

Методы обследования в гинекологии

**Ассистент кафедры
акушерства и гинекологии ДВГМУ,
А.С. Шматкова**



Методы обследования:

1. Клинические:

- ❖ Сбор анамнеза
- ❖ Осмотр
- ❖ Гинекологическое исследование:
 - наружное
 - внутреннее

2. Специальные методы:

- ❖ Тесты функциональной диагностики
- ❖ Определение гормонов и их метаболитов
- ❖ Функциональные фармакологические пробы
- ❖ Лабораторная диагностика возбудителей воспалительных заболеваний половых органов

Методы обследования:

- ❖ Цитологическое исследование
 - ❖ Тканевая биопсия
 - ❖ Гистологическое исследование
 - ❖ Цитогенетическое исследование
 - ❖ Зондирование полости матки
-

3. Инструментальные методы:

- ❖ Ультразвуковая диагностика
- ❖ Эндоскопическая диагностика
(кольпоскопия, цервикогистероскопия)
- ❖ Рентгенологические (маммография, ГСГ)
- ❖ МРТ

Анамнез

Основная (ведущая) жалоба

Дополнительные жалобы

Перенесенные заболевания (инфекционные, соматические заболевания и оперативные вмешательства)

❖ Менструальная и репродуктивная функции, характер контрацепции (дата последней менструации)

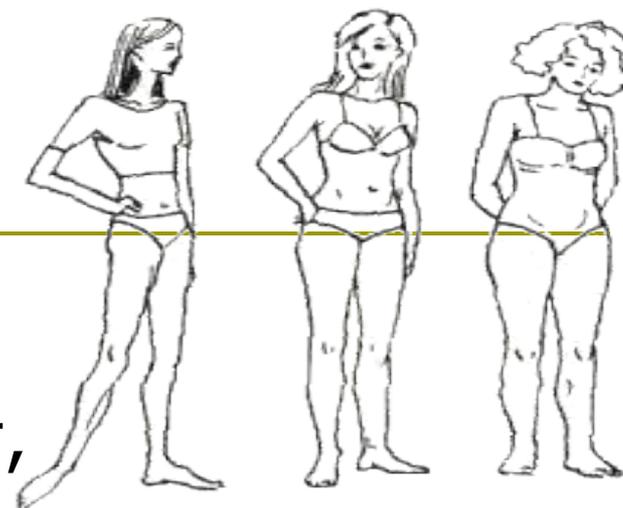
❖ Гинекологические заболевания и операции на половых органах

❖ Семейный анамнез

❖ Образ жизни, питания, вредные привычки, условия труда и быта

❖ История настоящего заболевания

Осмотр



Тип телосложения:

- ❖ **Женский**
- ❖ **Мужской** – высокий рост, широкие плечи, узкий таз
- ❖ **Вирильный** – средний рост, длинное туловище, широкие плечи, узкий таз
- ❖ **Евнухоидный** – высокий рост, узкие плечи, узкий таз (равная величина ширины плеч и таза, длинные ноги, короткое туловище)

Фенотипические особенности
(наличие дисплазий и дисморфий)

Характер оволосения и состояние кожных покровов

- ❖ **Гипертрихоз** – чрезмерное оволосение тела на местах, характерных для женского организма.
- ❖ **Гирсутизм** – усиленное оволосение по мужскому типу. У женщин наблюдают рост волос на лице, межгрудной борозде, околососковых кружках, средне линии живота
- ❖ **Вирилизм** – совокупность признаков, наблюдающихся у женщин и характеризующихся появлением мужских черт, вызванных действием андрогенов.

Оценку степени гирсутизма можно осуществлять путем подсчета гирсутного числа по шкале Ферримана – Голлвея

Гирсутное число – это сумма степеней оволосения в одиннадцати областях тела:

- 0** – отсутствие остевых волос на теле.
- 1 – 7** - нормальное оволосение,
- 8 - 12** – оволосение, пограничное между нормальным и избыточным (следует учитывать национальные особенности!)

более 12 – гирсутизм



Исследование молочных желез

Осмотр:

Степень развития и размер (по шкале Таннера)

Состояние кожных покровов

Пальпация (стоя и лежа):

Наличие отделяемого из сосков (шкала галакторреи) - цвет, консистенция, характер

Наличие мастопатии (возможность определить ее форму)

На что нужно обращать внимание при осмотре/обследовании молочных желез

симметричность и форма молочных желез	можно увидеть опухоль или увеличение железы за счет отека
состояние кожного покрова	гиперемия, отек, симптом «апельсиновой корки», симптом «площадки»
положение сосков	отклонение в сторону, втяжение, мокнущая поверхность
выделения из соска	цвет отделяемого из соска: кровянистые, серозные, слизистые
наличие выраженных вен на коже одной из молочных желез	

Диагностика состояния молочной железы (приказ 572н МЗ РФ):

- У женщин моложе 35 лет предпочтительно **УЗИ молочных желез.**
- При жалобах на локальную боль в груди необходима рентгенологическая визуализация тканей.
- Методом выбора является рентгеновская **маммография (после 35 лет)**
- **ВСЕ** исследования выполняются в 1 фазу менструального цикла (5-12 дни)

Осмотр живота

- ❖ общая конфигурация и размер
- ❖ изменение формы живота при перемене положения тела
- ❖ изменения со стороны брюшных покровов
- ❖ избыточное отложение жира
- ❖ отвислость живота
- ❖ наличие рубцов
- ❖ признаки беременности

Пальпация живота

- для диагностики патологических процессов, локализующихся выше полости малого таза.

Определение длины и массы тела:

ИМТ = масса тела(кг) / рост (м²)

16 и менее – выраженный дефицит массы тела

16 – 18 – недостаточная масса тела

18 – 25 – в пределах нормы

25 – 30 – избыточная масса тела
(предожирение)

30 – 35 – I степень ожирения

35 – 40 - II степень ожирения

40 и более – III степень ожирения
(морбидное)



Определение соотношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ)

- **Тип ожирения ОТ/ОБ**
- Андроидный («яблочный», мужской, висцеральный, кушингоидный) $> 0,85$
- Гиноидный («грушевидный», женский) $< 0,85$



Наружное гинекологическое исследование

Осмотр наружных половых органов:

- ❖ степень и характер оволосения лобка и больших половых губ
- ❖ степень развития малых и больших половых губ
- ❖ состояние промежности (наличие старых разрывов, рубцов, патологических процессов)
- ❖ состояние половой щели (сомкнута или зияет)
- ❖ опущение стенок влагалища (самостоятельное или при натуживании)

Осмотр вульвы и входа во влагалище:

- ❖ характер секрета
- ❖ наличие патологических процессов
- ❖ состояние наружного отверстия уретры
- ❖ форма девственной плевы или ее остатков

Внутреннее гинекологическое исследование

Исследование с помощью зеркал

- ✚ осмотр шейки матки и стенок влагалища (окраска слизистой оболочки, характер секрета, величина и форма шейки матки, наличие патологических процессов);
- ✚ во время исследования необходимо определить рН, взять мазки на флору и для цитологического исследования;
- ✚ особое внимание обращают на своды влагалища (осматривать их трудно, однако здесь чаще всего расположены объёмные образования и остроконечные кондиломы);
- ✚ после удаления зеркал проводят бимануальное влагалищное исследование



Патологические выделения (бели):

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

Бели генитального происхождения:

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

Бели (по месту):

- трубные
- катаральные (связаны с секрецией эпителия матки)
- шеечные (связаны с секрецией железистого эпителия цервикального канала и шейки матки)
- влагалищные
- вестибулярные (бели из преддверия влагалища).

Трубные бели

- являются результатом секреции и транссудации из сосудов железистого эпителия выстилающего маточные трубы.
- В результате воспалительного процесса возникает патологическая секреция, которая в начале носит водянисто серозный характер, а затем может принимать гнойный, вплоть до образования пиосальпинкса.
- В морфологическом плане возникает слипчивый процесс: прежде всего в фимбриях (происходит облитерация ампулярного отдела маточной трубы и весь секрет истекает в нижележащие отделы).

Катаральные бели

- Носят самый разнообразный характер, что связано с возбудителем и той средой, в которую внедряется флора.
- В норме матка стерильна за счёт ряда важных анатомических отделов: два сфинктера шейки матки (внутренний и наружный зев).
- В цервикальном канале скапливается слизь, обладающая бактерицидными свойствами, которая препятствует проникновению микробов.
- Когда начинается менструация, канал приоткрывается. Эта кровь является очень благоприятной средой для распространения и размножения микроорганизмов.

Шеечные бели

- Являются результатом секреции из желез цервикального канала шейки матки. При закупорке эти железы превращаются в наботовы железки, кисты.
- Основными причинами шеечных белей являются: эрозия шейки матки и выворот слизистой шейки матки (эктропион). Слизистая цервикального канала находится в совершенно несвойственной для неё среде и секреция желез при этом усиливается. Это является одним из факторов риска возникновения онкологических заболеваний.
- Бели носят слизисто-гноевидный характер, в зависимости от возбудителя: при гонококковой флоре - гнойные и зеленоватые; при кандидозе - творожистые, белого цвета и т.д.
- При постановке диагноза учитывается топическое происхождение белей, характер флоры – **ДС:**
Хламидийный цервицит

Влагалищные бели

- Бели носят разнообразный характер, в зависимости от возбудителя (**ДС: Трихомонадный вагинит**)
- Бели вызванные гонококком жёлто-зелёные, обильные, беспокоящие женщину, могут сопровождаться учащённым мочеиспусканием, режями при мочеиспускании.
- При трихомониазе бели обильные, жёлтые, пенистые, сопровождающиеся сильным зудом.
- Бели при кандидозе (кандидоз очень часто возникает при лечении антибиотиками, дисбактериозе, аллергии и т.д.) – творожистые, в виде крупинок белого цвета. Сопровождаются жжением и зудом, неприятным ощущением во влагалище и признаками воспаления (отёк, гиперемия, местная температурная реакция,

Бимануальное влагалищное исследование

- ❖ состояние мышц тазового дна
- ❖ состояние мочеиспускательного канала (со стороны передней стенки влагалища)
- ❖ исследование влагалищной части шейки матки (ее величина, форма, поверхность, консистенция, положение по проводной оси таза, состояние наружного зева, подвижность)
- ❖ положение матки в малом тазу, ее размер, поверхность, консистенцию, подвижность, наличие болезненности
- ❖ исследование придатков матки (наличие патологических процессов и болезненности, увеличение размеров)
- ❖ состояние околоматочной клетчатки (параметрия)
- ❖ особенности свода влагалища

Прямокишечно-влагалищное и комбинированное исследование

Проводят:

- ❖ если осмотр через влагалище невозможен (девственность, вагинизм, обширные язвенные поражения влагалища, аномалии развития, стенозы);
- ❖ при опухолях половых органов, особенно при раке шейки матки, в целях уточнения степени распространения процесса;
- ❖ при воспалительных процессах для уточнения состояния крестцово-маточных связок, параректальной клетчатки;
- ❖ при наличии патологических выделений из прямой кишки (кровь, гной, слизь), трещинах, ссадинах

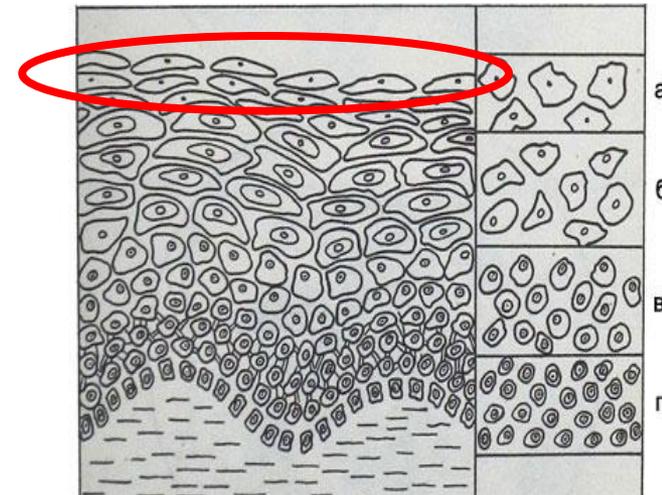
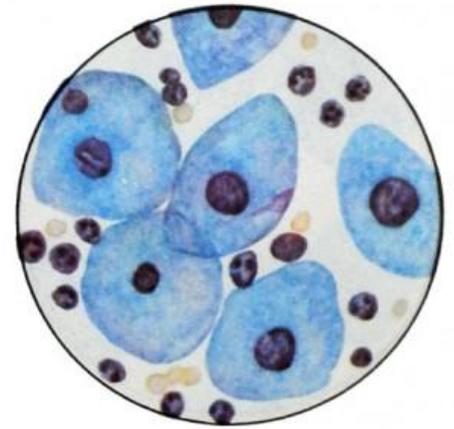
pH-метрия

- Всем женщинам при гинекологическом осмотре следует проводить pH-метрию вагинального содержимого: **нормальная кислотность влагалища колеблется от 3,8 до 4,5.**
- Уровень pH вагинального содержимого выше 4,4 — чёткое указание на необходимость обследования хотя бы на основные ИППП (решение о широте спектра лабораторного поиска врачу следует корректировать с учётом высокой стоимости соответствующих анализов и гинекологического анамнеза пациентки).

Мазок на флору

Бактериоскопия (от лат. — «скопео» — смотрю) — лабораторный метод исследования бактерий под микроскопом

- **Бактериологическое исследование** с последующим методом морфологического анализа, основанный на оценке клеточного состава органов и тканей (урогенитального тракта)
- **У женщин берется мазок-скарификат из 4-х точек: уретры, цервикального канала, влагалища и ... прямой кишки !!!**
- **У мужчин – из уретры**



Что показывает мазок на флору?

- количество лейкоцитов;
U – ед. **C – до 20** V – до 30 R – ед.
- количество эритроцитов;
- наличие трихомонад, гонококков, грибка;
- наличие возбудителей БВ (лептотрихия, мобилункус)

Скрининговые тесты

- Мазок по Папаниколау (Pap smear-test)
- Жидкостная цитология
- ВПЧ-тест (ПЦР-ПВ)
- Визуальный метод с пробами –
кольпоскопия

Юбилейный Всероссийский конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь - в эпицентре женского здоровья» 18-21 марта 2018 г.

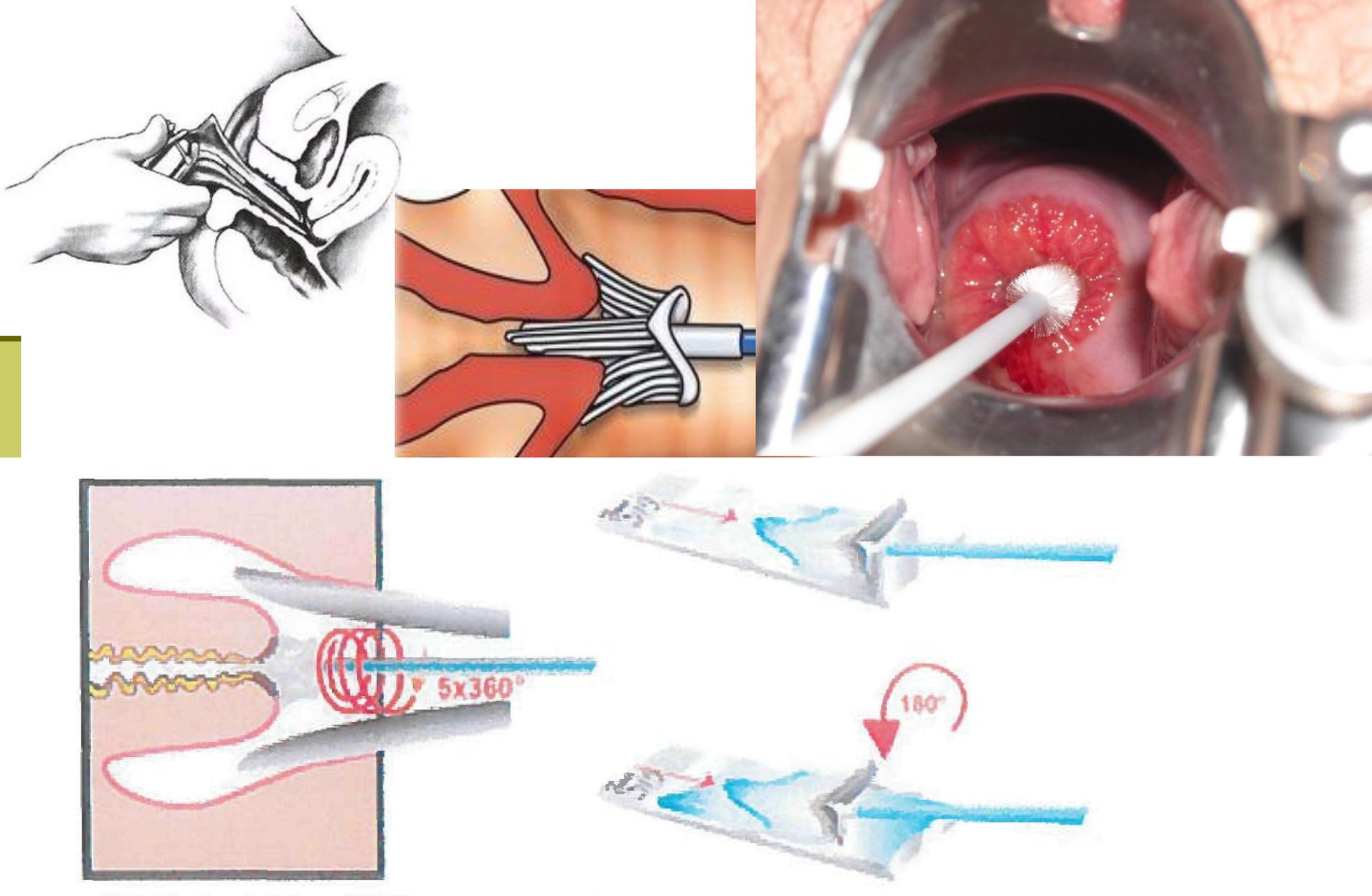


Рис. 3. Правила забора материала для цитологического исследования цитощеткой и техника приготовления мазка.

HPV квант-21: выявление, типирование и количественное определение ДНК ВПЧ низкого (HPV 6,11,44) и высокого (HPV 16,18,26,31,33,35,39,45,51,52,53,56,58,59,66,68,73,82) канцерогенного риска

Показания к исследованию

- скрининг инфицированности ВПЧ
- сексуально активные пациенты (раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, значительное число половых партнеров);
- пациенты, имеющие клиническую симптоматику инфекционно-воспалительного процесса уrogenитального тракта;
- пациенты, имеющие клинические проявления ВПЧ (HSIL);
- женщины, имеющие патологию шейки матки (ASCUS, LSIL);
- пациенты, планирующие беременность;
- для контроля проводимой терапии;
- женщины, имеющие в анамнезе рак шейки матки;
- женщины в возрасте 25-65 лет, которым никогда не проводилось цитологическое исследование или проводилось более 3 лет назад;
- женщины с кровотечением в репродуктивном периоде, кровотечениями после наступления менопаузы, посткоитальными кровотечениями.

Бактериологический посев (бакпосев)

- Биологический материал, в котором могут быть патогенные микроорганизмы, помещают в благоприятную для них среду и при конкретных температурных показателях оценивают результаты их чувствительности на определенные антибактериальные препараты.
- Посев на флору позволяет определить видовую принадлежность и количество бактерий и определить чувствительность к антибактериальным препаратам



Что показывает бакпосев?

- ▣ **стрептококков**
- ▣ **гонококков**
- ▣ **стафилококков**
- ▣ **кишечную палочку**
- ▣ **трихомонад**
- ▣ **грибка**
- ▣ **уреаплазму**
- ▣ **микоплазму**
- ▣ **хламидию**

- ▣ **их чувствительность к антибактериальным препаратам !!!**

Методом ИФА определяют

- **Гормоны**
- **Онкомаркеры**
- **Лекарственные препараты в крови больного**
- **Наркотики**
- **Бактерии, вирусы и антитела против них**
- **Иммуноглобулины (видовая принадлежность, субклассы, специфичность)**
- **Идентификация лимфоцитов (субпопуляций).**

Общие правила подготовки пациентов к сдаче анализа крови:

- **Клинический или общий анализ крови** необходимо сдавать строго натощак. Но при инфекционных процессах и повышенной температуре тела можно сдавать в любое время, независимо от приема пищи.
- **Кровь на все биохимические показатели** сдается строго натощак в период с 8 до 11 часов (не менее 8 часов и не более 14 часов голода), разрешается пить только воду, в обычном режиме, накануне избегать пищевых перегрузок.
- **Кровь на гормоны** сдается строго натощак и до 10 утра. При подготовке к сдаче пациенту необходимо исключить выраженную физическую нагрузку, стресс, курение. Гормоны репродуктивной системы у женщин сдаются согласно дню менструального цикла. В направлении обязательно указывается пол, возраст, прием всех лекарственных препаратов, день менструального цикла, беременность, лактацию.
- Нежелательно сдавать кровь для лабораторного исследования вскоре после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования и других медицинских процедур.
- При контроле лабораторных показателей в динамике рекомендуется проводить повторное исследование в одинаковых условиях: в одной лаборатории, сдавать кровь в одинаковое время суток и др.

Что такое **АВИДНОСТЬ** ?

- Маркер давности первичного заболеваний (это всегда IgG)
- **Низкоавидные антитела**, что указывает на текущую или недавно перенесенную первичную инфекцию (>50%)
- **Высокоавидные антитела** свидетельствуют о ранее перенесенном заболевании (<50%)

НАПРИМЕР:

- 1166 - Anti-CMV IgG (авидность антител к ЦМВ) – получен результат 89%
- 1164 - Anti-HSV IgG (авидность антител к герпесу 1-2 типа) – получен результат 23%

ПЦР – полимеразная цепная реакция

позволяет определить в биологическом материале

носитель генетической информации возбудителя – ДНК
или РНК

ПЦР позволяет провести:

- Качественный анализ (установить факт наличия возбудителя)
- Количественный анализ (больше или меньше чем 10^4)
- Анализ с применением NASBA Real-Time (определить наличие только живых *Chlamydia trachomatis*)

PCR-real-time: Фемофлор-Скрин

- **Контроль взятия материала (КВМ)**
- **Общая бактериальная масса (ОБМ)**
- **НОРМОФЛОРА - Lactobacillus spp.**
- **Анаэробные микроорганизмы**
 - **Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp**
- **Микоплазмы**
 - **Mycoplasma hominis**
 - **Mycoplasma genitalium**
 - **Ureaplasma (urealyticum+parvum)**
- **Патогены**
 - **Chlamydia trachomatis**
 - **Neisseria gonorrhoeae**
 - **Trichomonas vaginalis**
- **Грибы Candida spp.**
- **Вирусы**
 - **Herpes simplex virus I, II**
 - **Cytomegalovirus**

PCR-real-time: Фемофлор-16

- **Контроль взятия материала (КВМ)**
- **Общая бактериальная масса (ОБМ)**
- **НОРМОФЛОРА - Lactobacillus spp.**
- **Аэробные микроорганизмы**
 - Enterobacterium spp.
 - Streptococcus spp.
 - Staphylococcus spp.
- **Анаэробные микроорганизмы**
 - Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp
 - Eubacterium spp.
 - Sneathia spp.+Leptotrichia spp.+Fusobacterium spp.
 - Megasphaera spp.+Veillonella spp.+Dialister spp.
 - Lachnobacterium spp.+Clostridium spp. +Mobiluncus spp.+Corinebacterium spp.
 - Peptostreptococcus spp.
 - Atopobium vaginae
- **Микоплазмы**
 - Mycoplasma hominis
 - Mycoplasma genitalium
 - Ureaplasma spp.
- **Грибы Candida spp.**

**Исследование биоценоза урогенитального тракта
Фемофлор 16**



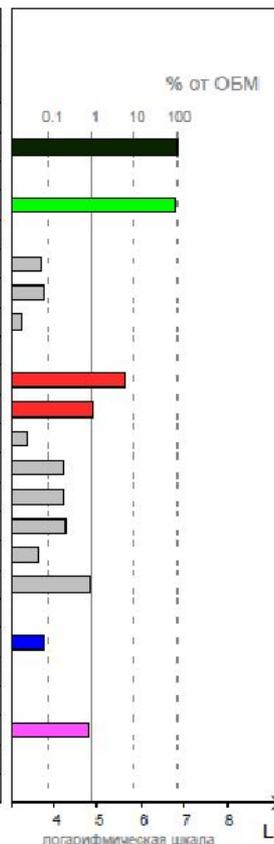
«ЮНИЛАБ»
НЕЗАВИСИМАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

Дата 23 Май 2013, 13:48:09
 Номер пробирки ...
 Ф.И.О. пациента ...
 Пол ...
 Возраст ...
 Организация ...
 Врач ...
 Примечание ...

Информация о лаборатории

Идентификатор образца: Иванова

№	Название исследования	Результаты		
		Количественный	Относительный Lg(X/ОБМ)	
	Контроль взятия материала	10 ^{5.2}		<input checked="" type="checkbox"/>
1	Общая бактериальная масса	10 ^{6.8}		<input type="checkbox"/>
НОРМОФЛОРА				
2	Lactobacillus spp.	10 ^{6.7}	-0.1 (61-80%)	<input type="checkbox"/>
ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ				
3	сем. Enterobacteriaceae	10 ^{3.7}	-3.1 (<0.1%)	<input type="checkbox"/>
4	Streptococcus spp.	10 ^{3.8}	-3.1 (<0.1%)	<input type="checkbox"/>
5	Staphylococcus spp.	10 ^{3.2}	-3.6 (<0.1%)	<input type="checkbox"/>
ОБЛИГАТНО-АНАЭРОБНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ				
6	Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp.	10 ^{5.6}	-1.2 (6-8%)	<input type="checkbox"/>
7	Eubacterium spp.	10 ^{4.9}	-2.0 (0.9-1.3%)	<input type="checkbox"/>
8	Sneathia spp.+Leptotrichia spp.+Fusobacterium spp.	10 ^{3.3}	-3.5 (<0.1%)	<input type="checkbox"/>
9	Megasphaera spp.+Veillonella spp.+Dialister spp.	10 ^{4.2}	-2.6 (0.2-0.3%)	<input type="checkbox"/>
10	Lachnobacterium spp.+Clostridium spp.	10 ^{4.2}	-2.6 (0.2-0.3%)	<input type="checkbox"/>
11	Mobiluncus spp.+Corynebacterium spp.	10 ^{4.2}	-2.6 (0.2-0.3%)	<input type="checkbox"/>
12	Peptostreptococcus spp.	10 ^{3.6}	-3.2 (<0.1%)	<input type="checkbox"/>
13	Atopobium vaginae	10 ^{4.8}	-2.0 (0.8-1.1%)	<input type="checkbox"/>
ДРОЖЖЕПОДОБНЫЕ ГРИБЫ				
14	Candida spp. *	10 ^{3.7}		<input type="checkbox"/>
МИКОПЛАЗМЫ				
15	Mycoplasma hominis *	не выявлено		<input type="checkbox"/>
16	Ureaplasma (urealyticum + parvum) *	10 ^{4.8}		<input checked="" type="checkbox"/>
ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ				
17	Mycoplasma genitalium **	не выявлено		<input type="checkbox"/>



* Абсолютный анализ Lg(X)
 ** Качественный анализ

Заключение

Умеренный анаэробный дисбиоз

Андрофлор (ПЦР в реальном времени)

В зависимости от количества и спектра выявляемых микроорганизмов возможны два варианта комплектации:

Андрофлор[®] - рекомендуется для диагностики **острых и хронических** инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполового тракта у мужчин

Андрофлор[®] Скрин – рекомендуется для диагностики **острых** инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполового тракта у мужчин.



«ЮНИЛАБ»
НЕЗАВИСИМАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

ПОКАЗАТЕЛИ	Андрофлор Скрин	Андрофлор
Общая бактериальная масса (ОБМ)	✓	✓
Геномная ДНК человека (ГДЧ)	✓	✓
Lactobacillus spp	✓	✓
Нормофлора: Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Corynebacterium spp.	✓	✓
УПМ, ассоциированные с баквагинозом: Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum	✓	✓
УПМ, ассоциированные с баквагинозом: Atopobium cluster, Megasphaera spp./Veilonella spp./Dialister spp., Sneathia spp./Leptotrihia spp./Fusobacterium spp.		✓
УПМ анаэробы: Bacteroides spp./Porphyromonas spp./Prevotella spp., Anaerococcus spp., Eubacterium spp., Peptostreptococcus spp./Parvimonas spp.		✓
УПМ: Pseudomonas aeruginosa / Ralstonia spp. / Burkholderia spp.		✓
УПМ: Haemophilus spp.		✓
УПМ: Enterobacteriaceae spp. / Enterococcus spp.	✓	✓
Дрожжеподобные грибы: Candida spp.	✓	✓
ИППП: Trichomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae,	✓	✓

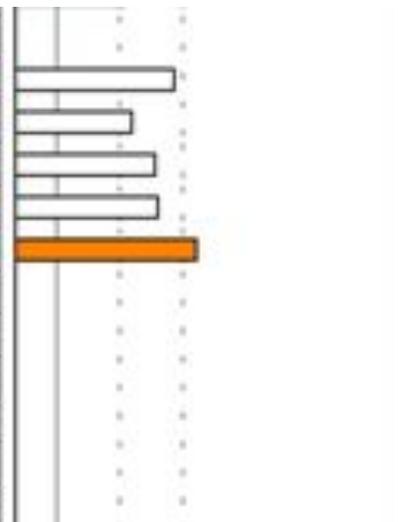
Структура специализированного отчета

№	Название исследования	Результаты			% от ОБМ
		Количественный	Относительный Lg(X/ОБМ)		
	Геномная ДНК человека	10 ^{4.7}	<input type="checkbox"/>		
1	Общая бактериальная масса	10 ^{5.7}	<input type="checkbox"/>		
<i>Lactobacillus</i> spp.					
2	<i>Lactobacillus</i> spp.	не выявлено	<input type="checkbox"/>		
НОРМОФЛОРА					
3	<i>Staphylococcus</i> spp.	не выявлено	<input type="checkbox"/>		
4	<i>Streptococcus</i> spp.	10 ^{4.9}	-0.7 (16-21%)	<input type="checkbox"/>	
5	<i>Corynebacterium</i> spp.	10 ^{4.2}	-1.5 (3-4%)	<input type="checkbox"/>	
	Сумма: НОРМОФЛОРА	10 ^{5.0}	-0.7 (19-25%)	<input checked="" type="checkbox"/>	

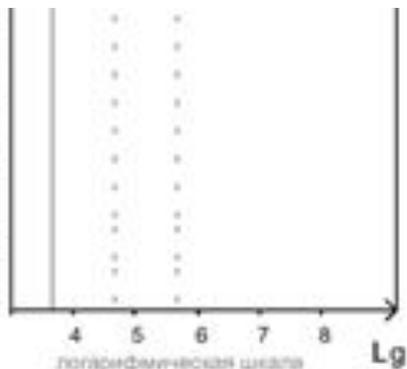
УПМ БВК					
6	<i>Gardnerella vaginalis</i>	не выявлено	<input type="checkbox"/>		
7	<i>Megasphaera</i> spp. / <i>Veillonella</i> spp. / <i>Dialister</i> spp.	10 ^{4.6}	-1.1 (7-10%)	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	<i>Sneathia</i> spp. / <i>Leptotrichia</i> spp. / <i>Fusobacterium</i> spp.	не выявлено	<input type="checkbox"/>		
9	<i>Ureaplasma urealyticum</i> *	не выявлено	<input type="checkbox"/>		
10	<i>Ureaplasma parvum</i> *	не выявлено	<input type="checkbox"/>		
11	<i>Mycoplasma hominis</i> *	не выявлено	<input type="checkbox"/>		
12	<i>Atopobium claster</i>	10 ^{4.3}	-1.4 (4-5%)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Сумма: УПМ БВК	10 ^{4.8}	-0.9 (11-15%)	<input checked="" type="checkbox"/>	

Структура специализированного отчета

УГМ анаэробы			
13	<i>Bacteroides</i> spp. / <i>Porphyromonas</i> spp. / <i>Prevotella</i> spp.	10 5.5	-0.1 (63-85%) ■
14	<i>Anaerococcus</i> spp.	10 4.9	-0.8 (13-18%) ■
15	<i>Peptostreptococcus</i> spp. / <i>Parvimonas</i> spp.	10 5.2	-0.4 (31-42%) ■
16	<i>Eubacterium</i> spp.	10 5.3	-0.4 (34-46%) ■
	Сумма: УГМ анаэробы	10 5.9	0.2 (85-100%) ■
УГМ <i>Neutrophilus</i> spp.			
17	<i>Neutrophilus</i> spp.	не выявлено	<input type="checkbox"/>
УГМ <i>Pseudomonas aeruginosa</i> / <i>Ralstonia</i> spp. / <i>Burkholderia</i> spp.			
18	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> / <i>Ralstonia</i> spp. / <i>Burkholderia</i> spp.	не выявлено	<input type="checkbox"/>
УГМ <i>Enterobacteriaceae</i> spp. / <i>Enterococcus</i> spp.			
19	<i>Enterobacteriaceae</i> spp. / <i>Enterococcus</i> spp.	не выявлено	<input type="checkbox"/>



ДРОЖЖЕПОДОБНЫЕ ГРИБЫ			
20	<i>Candida</i> spp. *	не выявлено	<input type="checkbox"/>
ПАТОГЕНЫ			
21	<i>Mycoplasma genitalium</i> **	не выявлено	<input type="checkbox"/>
22	<i>Trichomonas vaginalis</i> **	не выявлено	<input type="checkbox"/>
23	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> **	не выявлено	<input type="checkbox"/>
24	<i>Chlamydia trachomatis</i> **	не выявлено	<input type="checkbox"/>



* Абсолютный анализ Lg(X)

** Качественный анализ

Заключение:

ДИСБИОЗ ВЫРАЖЕННЫЙ с преобладанием анаэробов.

«ТОП-5»: Онкологический женский комплекс

- СА-125
- HE-4
- Ca-15-3
- Мазок на АК (преимущественно жидкостная цитология)
- HPV квант-21: выявление, типирование и количественное определение ДНК ВПЧ низкого (HPV 6, 11, 44) и высокого (HPV 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82) канцерогенного риска

Комбинация опухолевых маркеров

- **Яичник, шейка матки: СА 72-4, СА 125, НЕ 4**
- **Матка: АФП, ХГЧ**
- **Рак молочной железы: РЭА, СА 15-3**
- **Пузырный занос: СА 15-3, ХГЧ, ТБГ**

- **Предстательная железа (хронический простатит, аденома, рак): ПСА, ПСА свободный**
- Желудок: СА 72-4, РЭА
- Прямая и сигмовидная кишка: РЭА, СА 19-9
- Легкие: СА 19-9, РЭА, NSE, СА 72-4
- Поджелудочная железа: СА 125, СА 19-9
- Рак печени: АФП, СА 19-9

Инструментальные методы

- ❖ Ультразвуковая диагностика
- ❖ Эндоскопические методы
 - кольпоскопия,
 - гистероскопия (ГСС)
- ❖ Рентгенологические
 - рентгенография черепа
 - гистеросальпингография (ГСГ)
 - компьютерная томография
- ❖ Магнито-резонансная томография
- ❖ Пертубация

Ультразвуковая диагностика

- ❖ Высокоинформативный безопасный неинвазивный метод, позволяющий из общей когорты пациенток с гинекологической патологией выделить группы риска, подлежащие динамическому наблюдению и дополнительному обследованию.
- ❖ УЗИ внутренних половых органов осуществляют трансабдоминальн
(ТАС) и трансвагинальным (ТВС) сканированием.



Матка

Динамика размеров тела матки зависит от фаз менструального цикла:

- ❖ наименьшие – в конце пролиферативной фазы,
- ❖ наибольшие – непосредственно перед менструацией

Размеры матки:

- ❖ Длина – 6 - 7 см при индивидуальных колебаниях от 5,5 до 8,3 см
- ❖ Переднезадний размер – 3,6 (2,8 – 4,4) см
- ❖ Ширина – 5,1 (4,6 – 6,2) см
- ❖ Длина шейки матки – 2,5 – 3,5 см

При увеличении размеров необходимо исключить миому, аденомиоз, пороки развития, беременность или ошибочной включение в измерения ткани яичника.

М – эхо:

- 3 – 4 дни цикла – М-эхо толщиной 1 – 4 мм и может выглядеть в виде тонкой гиперэхогенной полоски, гиперэхогенного образования неоднородной структуры или полностью анэхогенным образованием (полость матки, заполненная кровью)
- 5 – 7 дни цикла (ранняя стадия пролиферации) – М-эхо до 3 – 6 мм, низкой эхогенности и однородной структуры. В это время отчетливо выявляются полипы и гиперплазия эндометрия.
- В конце 2-й недели (предовуляторные дни) – М-эхо достигает 8 – 15 мм, структура эндометрия однородная и имеет несколько повышенную эхогенность.
- Средняя стадия секреции – максимальное развитие эндометрия М-эхо 10 – 17 мм. В этот период возможна диагностика хронического эндометрита, синехий, позслизистых миоматозных узлов или внутриматочной перегородки.

Определение М-эхо в постменопаузе:

- ❖ **Толщина эндометрия в постменопаузе не превышает 4 – 5 мм.**
- ❖ **М-эхо 6 – 7 мм** - показано динамическое наблюдение (через 3 – 6 месяцев) с использованием дополнительных методов исследования, включая ЦДК.
- ❖ **М-эхо 8 мм и более** рассматривают как патологическое и рекомендуют гистероскопия / раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскоба.
- ❖ В отдельных случаях у здоровых женщин в постменопаузе можно наблюдать расширенную до 2 – 10 мм и заполненную однородным жидкостным содержимым полость матки.

Яичники

Размеры и структура яичников подвержены изменениям в зависимости от возраста, фазы менструального цикла и гормонального состояния женщины.

Размеры яичников:

- ❖ В репродуктивном возрасте (в среднем)
 - длина 30 мм
 - ширина 25 мм
 - толщина 15 мм
- ❖
 - ▣ **(Упрощенная формула подсчета: $0,5 \times \text{длина} \times \text{ширина} \times \text{толщина}$)**
- ❖ При ЦДК:
- ❖ Во время менструации и в фолликулярную фазу выявляют кровоток с высокими показателями сосудистого сопротивления
- ❖ В лютеиновую фазу в области формирования желтого

Ультразвуковая картина яичников в постменопаузе:

- ❖ При выявлении в постменопаузе увеличения объема яичников более 5 см³ или асимметрично одного из них в 2 раза необходимо исключить его патологию.
- ❖ Наличие единичных мелких фолликулов в течение первых 5 лет постменопаузы не является патологическим процессом.
- ❖ Однако, персистенция их у женщин с продолжительностью постменопаузы более 5 лет должна вызывать настороженность!
- ❖ При ЦДК яичники почти полностью гиповаскуляризированы и определяются лишь сигналы от основных артериальных ветвей.

Фолликулометрия

- ❖ Оценка овуляторной функции яичников (рост доминантного фолликула и формирование желтого тела после овуляции).
- ❖ Представляет собой серию УЗИ в динамике, начиная с 9 – 11 дня цикла.
- ❖ Для выявления овуляции исходят из формулы:

длительность МЦ – 14дней

- ❖ Адекватная лютеиновая фаза длится не менее 14 дней, а длительность фолликулярной – может варьировать.
- ❖ Начало исследования необходимо планировать за 4 – 7 дней до предполагаемой овуляции.

Компьютерная томография

- ❖ Вариант рентгенологического исследования, позволяющий получить продольное изображение исследуемой области, срезу в сагиттальной, фронтальной или любой заданной плоскости.
- ❖ Дает полное пространственное представление об исследуемом органе, патологическом очаге, информацию о плотности определенного слоя.
- ❖ Изображения не накладываются друг на друга.
- ❖ Минимальная величина патологического очага, определяемого с помощью КТ – **0,5 – 1**

Магнито-резонансная томография

Компьютерная обработка изображения позволяет получить изображение объекта в любой из пространственных плоскостей.

Преимущества:

- ❖ Метод более безвредный, чем КТ (отсутствует ионизирующее излучение).
- ❖ Возможность получать одновременно множество срезов исследуемого органа.
- ❖ Нет ограничений и противопоказаний по срокам и возрасту

«Иные врачи двадцать лет кряду
делают одни и те же ошибки и
называют это клиническим
ОПЫТОМ ... »

Ноуа Фэбрикант

Половое развитие ДЕВОЧКИ

***Ассистент кафедры
акушерства и гинекологии
ДВГМУ,
А.С. Шматкова***

Диспансеризация по приказу МЗ РФ № 572н

- **В настоящее время в Российской Федерации для охраны репродуктивного здоровья девочек и девушек-подростков внедрена трёхэтапная система оказания гинекологической помощи.**
- ***Первый этап* — дошкольные учреждения, школы и средние специальные учебные заведения. Объём лечебно-профилактической помощи включает в себя санитарно-просветительную работу педиатров, акушеров-гинекологов среди девочек, родителей и педагогов (работа кафедры АиГ совместно с УЗА г. Хабаровска)**

Диспансеризация по приказу МЗ РФ № 572н

- ▣ **Второй этап** — специализированные кабинеты гинекологов детского и юношеского возраста. Объём медицинской помощи сводится к диагностике и лечению в условиях поликлиники, направлению в стационар, наблюдению после выписки из стационара (детский гинеколог в женских консультациях)
- ▣ **Третий этап** — специализированные стационарные отделения с консультативным кабинетом при них (10 коек в ПЦ)

Половое созревание девочки и профилактика его нарушений

- **Половое созревание девочек – период жизни с 8-9 лет и заканчивается к 17-18 годам.**

Физиология периода полового созревания (пубертатный период)

- ▣ Пубертатный период – период созревания репродуктивной системы, конечным результатом которой является половая зрелость, готовность к деторождению.
- ▣ Менархе – первые менструации.
- ▣ Телархе – развитие молочных желез.
- ▣ Адренархе – лобковое и подмышечное (вторичное оволосение).
- ▣ Критическая масса тела – достижение которой необходимо для инициации циклической деятельности яичников ($47,8 \pm 0,5$ кг (22%))

В периоде созревания выделяют 2 фазы:

- ▣ **Первая – с 8-9 лет до 12-13 лет.** Характеризуется появлением вторичных половых признаков: «скачком» роста, увеличения молочных желез, оволосением на лобке и в подмышечных впадинах и заканчивается появлением первых менструаций. Полное развитие вторичных половых признаков должно закончиться к 14 годам.

В периоде созревания выделяют 2 фазы:

- ▣ **Вторая - с 12 до 18 лет** – фаза установления регулярного цикла. Если у девочки вторичные половые признаки появляются до 8 лет, то ребенка необходимо срочно проконсультировать у эндокринолога и детского гинеколога – это могут быть либо симптомы какого – либо заболевания, либо симптомы раннего полового созревания.

Менструальный цикл в большинстве случаев устанавливается через 1,0-1,5 года

- **Сроки полового созревания зависят от многих причин: наследственного фактора, состояния физического и психического здоровья, питания, режима.**
- **Лишний вес приводит к более раннему созреванию; ожирение – к задержке его.**
- **Позднее созреванию девочки, испытывающие тяжелые физические нагрузки (спортсмены, балерины) или имеющие хронические заболевания.**
- **Не следует забывать, что в организме все взаимосвязано. Заболевания одних органов могут вызвать отрицательные изменения в других.**
- **В данном случае имеются ввиду такие заболевания, как хронический тонзиллит, ожирение, гипотрофия (значительный дефицит веса), болезни мочеполовой системы. Они особенно тесно связаны с менструальной, а в**

Какие бывают варианты нарушения цикла?

Продолжительность нормального менструального цикла составляет - 24 -38 дней.

- Месячные проходят слишком часто, через каждые 2-3 недели, или редко – раз в 3-6 месяцев.**
- Продолжительность месячных менее 1, или более 8 суток.**
- Месячные сопровождаются болями, обмороками, головокружениями.**

Эмпирическая формула для расчета средних величин антропометрических размеров для детей от 2 до 16 лет
(И.М. Воронцов, 1986 г.)

- **Длина тела (рост в см) – рост в 8 лет равен 130 см; на каждый недостающий год отнимается по 8 см; на каждый год свыше 8 лет прибавляется по 5 см.**
- **Масса тела в кг (2-11 лет) – масса тела ребенка в 5 лет равна 19 кг; на каждый год до 5 лет отнимается по 2 кг, на каждый год свыше 5 лет прибавляется по 3 кг.**

Эмпирическая формула для расчета средних величин антропометрических размеров для детей от 2 до 16 лет (И. М. Воронцов, 1986 г.)

- ▣ Масса тела в кг (12-16 лет) – возраст умножается на 5 и из произведения вычитается 20.**
- ▣ Масса тела (кг) по длине тела (см) – при росте 125 см масса тела составляет около 25 кг, на каждые недостающие до 125 см 5 см – вычитываются 2 кг; на каждые дополнительные 5 см прибавляются по 3 кг, а у детей вступивших в период полового созревания – по 3,5 кг.**

Эмпирическая формула для расчета средних величин антропометрических размеров для детей от 2 до 16 лет (И. М. Воронцов, 1986 г.)

- ▣ **Окружность груди (см) – у ребенка 10 лет равна 63 см, на каждый год до 10 лет вычитывается по 1,5 см, на каждый год свыше 10 лет – прибавляется по 3 см.**
- ▣ **Окружность головы (см) – в 5 лет равна 50 см, на каждый недостающий год уменьшается на 1 см; на каждый год после 5 лет – увеличивается на 0,6 см.**

Определение биологического возраста:

- ▣ **по зубной формуле;**
- ▣ **по оценке развития
вторичных половых
признаков;**
- ▣ **по скелетной зрелости.**

Шкала Таннера

(Ма –1,2 балла)

- **Ма₀** – молочная железа не увеличена, сосок маленький, не пигментированный;
- **Ма₁** - сосок и ореола слегка приподняты, пигментация соска не выражена;
- **Ма₂** – молочная железа конической формы, околососковый кружок не пигментирован, сосок не возвышается;
- **Ма₃** - «юношеская грудь» округлой формы, околососковый кружок пигментирован, сосок возвышается;
- **Ма₄** - зрелая грудь; ареола сливается с контурами железы, сосок возвышается над общим контуром железы и ареолы.

Оценка развития половых признаков:

оволосение лобка (Р-0,3 балла);

~~аксилярное оволосение (Ах-0,4 балла):~~

- **Р0Ах0** – волосы на лобке и в подмышечной впадине отсутствуют;
- **Р1Ах1** – единичные прямые волосы;
- **Р2Ах2** - волосы более густые и длинные, располагаются на центральной части названных областей;
- **Р3Ах3** - волосы на всем треугольнике лобка и половых губах, густые, вьющиеся; подмышечные впадины все покрыты вьющимися волосами.

Оценка развития половых признаков: менструация
(Me-2,1 балла)

- **Me₀ – отсутствие месячных;**
- **Me₁ - менархе в период обследования (± 1 месяц);**
- **Me₂ - нерегулярные, болезненные, нарушенные месячные;**
- **Me₃ - регулярные месячные.**

Оценка развития половых признаков

- **составляется половая формула: $M_a + P + A_x + M_e$ и вычисляется суммарный «балл полового развития».**

***Пример:* половая формула в 12 лет – $M_{a3} P_2 A_{x1} M_{e0} = 3,6 + 0,8 + 0,4 + 0 = 4,6$ – вариант нормы или некоторое ускорение темпов полового развития.**

Стандарты полового развития девочек по М.В.Максимовой

- **10 лет – от $Ma_0 P_0 A_{x_0} Me_0$ до $Ma_2 P_1 A_{x_0} Me_0$ - от 0 до 2,7 (опережение – более 2,7 баллов);**
- **11 лет - от $Ma_1 P_0 A_{x_0} Me_0$ до $Ma_2 P_1 A_{x_0} Me_0$ - от 1,2 до 2,7 (отставание – менее 1,2; опережение – более 2,7 баллов);**

Стандарты полового развития девочек по М.В.Максимовой

- **12 лет – от Ма₁ Р₀ Ах₀ Ме₀ до Ма₃ Р₃ Ах₁ Ме₁ - от 1,2 до 7,0 (отставание – менее 1,2 баллов; опережение – более 7,0 баллов);**
- **13 лет - от Ма₂ Р₂ Ах₀ Ме₀ до Ма₃ Р₃ Ах₂ Ме₃ - от 3,0 до 11,6 (отставание – менее 3,0; опережение – более 11,6 баллов);**

Стандарты полового развития девочек по М.В.Максимовой

- **14 лет – от Маз Р₂ Ах₂ Ме₀ до Маз Р₃ Ах₃Ме₃ - от 5,9 до 12,0 (отставание – менее 5,0 баллов);**
- **15 лет - от Маз Р₃ Ах₂ Ме₃ до Маз Р₃ Ах₃ Ме₃ - от 11,6 и выше (отставание – менее 11,6 баллов).**

Диспансеризация по приказу МЗ РФ № 572н

- Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога или другого медицинского работника при оказании первичной медико-санитарной помощи является проведение профилактических осмотров девочек в возрасте 3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез.

Диспансеризация по приказу МЗ РФ № 572н

- В остальные возрастные периоды осмотр девочки проводится врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта и осуществляется направление девочки к врачу-акушеру-гинекологу в соответствии с перечнем показаний согласно [приложению N 21](#) к Порядку оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", утвержденному настоящим приказом

Диспансеризация по приказу МЗ РФ № 572н

При проведении профилактических медицинских осмотров девочек декретируемых возрастов после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник осуществляет:

- выяснение жалоб,
- проводит общий осмотр,
- измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам,
- оценку степени полового развития по Таннеру,
- осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов,
- консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития.

При профилактическом осмотре девочки в возрасте до 15 лет разрешается присутствие ее законного представителя.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет

включительно являются следующие жалобы и состояния:

- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации, папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;
- выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;
- кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;
- травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;
- патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия) в любом возрасте;

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет

включительно являются следующие жалобы и состояния:

- боли в животе в любом возрасте;
- изменение формы и величины живота в любом возрасте;
- увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;
- ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет;
- перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);
- отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;
- указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет

включительно являются следующие жалобы и состояния:

- наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;
- нарушение строения наружных половых органов, в том числе сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;
- аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь, и узловое образования молочных желез в пубертатном периоде;
- отклонения от нормативной массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от 8 до 17 лет включительно) более чем на 10%;
- повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;
- задержка физического развития в любом возрасте;
- низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания;
- высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет

включительно являются следующие жалобы и состояния:

- состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;
- 3, 4 и 5 группы здоровья с эндокринными, аллергическими, воспалительными и другими хроническими заболеваниями, в том числе дети инвалиды и дети с ограниченными возможностями в любом возрасте;
- реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);
- указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;
- начало сексуальных отношений;
- необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;
- необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В и С.
- необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта.

Какие будут вопросы ?

