, в место, где больше всего имеется выпячивание заднего свода влагалища или где пальпаторно определили выпячивание, вводят иглу длиной 10–12 см, надевшую на 5–10-миллилитровый шприц. Игла должна проникнуть на глубину 2–3 см параллельно задней поверхности шейки матки (почувствуется «провал»). Нужно медленно вытягивать поршень, чтобы всасывалось в шприц содержимое из брюшной полости. Затем необходимо оценить характер полученной жидкости, цвет, прозрачность. При необходимости нужно произвести бактериоскопическое, цитологическое исследование мазков или биохимическое исследование пунктата.

Данную манипуляцию при необходимости можно проводить под контролем УЗИ. В гинекологии пункция заднего свода также используется при воспалительных заболеваниях придатков матки (гидросальпинкс, пиосальпинкс, гнойное tuboовариальное образование), кистах яичников, особенно когда необходимо произвести в дальнейшем оперативное лечение.

### **ВЫСКАБЛИВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ МАТКИ**

Выскабливание слизистой полости матки — инструментальное удаление функционального слоя слизистой оболочки матки вместе с возможными патологическими образованиями. Данное исследование производят как с лечебной, так и с диагностической целью (рис. 11).



*Рис. 11.* Выскабливание слизистой полости матки

#### *Показания:*

- маточные кровотечения;
- аномальные маточные кровотечения;
- патология эндометрия или подозрение на злокачественную опухоль эндометрия;
- неполный аборт;
- плацентарный полип после аборта или родов;
- остатки плодного яйца после инструментального или медикаментозного аборта.

*Противопоказания:* острые воспалительные процессы в половых органах за исключением тех случаев, когда выскабливание производится с лечебной целью, например, при остром эндометрите на фоне задержки плацентарной ткани.

#### *Условия для проведения операции:*

- отсутствие видимых очагов воспаления;
- стабильная гемодинамика;
- полученное информированное согласие пациентки на проведение манипуляции.

*Метод обезболивания:* внутривенный наркоз.

*Этапы операции:*

- обработка наружных половых органов и влагалища;
- обнажение шейки матки с помощью зеркал и ее обработка спиртом;
- фиксация шейки пулевыми щипцами;
- измерение длины полости матки маточным зондом;
- введение расширителей Гегара в цервикальный канал;
- выскабливание слизистой оболочки полости матки кюреткой № 2, 4, 6;
- обработка шейки матки и снятие инструментов.

Обязательно перед манипуляцией производится двуручное влагалищное исследование для определения величины и положения матки. После обработки наружных половых органов шейку матки обнажают ложкообразными зеркалами, которые затем передают ассистенту. Шейку матки необходимо захватить одним, при необходимости двумя пулевыми щипцами и подтянуть ко входу во влагалище. Пулевые щипцы нужно переложить в левую руку. С помощью маточного зонда определяют длину и направление полости матки. В большинстве случаев матка находится в положении *anteflexio versio*, поэтому все инструменты вводят в матку вогнутостью кпереди. При положении *retroflexio uteri* направление инструментов должно быть кзади во избежание перфорации стенок матки.

Далее в цервикальный канал вводят металлические расширители Гегара (чаще всего до № 10–11) до величины, соответствующей наибольшей кюретке, которая будет применяться. Расширители вводят, начиная с малого размера, без усилия, чтобы не произвести перфорацию стенки матки, и продвигают вперед до тех пор, пока он не преодолет препятствие внутреннего зева. Каждый расширитель оставляют в канале на несколько секунд, чтобы следующий по размеру расширитель входил без затруднений. Если последующий расширитель невозможно ввести, то следует еще раз ввести предыдущий.

Далее производится выскабливание кюреткой слизистой цервикального канала и полости матки. Сначала выскабливают слизистую оболочку цервикального канала, не заходя за внутренний зев. Затем выскабливают слизистую оболочку полости матки (не наоборот!). Движение кюретки вперед должно быть осторожным до дна матки, обратное движение выполняется более энергично, с надавливанием на стенку матки, при этом захватывают и удаляют части слизистой оболочки или плодного яйца. Выскабливают последовательно переднюю, заднюю, боковые стенки и углы матки, постепенно уменьшая размеры кюреток. Выскабливание выполняют до появления ощущения, что стенка матки стала гладкой (появляется «хруст» и в выделениях появляются пузырьки).

Особенности выскабливания стенок полости матки зависят от характера патологического процесса. Неровную, бугристую поверхность полости матки можно наблюдать при интерстициальной или субмукозной миоме. В этих случаях выскабливание следует выполнять осторожно, чтобы не повредить капсулу миоматозного узла. Такое повреждение может вызвать кро-



вотечение, некроз узла и его инфицирование. Однако возможно удаление всего узла, если его размеры малы.

При аденокарциноме эндометрия соскоб может быть очень обильным, крошковидным, и, если опухоль прорастает на всю толщину стенки матки, при выполнении операции стенку матки можно травмировать кюреткой.

Выскабливание всегда необходимо проводить осторожно, чтобы не повредить нервно-мышечный аппарат матки.

После выскабливания пулевые щипцы снимают, а зеркала удаляют. Соскоб тщательно собирают в емкость с 10%-ным раствором формалина и отправляют на гистологическое исследование. В направлениях на гистологическое исследование отмечают, из какой части был получен соскоб: 1 — цервикальный канал, 2 — полость матки.

*Осложнения после выскабливания стенок матки:* перфорация матки, обострение воспалительных заболеваний внутренних половых органов, развитие внутриматочных синехий.

*Особенности послеоперационного периода.* Антибактериальная терапия проводится по показаниям. Пациентке в течение 2 недель после операции следует воздержаться от половой жизни.

### АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Аспирационную биопсию эндометрия используют как скрининговый метод анализа состояния эндометрия при динамическом наблюдении за эффективностью гормональной терапии, как метод контроля за состоянием эндометрия при проведении консервативного лечения гиперплазии эндометрия, для получения ткани чаще всего у пациенток с декомпенсированными хроническими заболеваниями, которым противопоказано оперативное лечение, с целью микроскопического исследования (рис. 12).



Рис. 12. Аспирационная биопсия эндометрия

Метод минимально инвазивен и позволяет определить выраженность пролиферативных изменений эндометрия.

Материал из полости матки получают следующим способом: после определения размера и положения матки во влагалище вводятся зеркала, шейка матки обнажается, обрабатывается спиртом, фиксируется пулевыми щипцами; маточным зондом определяется длина полости матки; затем вводится аспирационный зонд в полость матки и производится аспирация ее содержимого. После извлечения зонда из матки полученный материал — аспират — собирается в пробирку с формалином и наносится на предметное стекло. Полученный материал отправляется в цитологическую и гистологическую лаборатории.

**Интерпретация результатов аспирационной биопсии эндометрия.** Наличие в препаратах аспирата активно пролиферирующих клеток эндометрия в комплексных железистоподобных структурах является цитологическим признаком гиперплазии эндометрия. При его атрофии клеток эндометрия в препарате мало, они мелкие, мономорфные, расположены разрозненно.

Отсутствие признаков злокачественных изменений в материале, полученном методом аспирации (в основном это поверхностные клетки эндометрия), не гарантирует отсутствие злокачественного процесса в глубоких слоях слизистой оболочки. Поэтому диагностическое выскабливание предпочтительнее, даже если по данным цитологического исследования не обнаружены патологические изменения, но имеются клинические проявления заболевания эндометрия. Биопсия, так же как и цитологическое исследование, недостаточно информативна для точной диагностики гиперплазии эндометрия, поэтому лучше полное удаление эндометрия (выскабливание слизистой полости матки).

## ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

Сегодня существует большое количество разнообразных моделей ВМС, которые отличаются друг от друга по следующим признакам:

### **1. По форме (рис. 16):**

– *T-образные* — изготавливаются из полиэтилена с добавлением сульфата бария. Ножку контрацептива, в некоторых моделях и плечики контрацептива, обматывают медной проволокой. Диаметр проводника — 4,4 мм;

– *Ф-образные* — имеют меньший горизонтальный размер, чем другие ВМС, обладают повышенной гибкостью и не оказывают раздражающего действия на маточные углы. Шиловидные выступы на плечиках контрацептива уменьшают процент экспульсий, фиксируют контрацептив в максимально высоком положении и не растягивают матку. К такому виду ВМС относят Мультилоуд (Multiload Cu 250, Multiload Cu 375);

– *кольцеобразные* — это внутриматочные противозачаточные средства в виде пластикового замкнутого кольца с внутренним стержнем, вокруг которого размещена медь. Имеются модификации с серебряным сердечни-

ком в качестве протектора меди, что увеличивает срок эксплуатации до 7–8 лет. На нижнем полюсе кольца находится петля для крепления контрольных нитей. Кольцеобразная форма контрацептива практически исключает его экспульсию, что позволяет его применять непосредственно после аборта, в послеродовом периоде, а также у женщин с экспульсией ВМС других моделей в прошлом (в основном это многорожавшие женщины). Кольцеобразное ВМС Юнона Био-Т представлено двумя размерами: диаметр кольца № 1–18 мм (для нерожавших женщин), № 2–24 мм (для рожавших).

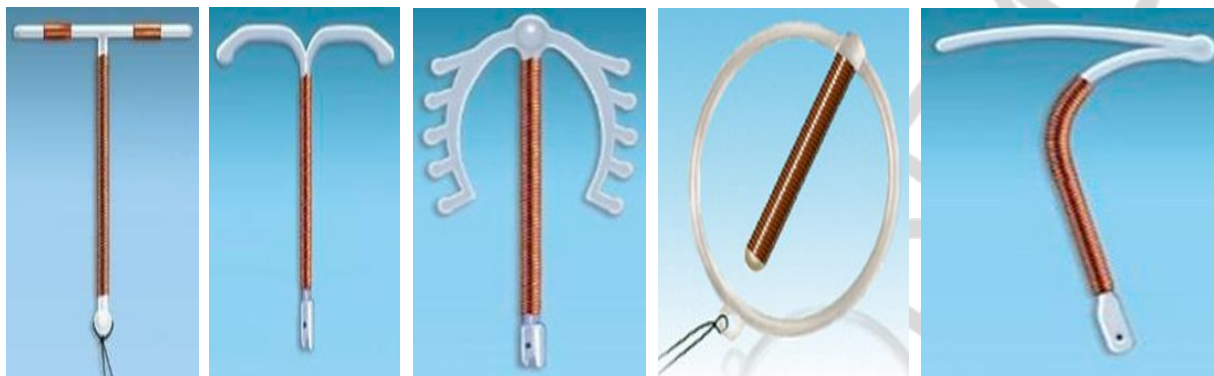


Рис. 16. Виды внутриматочных средств

## 2. По размеру:

- стандартные — для матки длиной по зонду 6–9 см;
- короткие — для матки длиной 5–7 см;
- мини-тип — для матки длиной менее 5 см.

Вертикальный размер указанных средств соответственно 35, 29 и 24 мм.

## 3. По количеству меди:

- с относительно низким содержанием меди;
- большим количеством меди (более 300 мм<sup>2</sup>).

Цифры в названии ВМС контрацепции обозначают величину площади медной поверхности в мм<sup>2</sup>.

## 4. По включению в контрацептив серебра, золота.

ВМС контрацепции с включением аналога женского полового гормона (прогестерона) относятся к третьему поколению средств контрацепции (ВМС «Мирена») (рис. 17).



Рис. 17. Внутриматочное средство «Мирена» (Левоноргестрел)

Этот внутриматочный контрацептив объединяет в себе преимущества гормональной и внутриматочной контрацепции. Применяется при гиперплазии эндометрия, полипозе эндометрия, может применяться у женщин с миомой матки и меноррагией. Диаметр проводника системы составляет 4,75 мм, размеры системы — 32 × 32 мм.

**Преимущества ВМС:**

- высокая эффективность. Частота наступления беременности очень низкая: 0,3 случая на 100 женщин;
- эффективное действие от 3 до 5–8 лет.
- женщины старше 40 лет могут не удалять ВМС еще в течение одного года после наступления менопаузы без неблагоприятных последствий;
- легкость введения (обычно во время менструации);
- может использоваться в качестве экстренной контрацепции на 5-й день после возможной овуляции (19-й день менструального цикла);
- низкая частота внематочной беременности на фоне ВМС.

*Необходимо помнить*, что ВМС должно вводиться в стерильных условиях. У пациенток не должно быть признаков инфекции, так как возможен восходящий путь инфицирования.

Молодые, сексуально активные женщины, а также те, кто имеет много партнеров, — группа повышенного риска инфекционных заболеваний.

Если беременность наступила на фоне ВМС, показано его осторожное удаление в ранние сроки беременности (если для этого имеются соответствующие условия). Должна быть исключена внематочная беременность.

Перфорация происходит редко (1 : 1000 введений) и обычно безболезненно. Нити ВМС исчезают, и для определения локализации ВМС показано УЗИ. Для извлечения ВМС необходимы лапароскопия или лапаротомия.

**Подготовка к введению ВМС и условия для их введения:**

- бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза для определения топографии, величины матки;
- исследование степени чистоты содержимого влагалища и отделяемого из цервикального канала;
- I–II степень чистоты, отсутствие воспалительного процесса в мочеполовых органах и кишечнике;
- отсутствие беременности.

Таким образом, женщине накануне постановки ВМС необходимо сдать общий анализ крови, исследовать мазок из влагалища на флору и онкоцитологию, пройти флюорографию, УЗИ органов малого таза.

**Сроки введения:**

- оптимальное время — последние дни менструации или первые дни после ее окончания для исключения возможности использования ВМС на фоне существующей, недиагностированной беременности;
- после неосложненного искусственного медицинского аборта — не ранее чем через 6 недель;

- после нормальных самопроизвольных родов — через 6 недель;
- после кесарева сечения — не ранее чем через 24 недели;
- в случае экстренной контрацепции — в пределах 5 дней после овуляции.

**Обезболивание.** В большинстве случаев ВМС вводят без анестезии. Может использоваться парацервикальная блокада при введении ВМС «Мирена», а также при установке ВМС у нерожавших женщин.

**Методика введения.** Техника установки разных типов ВМС отличается (разные вводные трубки, поршень проводника, тип упаковки), поэтому каждый раз следует знакомиться и придерживаться инструкции по технике введения контрацептива. В зависимости от модели ВМС используют различные техники заправки контрацептива в проводник и различные техники его введения:

1) техника «изъятия» используется при установке Т-образных и кольцеобразных ВМС;

2) техника «ретракции» используется при введении Ф-образных ВМС.

В целом методика введения заключается в следующем: производится бимануальное исследование для определения размеров и положения матки; после обработки наружных половых органов шейку матки обнажают в зеркалах и обрабатывают спиртом, фиксируют за переднюю губу пулевыми щипцами и низводят для выпрямления канала; определяют длину полости матки по зонду (рис. 18).



*Рис. 18.* Введение внутриматочного средства

На проводнике устанавливают указательное кольцо в соответствии с длиной полости матки по зонду. Проводник с ВМС вводят в цервикальный канал и продвигают в полость матки. При продвижении производятся бережные тракции проводника. После введения проводник медленно выводят из полости матки. Поршень при этом остается неподвижным и поддерживает контрацептив. В это время горизонтальные ветви Т-образного контрацептива

раскрываются в полости матки, что обеспечивает правильное положение ВМС и устраняет риск перфорации.

Затем тракцией вверх проводник возвращают в первоначальное положение при неподвижном поршне. Таким образом обеспечивается окончательное расположение контрацептива у дна матки (рис. 19). После этого поршень и проводник извлекают из полости матки, контрольные нити обрезают на расстоянии 2–3 см от наружного зева шейки матки. Пулевые щипцы снимают с шейки матки, стенки влагалища и шейку обрабатывают дезинфицирующим раствором, и извлекают зеркало из влагалища.

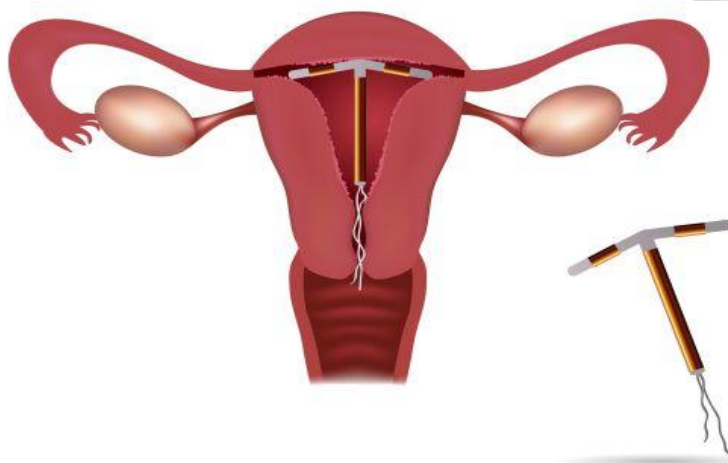


Рис. 19. Положение внутриматочного средства в полости матки

#### **Осложнения:**

1. *Болевой синдром.* У нерожавших и эмоциональных женщин при введении ВМС может развиваться вазо-вагальная реакция, причинами которой являются узость шейечного канала, сравнительно малые размеры матки, эмоциональные реакции, может появиться тошнота. Для профилактики вазо-вагальной реакции и устранения болезненности при установке (особенно внутриматочной системы «Мирена») рекомендуется парацервикальная анестезия: по 1–2 мл 1%-ного раствора лидокаина вводят парацервикально на 4 и 8 ч. Обезболивание наступает через 2–5 мин. При проведении анестезии необходимо следить за возможным появлением симптомов аллергии и интоксикации (тошнота, головная боль, головокружение, шум в ушах, покалывание в области губ), следовательно, обязательно нужно выяснить аллерго-анамнез.

При возникновении вазо-вагальной реакции, сильной боли сразу после введения контрацептива необходимо принять обезболивающие и спазмолитики. В дальнейшем женщина может принимать нестероидные противовоспалительные средства в течение 1–2 дней.

Сильная боль сразу после установки может возникать при использовании контрацептива большего размера или из-за его неправильного раскрытия в полости матки. В этих ситуациях необходимо сделать УЗИ, чтобы при-



нять решение о возможном удалении ВМС и повторном введении ВМС меньшего размера с четким соблюдением техники введения.

2. *Экспульсия.* Наблюдается чаще у небеременевших и юных. Иногда ВМС вводится на недостаточную глубину, необходим тщательный подбор его размера. При манипуляции используют пулевые щипцы, ВМС вводят при достижении проводником дна матки.

3. *Сукровичные или серозные выделения* в первые дни после введения. Лечение не требуется.

4. *Межменструальные умеренные кровотечения.* Они бывают очень редко. При использовании «Мирены» межменструальные кровянистые выделения и меноррагии практически исключены.

5. *Очень обильная меноррагия,* не поддающаяся лечению. Проявляется редко; в этом случае необходимо удаление спирали.

6. *Воспаление гениталий.* Возникает в 0,4–4,4 % случаев, при медьсодержащих ВМС воспаление встречается реже. Рекомендуется антибиотикотерапия и удаление ВМС.

7. *Перфорация матки.* Во время введения ВМС возникает менее чем в 3 случаях на 1000 введений.

Перфорация матки встречается и через длительные сроки после введения ВМС. Когда прободение происходит в направлении, отличном от плоскости введения, в том числе, когда вертикальная основа ВМС перфорирует шейку матки, можно предположить, что причиной перфорации были сильные сокращения матки, направленные на изгнание ВМС. Если перфорация возникла в плоскости введения ВМС, чаще это следствие частичной перфорации во время введения ВМС.

Нередко признаками частичной или полной перфорации матки бывают «потеря» нити ВМС и сложности при его удалении. В других случаях женщины испытывают боли в животе или в области малого таза, может возникнуть кровотечение. Если попытки обнаружить ВМС с помощью УЗИ не удаются, определить его положение необходимо рентгенологически. При нахождении ВМС в брюшной полости показано лапаротомическое или лапароскопическое его удаление. Объем операции индивидуален.

8. *Возникновение беременности на фоне ВМС.* Такой риск очень низкий. Если беременность донашивается, то увеличение частоты осложнений, как правило, не наблюдается. ВМС «рождается» вместе с последом. Удаление ВМС во время беременности может спровоцировать самопроизвольный выкидыш.

Памятка женщинам, применяющим ВМС, представлена в прил. 1.

**Методика удаления.** ВМС можно удалить в любой период менструального цикла. Оптимально это сделать во время менструации, в день максимального кровотечения. Для удаления необходимо захватить нить корнцангом и бережно ее потянуть, совершая тракцию. Тракцию нити из влагалища нужно осуществлять до тех пор, пока ВМС не выйдет полностью.

В 2 % случаев при удалении ВМС возможны сложности. Если ВМС не выходит легко, то для распрямления цервикального канала можно использовать пулевые щипцы. Если удаление все еще затруднено, можно предпринять попытку расширить шейку матки или, если удаление ВМС производится вне менструации, предложить женщине вернуться во время менструации, когда шейка, как правило, мягче.

При отрыве нитей во время удаления ВМС контрацептив в дальнейшем извлекают с использованием специального крючка, который аккуратно вводят через шейку в полость матки и поворачивают на 180–360°. Крючком обхватывают вертикальную основу ВМС, опускают крючок книзу, и он упирается в шарообразное утолщение на конце. После этого ВМС можно легко удалить через канал шейки матки.

Если при осмотре не удается обнаружить нити ВМС и женщина при этом отрицает экспульсию, следует провести УЗИ или R-исследование для определения наличия ВМС и его расположения. При выявлении перфорации стенки матки и интраперитонеального расположения ВМС его нужно удалить как можно раньше. Это особенно важно в случае медьсодержащего ВМС, потому что ионы меди способны вызывать локальное воспаление. Большинство интраабдоминальных ВМС можно удалить лапароскопически, но пациентку необходимо известить о возможном проведении лапаротомии для удаления ВМС при наличии интраабдоминальных осложнений, в том числе спайках сальника, перфорациях кишечника.

## СПОСОБЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Прерывать беременность на ранних сроках можно 3 способами: медикаментозным абортом, вакуум-аспирацией (мини-аборт) и выскабливанием полости матки.

**Медикаментозный аборт** является самым безопасным для женского здоровья методом прерывания беременности. В данном случае применяются фармакологические препараты. Это неинвазивный метод, более бережный и атравматичный. Прерывание беременности на ранних сроках таблетками возможно при наличии следующих условий: срок беременности не более 6 недель, размер плодного яйца не более 20 мм, т. е. данный метод можно использовать лишь в течение 49 дней от первого дня последней менструации. По истечении этого срока прием таблеток становится неэффективным, часто возникают осложнения.

Прием фармакологических препаратов *безопасен для слизистой оболочки матки*. Это значительно снижает вероятность развития в дальнейшем вторичного бесплодия. В отличие от хирургического прерывания беременности, возможность развития осложнений после приема таблеток для прерывания беременности на ранних сроках очень мала.



В таблетках содержится большое количество гормонов, которые приводят к гибели эмбриона. После этого происходит сильное сокращение матки и отторжение из ее полости плода.

Медикаментозное прерывание проводится без госпитализации в стационар. Организм женщины очень быстро восстанавливается.

**Препараты для медикаментозного аборта.** Для медикаментозного прерывания беременности используют антигестагены (они же антипрогестины). Это группа биологически активных веществ, которые подавляют действие естественных гестагенов на уровне рецепторов; в результате эндометрий теряет способность поддерживать развитие плодного яйца и удерживать растущий эмбрион. Представителем антипрогестинов является мифепристон (мифегин). Он повышает чувствительность миометрия к простагландинам, вызывает повышение уровня простагландинов в крови, способствует расширению цервикального канала и приводит к изгнанию плода. Его используют однократно в дозе 600 мг (3 таблетки). Препарат действует на протяжении трех суток. Спустя 36–48 ч после приема антигестагена назначают простагландины: миролют в дозе 400 мкг (2 таблетки). Это синтетический аналог простагландина Е, который активизирует и повышает сократительную способность матки, приводя к более быстрому изгнанию плодного яйца. Сочетание антипрогестерона с простагландином повышает эффективность медикаментозного метода прерывания беременности.

**Возможные осложнения:**

- продолжение беременности — случается редко, лишь в 1–2 % случаев;
- резкие, сильные боли внизу живота — необходимо назначить обезболивающие препараты;
- обильное маточное кровотечение, которое может быть следствием неполного удаления плодного яйца;
- озноб, слабость, повышение температуры тела;
- тошнота, рвота — в таких случаях может быть назначено повторное употребление препарата;
- сбои гормонального фона;
- обострение хронических воспалительных заболеваний мочеполовой системы (встречается очень редко).

**Этапы медикаментозного аборта:**

1. *Обследование.* Перед приемом таблеток для прерывания беременности необходимо сделать УЗИ для установления точного срока беременности, тест на беременность и пройти гинекологический осмотр. Пациентка будет ознакомлена с принципом действия препарата и техникой проведения аборта, после чего она должна подписать соглашение на проведение манипуляции.

2. *Аборт.* После приема таблеток пациентку в течение 2–4 ч постоянно наблюдают. Изгнание плодного яйца, сопровождающееся обильным кровотечением, может начаться уже спустя несколько часов после приема препаратов, а может затянуться на несколько дней.

3. *Контрольный осмотр.* Спустя 14 дней после аборта женщина должна посетить гинеколога, сделать УЗИ для подтверждения полного завершения аборта. В случае наличия остатков плодного яйца женщину госпитализируют в стационар для выскабливания слизистой полости матки. Возможно обнаружение кист желтого тела, которые могут сохраняться до 3 месяцев. Фертильность восстанавливается через 7 дней.

**Медикаментозный аборт противопоказан:**

- в случае наличия внематочной беременности или подозрения на нее;
- заболевания почек (почечная и надпочечниковая недостаточность);
- длительного приема кортикостероидных препаратов;
- наличия заболеваний, связанных с нарушением свертываемости крови;
- воспалительных заболеваний женской половой сферы;
- наличия у пациентки миомы матки;
- аллергии на простагландины;
- печеночной недостаточности;
- патологических кровотечений;
- тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации;
- онкологических заболеваний любой локализации.

**Вакуум-аспирация** (рис. 20). В I триместре до 5 недель беременности (до 21 дня задержки от первого дня последней менструации) для удаления плодного яйца из полости матки выполняют мини-аборт. Используется электрический насос и канюли диаметром от 5 до 12 мм из гибкого ригидного пластика или металла. Эффективность метода составляет 99,8 %. После прерывания беременности необходимо провести УЗ-контроль.

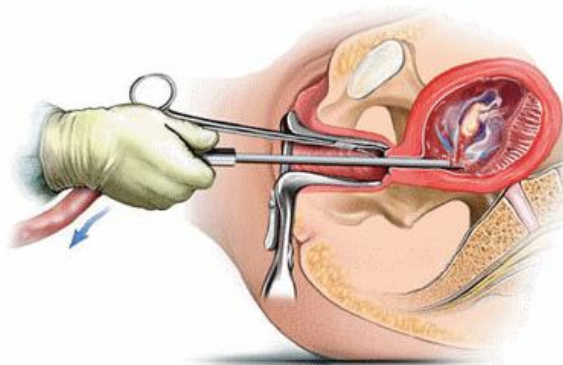


Рис. 20. Проведение вакуум-аспирации

**Искусственное прерывание беременности — медицинский аборт.** Его проводят в медицинском учреждении с информированного согласия женщины и обязательным оформлением соответствующей медицинской документации. Искусственное прерывание беременности осуществляют по желанию женщины до 12 недель беременности; по социальным показаниям и медицинским показаниям — до 22 недель беременности (рис. 21).

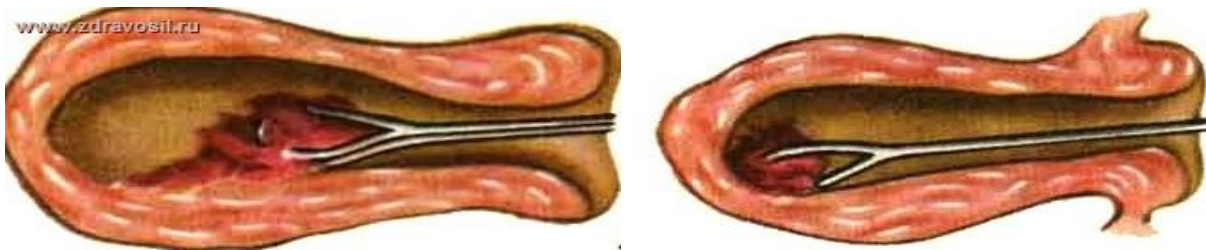


Рис. 21. Кюретаж слизистой полости матки

**Противопоказания:**

- воспалительные процессы половых органов;
- наличие гнойных очагов независимо от места их локализации;
- острые инфекционные заболевания.

**Подготовка к искусственному прерыванию беременности.** Перед прерыванием беременности проводят предварительное амбулаторное обследование: сбор анамнестических данных; бимануальное исследование с осмотром шейки матки в зеркалах; определение степени чистоты влагалища; сдача общего анализа крови и мочи; определение группы крови и резус-фактора; исследование крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатиты В и С; анализ свертывающей системы крови (коагулограмма), УЗИ органов малого таза; осмотр терапевтом, проведение ЭКГ, флюорографии органов грудной клетки. При необходимости (наличие хронической патологии) назначают консультации у других специалистов.

**Техника операции.** Медицинский аборт выполняют в малой операционной. Набор инструментов включает влагалищные зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, комплект расширителей Гегара № 4–12, кюретки № 6, 4, 2, щипцы для удаления плодного яйца (абортцанг), пинцет или корнцанг, стерильный материал (рис. 22).



Рис. 22. Инструменты для проведения медицинского аборта

**Последовательность действий при операции:**

1. Проводят двуручное влагалищно-абдоминальное исследование для определения величины матки, ее положения в малом тазу и для исключения противопоказаний к операции.

2. Обрабатывают наружные половые органы, влагалище и шейку матки раствором антисептика.

3. Вводят зеркала во влагалище.

4. Берут шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу. Переднее зеркало удаляют, заднее передают ассистенту. Для выпрямления шейного канала шейку подтягивают книзу и кзади (при положении матки в *anteflexio*) или кпереди (при положении матки в *retroflexio*).

5. В полость матки вводят маточный зонд для уточнения положения матки и измерения длины ее полости. Кривизна маточного зонда и глубина его введения определяют направление введения расширителей Гегара до № 11–12.

6. Последовательно расширяют цервикальный канал расширителями Гегара несколько дальше внутреннего зева. Введение расширителей способствует растяжению мышцы шейки матки. Попытка фиксированного введения расширителей может привести к разрывам и перфорации шейки и тела матки. Каждый расширитель удерживают тремя пальцами с тем, чтобы с большой осторожностью пройти внутренний зев и прекратить движение расширителя сразу же после преодоления сопротивления зева. Если возникает трудность при введении расширителя последующего номера, возвращаются к предыдущему, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу шейки матки и удерживают расширитель в шейке матки в течение некоторого времени.

7. Удаляют плодное яйцо с помощью кюреток и абортцанга. Абортцангом удаляют части плодного яйца. Выскабливание необходимо начать тупой кюреткой № 6, затем по мере сокращения матки и уменьшения ее размеров использовать более острые кюретки меньшего размера. Кюретку осторожно вводят до дна матки и движениями по направлению к внутреннему зеву последовательно по передней, правой, задней и левой стенкам отделяют плодное яйцо от его ложа. Одновременно отделяют и удаляют оболочки. Проверив острой кюреткой область трубных углов, операцию заканчивают.

В случае полного удаления плодного яйца при выскабливании ощущается «хруст», матка хорошо сокращается, кровотечение останавливается. Средняя кровопотеря при прерывании беременности при сроке 6–9 недель составляет около 50 мл.

Полноту опорожнения матки от элементов плодного яйца целесообразно контролировать с помощью УЗИ (особенно у нерожавших).

После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови необходимо ввести иммуноглобулин человека — антирезус Rho (D).

Длительность пребывания в лечебном учреждении после аборта индивидуальна, зависит от состояния здоровья женщины.

### **Осложнения аборта:**

- гипотония матки с кровотечением;
- неполное удаление плодного яйца;
- перфорация матки (рис. 23);
- разрыв шейки матки.

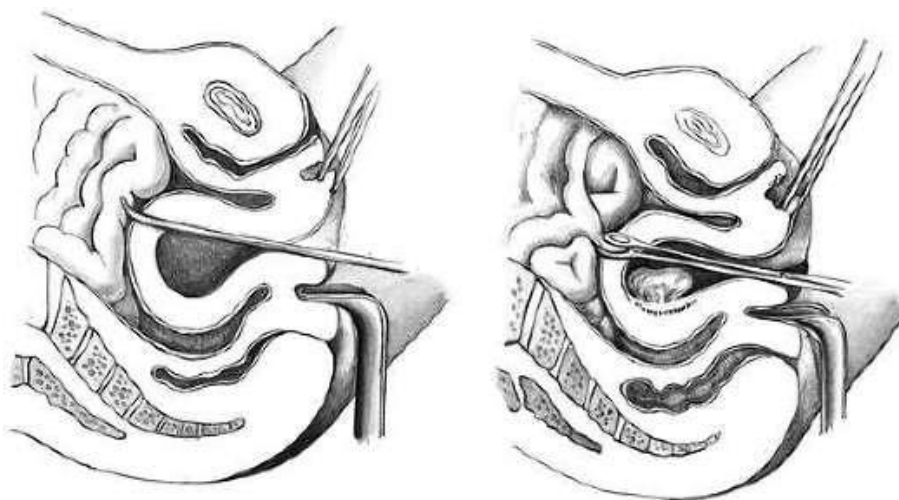


Рис. 23. Перфорация стенки матки

### **Осложнения в послеоперационном периоде:**

- гематометра;
- обострение воспалительных заболеваний внутренних половых органов;
- плацентарный полип.

### **Отдаленные осложнения искусственного аборта:**

- воспалительные заболевания матки и придатков (14,6 и 19,2 % случаев);
- нарушение менструального цикла (8–42,4 % случаев);
- изоиммунизация при резус-несовместимости (если не была проведена профилактика);
- нарушение проходимости маточных труб с развитием бесплодия или внематочной беременности;
- повреждение и дегенерация эндометрия, образование синехий в полости матки, приводящих к нарушению имплантации и возникновению аномалий развития плода в последующем;
- повреждения и рубцовые изменения внутреннего зева и цервикального канала, приводящие к истмико-цервикальной недостаточности (травматического генеза) и невынашиванию беременности в последующем;
- психогенные расстройства;
- неблагоприятное влияние искусственного аборта на функциональное состояние сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной и других систем женского организма;

– осложненное течение последующей беременности: повышение частоты угрозы прерывания и невынашивания беременности, развитие поздних токсикозов, риск кровотечения в родах, слабость родовой деятельности, увеличение частоты рождения детей с малой массой тела;

– увеличение риска развития дисгормональных заболеваний и рака молочных желез у женщин с тремя искусственными абортами и более в анамнезе.

### ***Особенности ведения пациенток в послеоперационный период.***

В послеоперационном периоде необходимо следить за температурой тела, частотой пульса, выделениями из половых органов. После выписки из стационара нужно наблюдаться в женской консультации. Пациенткам с высоким риском инфицирования показана антибиотикотерапия. С целью нормализации гипофизарно-яичниковых взаимоотношений и профилактики эндометриоза целесообразно назначение комбинированных оральных контрацептивов на 3 месяца (регулон).

Информация для пациентки после прерывания беременности представлена в прил. 2.

## **САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ**

### **1. Определите правильную последовательность исследований при специальном гинекологическом исследовании:**

- а) осмотр с помощью зеркал;
- б) бимануальное исследование;
- в) влагалищное исследование;
- г) прямокишечно-брюшностеночное исследование;
- д) осмотр наружных половых органов.

### **2. Определение кариопикнотического индекса, измерение базальной температуры, феномен «папоротника», симптом «зрачка», проба с растяжением шеечной слизи — это \_\_\_\_\_.**

### **3. Установите соответствие между вариантом дисфункционального маточного кровотечения (ДМК) и возрастом женщины:**

- |                                   |               |
|-----------------------------------|---------------|
| 1) ДМК климактерического периода; | а) 12–18 лет; |
| 2) ДМК репродуктивного периода;   | б) 45–55 лет; |
| 3) ДМК ювенильного периода;       | в) 18–45.     |

### **4. Определите последовательность уровней регуляции менструального цикла, начиная с высшего (первого):**

- а) гипоталамус;
- б) яичники;
- в) кора головного мозга, ЦНС и экстрагипоталамические структуры;
- г) передняя доля гипофиза;
- д) органы-мишени репродуктивные и нерепродуктивные.

- 5. Границей между наружными и внутренними половыми органами обычно является:**
- а) наружный маточный зев;
  - б) внутренний маточный зев;
  - в) девственная плева (вход во влагалище);
  - г) малые половые губы;
  - д) ничего из вышеперечисленного.
- 6. Длина тела небеременной матки у женщин, как правило, составляет:**
- а) 6–7 см;
  - б) 7–8 см;
  - в) 8–9 см;
  - г) 9–10 см;
  - д) 11–12 см.
- 7. В подвешивающий аппарат матки и ее придатков не входят:**
- а) широкие маточные связки;
  - б) собственные связки яичников;
  - в) круглые связки матки;
  - г) крестцово-маточные связки;
  - д) воронко-тазовые связки.
- 8. Расположение яичника в полости малого таза обеспечивается следующими анатомическими структурами:**
- а) круглой связкой;
  - б) кардинальной связкой;
  - в) собственной связкой яичника;
  - г) воронко-тазовой связкой и собственной связкой яичника;
  - д) крестцово-маточной связкой.
- 9. Маточная артерия является ветвью:**
- а) аорты;
  - б) общей подвздошной артерии;
  - в) внутренней подвздошной артерии;
  - г) наружной подвздошной артерии;
  - д) подвздошно-поясничной артерии.
- 10. Кровоснабжение яичников осуществляется:**
- а) маточной артерией;
  - б) яичниковой артерией;
  - в) подвздошно-поясничной артерией;
  - г) внутренней половой и яичниковой артерией;
  - д) маточной и яичниковой артериями.
- 11. Анатомические особенности матки у новорожденной девочки следующие:**
- а) тело матки маленькое, шейка матки почти не выражена;
  - б) матка небольшая, длина шейки матки почти в 3 раза больше длины тела матки;
  - в) матка имеет двурогую форму;

- г) тело матки почти в 2 раза больше шейки матки;
- д) тело и шейка матки имеют одинаковую длину;
- е) ничего из вышеперечисленного.

**12. Характерным для периода детства не является:**

- а) отсутствие вторичных половых признаков;
- б) цирхоральный ритм выделения гонадотропин-релизинг-гормона;
- в) отсутствие зрелых фолликулов в яичнике;
- г) соотношение размеров шейки и тела матки 3 : 1;
- д) извитость маточных труб.

**13. Для периода полового созревания характерно:**

- а) рост волос на лобке и в подмышечных впадинах;
- б) рост молочных желез;
- в) наступление менархе;
- г) становление цирхорального ритма гонадотропин-релизинг-гормона;
- д) все вышеперечисленное.

**Ответы:** 1 — д, а, в, б, г; 2 — тесты функциональной диагностики;  
3 — 1б, 2в, 3а; 4 — в, а, г, б, д; 5 — в; 6 — а; 7 — г; 8 — г; 9 — в; 10 — д;  
11 — б; 12 — б; 13 — д.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### *Основная*

1. *Гинекология* : учеб. / под ред. С. Н. Занько. Минск : Вышэйшая школа, 2010.

### *Дополнительная*

2. *Справочник* врача женской консультации / под ред. Ю. К. Малевича. Минск : Вышэйшая школа, 2014.
3. *Руководство* по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 1028 с.
4. *Норвитц, Эррол Р.* Наглядные акушерство и гинекология : учеб. пособие / Эррол Р. Норвитц, Джон О. Жордж ; пер. с англ. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2003. 144 с.
5. *Хакер, Невиль Ф.* Акушерство и гинекология : иллюстрированный учеб. / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел ; под ред. Э. К. Айламазяна ; пер. с англ. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. *Руководство* по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 944 с.
7. *Гинекология* : учеб. / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1000 с. : ил.
8. *Гинекология* : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 432 с. : ил.
9. *Дзигуа, М. В.* Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни : учеб. / М. В. Дзигуа. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 360 с.

## ПАМЯТКА ЖЕНЩИНАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМ ВНУТРИМАТОЧНЫЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ

Женщинам нужно помнить следующие моменты:

1. Период адаптации организма к ВМС длится около 3 месяцев.
2. Сразу после установки внутриматочного контрацептива могут беспокоить незначительные кровянистые выделения из половых путей, небольшие боли внизу живота, которые должны пройти через 2–3 дня, максимум — через 7–10 дней. Для снятия болей можно принять 1–2 таблетки анальгина, аспирина; ибупрофен, парацетамол или спазмолитики (но-шпа).
3. Половую жизнь после введения ВМС можно начинать через 7-10 дней.
4. Посещение бани или сауны после введения ВМС разрешается через 2 недели.
5. Следует избегать тяжелых физических нагрузок, длительной ходьбы, утомляющих занятий спортом.
6. Через 6 недель после введения ВМС необходимо подойти на консультацию, чтобы убедиться в том, что нити на месте и признаков инфекции половых органов нет.
7. В течение 2–3 месяцев после введения ВМС месячные могут быть обильными и длительными, иногда могут отмечаться и незначительные кровянистые выделения из половых путей между ними.
8. Во время менструации необходимо осматривать гигиенические прокладки, чтобы вовремя заметить экспульсию спирали с менструальными выделениями.
9. Периодически нужно самостоятельно проверять наличие и длину нитей спирали, выступающих из шейки матки. Их длина должна оставаться неизменной.
10. При отсутствии нитей или изменении их длины необходимо срочно прийти на прием к врачу. Изменение длины нитей свидетельствует о смещении спирали со своего места, отсутствие нитей — об экспульсии, т. е. самопроизвольном выпадении ВМС из полости матки или более глубоком проникновении ВМС (вплоть до перфорации матки).
11. При использовании внутриматочной контрацепции нужно соблюдать обычный гигиенический режим, рекомендуемый здоровым женщинам.
12. При отсутствии жалоб посещать гинеколога необходимо через каждые 6 месяцев.
13. Нужно помнить, что при любом современном методе предохранения от беременности редко могут возникнуть осложнения, ранними признаками которых являются:
  - задержка месячных (очень редко может наступить беременность);

- боли внизу живота, во время полового сношения (возможна перфорация);
- повышение температуры тела, необычные выделения из половых путей (возможны воспалительные заболевания половых органов);
- длительная, обильная менструация спустя три месяца, появление слабости, чувство недомогания.

14. Извлекать ВМС необходимо согласно рекомендованному производителем сроку. Срок использования ВМС в полости матки указывается на упаковке под надписью «EXP: дата». Нельзя перенашивать ВМС, так как оно может перфорировать стенку матки, что потребует оперативного удаления.

15. Удалять ВМС можно в любое время, желательно в самый обильный день менструации. Этот метод предохранения от беременности не оказывает влияния на генеративную функцию, беременность может наступить сразу после извлечения ВМС независимо от длительности его применения.

Введена модель \_\_\_\_\_

Дата введения \_\_\_\_\_

Извлечь ВМС необходимо «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

## **ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

После аборта желательна консультация врача по поводу подбора средств контрацепции.

Необходимо отказаться от приема ванны (лучше душ), купания в бассейнах и открытых водоемах в течение первых 14 дней.

Следует тщательно соблюдать гигиену половых органов, ежедневно подмываться.

Необходимо соблюдать половой покой в течение 21 дня для профилактики возможного заноса инфекции в матку, которая после аборта представляет собой большую открытую рану. Половую жизнь следует начинать после первой менструации после аборта.

Следует регулярно опорожнять мочевой пузырь и кишечник для лучшего сокращения матки.

В течение недели после аборта нужно ежедневно измерять температуру тела, избегать переохлаждений, тяжелой физической нагрузки.

Необходимо срочно обратиться к гинекологу в случае подъема температуры, появления болей над лоном или в нижних отделах живота, кровянистых выделений из половых путей.

Необходимо срочно обратиться к гинекологу, если менструация пришла раньше или не пришла в ожидаемый срок. Сроки менструации до и после аборта одинаковые.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Методы обследования пациенток .....	4
Специальные методы исследования .....	11
Тесты функциональной диагностики .....	11
Лабораторная диагностика возбудителей воспалительных заболеваний половых органов .....	13
Определение гормонов и их метаболитов.....	14
Инструментальные методы исследования. Эндоскопические методы .....	15
Рентгенологические методы исследования.....	17
Цитогенетические исследования.....	18
Обследование детей с гинекологическими заболеваниями .....	19
Микроскопическое исследование .....	22
Мазок на флору .....	22
Мазок на цитологию .....	25
Малые гинекологические операции.....	29
Тканевая биопсия .....	29
Зондирование матки.....	29
Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.....	30
Выскабливание слизистой полости матки .....	31
Аспирационная биопсия эндометрия .....	33
Внутриматочные средства контрацепции .....	34
Способы прерывания беременности .....	40
Самоконтроль усвоения темы.....	46
Список использованной литературы .....	49
Приложение 1 .....	50
Приложение 2 .....	52

Учебное издание

Савицкая Валентина Михайловна

# **ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ГИНЕКОЛОГИИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко  
Корректор А. В. Лесив  
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 30.10.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 2,72. Тираж 50 экз. Заказ 729.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
Распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ



Репозиторий БГМУ