


Лекция № 21 и 22

**Методы обследования в
гинекологии.**

**Учебная нагрузка 4
академических часа.**

 Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

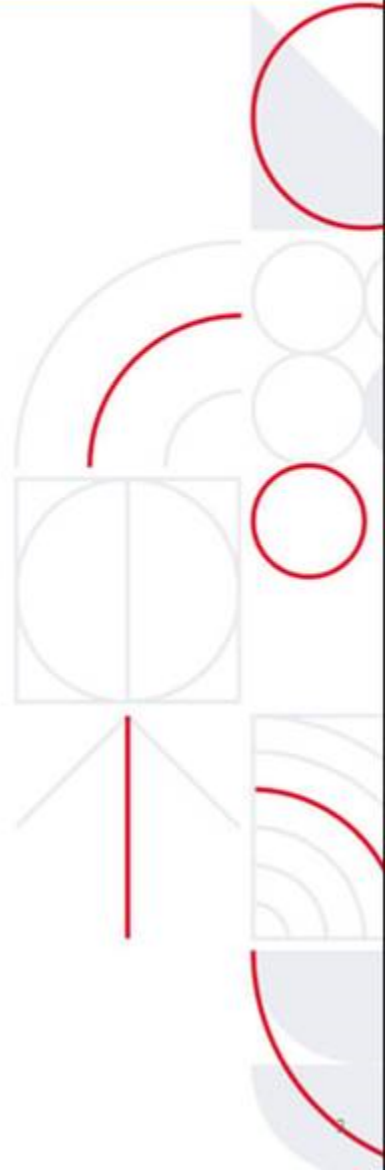
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План лекции

1. Вводная часть 2 минуты
2. Что такое гинекология ? Кто такой врач –гинеколог? Кто такой акушер?
3. Методы обследования в гинекологии
4. Опрос гинекологических больных
5. Осмотр гинекологических пациентов
6. Специальные методы исследования в гинекологии
7. Половое развитие девочек
8. Домашние задание
9. Список литературы



Что такое гинекология ?

Кто такой акушер ?

Кто такой гинеколог ?



Гинеко́логия (др.-греч. γυνή, γυναικός — «женщина» + др.-греч. λόγος — «слово, учение») — отрасль медицины, изучающая заболевания, характерные только для организма женщины, прежде всего — заболевания женской репродуктивной системы.

Врач-гинеколог занимается наблюдением состояния женских половых органов и при наличии заболеваний их лечением в динамике, профилактикой возможных осложнений.

Врач-акушер наблюдает в динамике за развитием беременности предпочтительно с малых сроков, следит за состоянием внутренних органов беременной, направляет в стационар на родоразрешение.

Методы обследования:

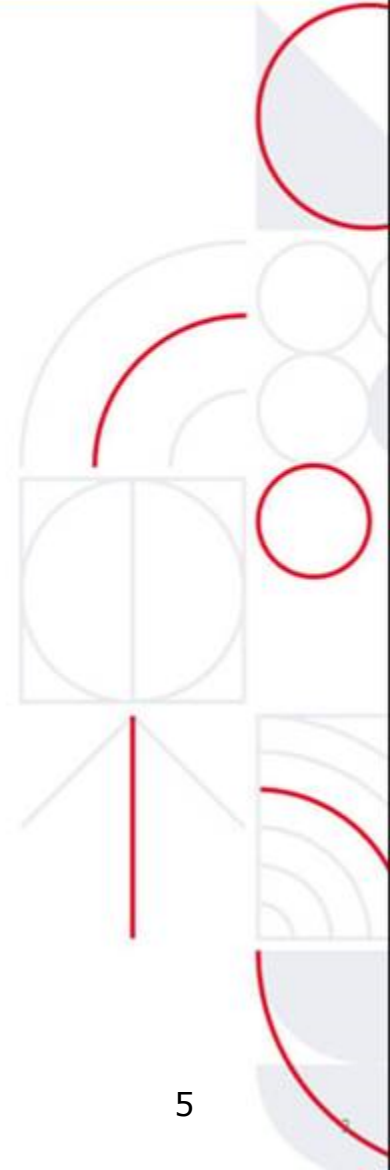


1. Клинические:

- ❖ 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

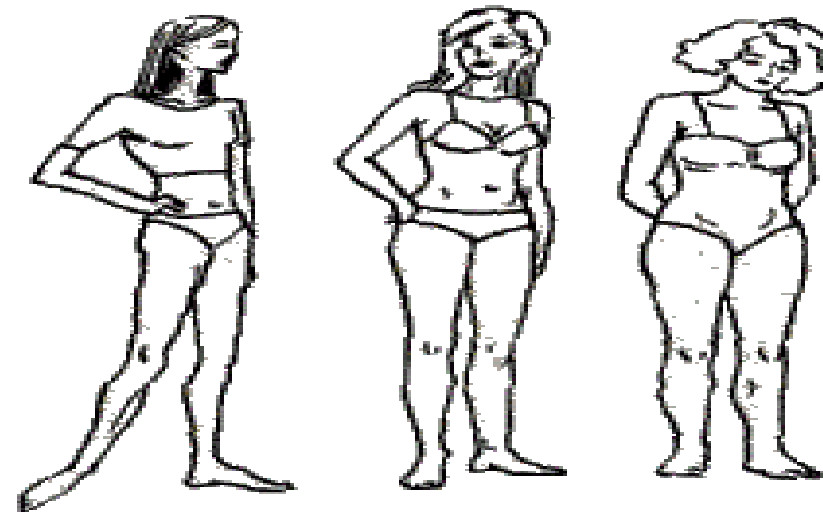


- ❖ Основная (ведущая) жалоба
- ❖ Дополнительные жалобы
- ❖ Перенесенные заболевания (инфекционные, соматические заболевания и оперативные вмешательства)
- ❖ Менструальная и репродуктивная функции, характер контрацепции (дата последней менструации)
- ❖ Гинекологические заболевания и операции на половых 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.



Молочная железа

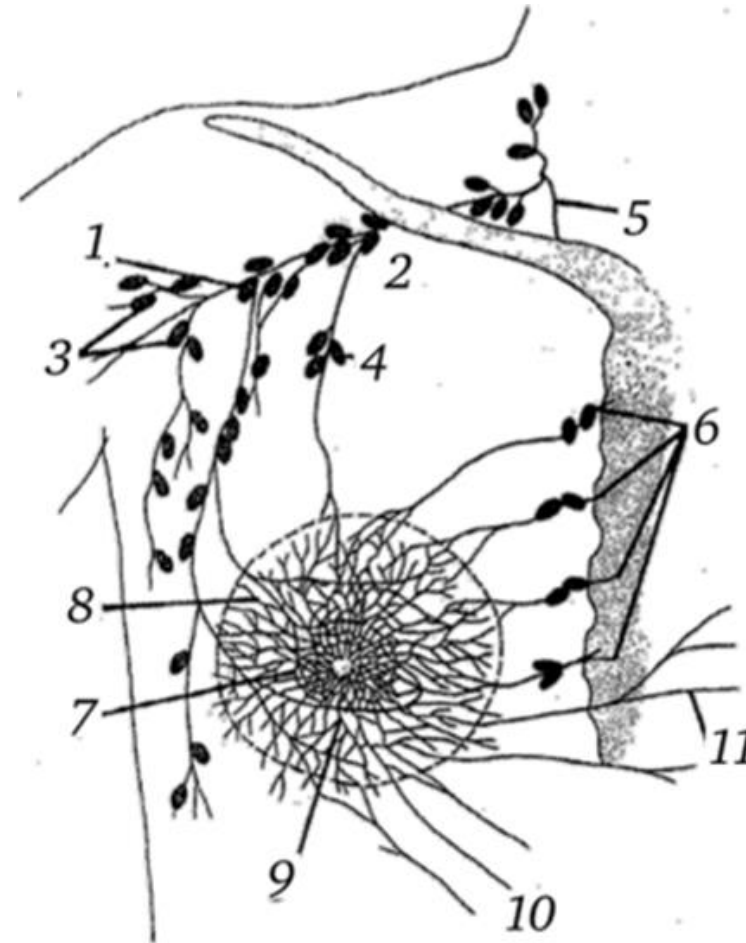
- МЖ – расположена на передней грудной стенке на уровне III - VII ребер, от стеральной линии до передней подмышечной линий. Железа лежит на большой грудной мышце и, частично, на передней зубчатой мышце.
- Поверхностная фасция груди образует капсулу молочной железы, она состоит из поверхностного и глубокого листка фасции и отдает внутрь перегородки, разделяющие железу на 15—20 долек, каждая из которых имеет свой выводной проток. Протоки в радиальном направлении сходятся в области соска молочной железы, сливаются в млечные синусы, которые открываются на вершине соска.
- Между глубоким листом поверхностной фасции и собственной фасцией груди расположена ретромаммарная клетчатка.





Молочная железа

1. Молочная железа имеет множество путей лимфооттока, главный из которых подмышечный. В норме по этому пути оттекает около 97% лимфы.
2. Подключичный путь от верхних и задних отделов железы.
3. Парастернальный путь из медиальной части железы в парастернальные лимфоузлы I - V межреберья.
4. Межреберный путь от задних и наружных отделов молочной железы по ходу межреберных артерий в парастернальные или с лимфатические сосуды тел позвонков.
5. Позадигрудинный путь из центрального и медиального отделов железы к медиастинальным и далее к бронхопюльмональным узлам.
6. Перекрестный путь. Движение лимфы происходит по кожным и подкожным лимфатическим сосудам грудной стенки к противоположным подмышечным узлам.
7. Путь Героты. Отток лимфы происходит через сосуды области эпигастрия в предбрюшинную клетчатку.





Исследование молочных желез

Осмотр:

Степень развития и размер (например по шкале Таннера, шкала описывает появление и развитие пубертатных изменений как у мальчиков так и у девочек)

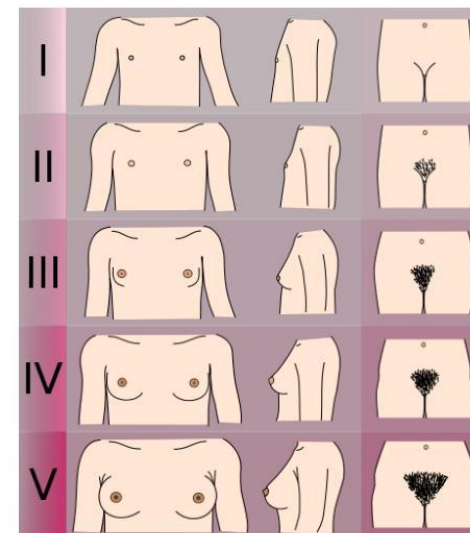
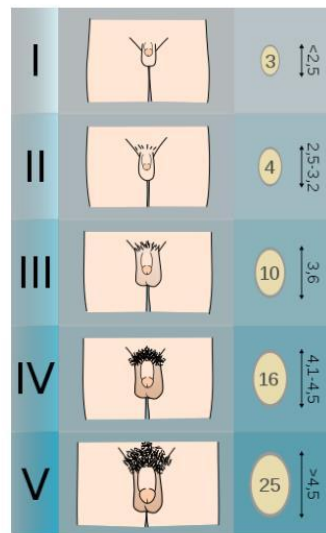
Состояние кожных покровов

Пальпация (стоя и лежа):

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

Наличие мастопатии (возможность определить ее форму)

Шкала Таннера





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	



Исследование молочных желез

Видимые признаки патологии молочной железы

изменения
кожи груди

западение или
втягивание соска

выделения
из соска

необычная полнота
или сморщивание



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) / рост² (м)

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)

Идеальный вес: как рассчитать индекс массы тела (ИМТ)?

Индекс массы тела можно вычислить по формуле:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$$

Например, масса человека - 85 кг, рост - 164 см.
Следовательно ИМТ в этом случае равен:

$$\text{ИМТ} = \frac{85}{1.64 \cdot 1.64} = 31.6$$



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

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



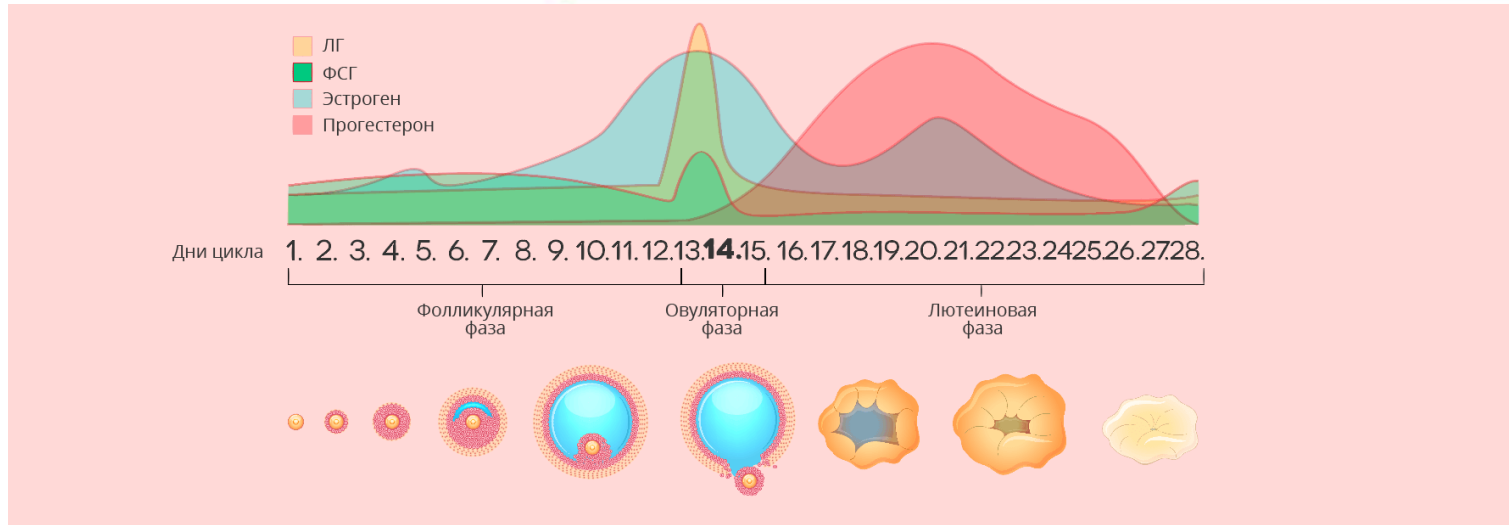
Внутренние женские половые органы

- Яичники – два небольших органа, находятся по бокам от матки, у концов фаллопиевых труб. Производят эстрогены и другие гормоны. В яичниках находятся пузырьки (фолликулы) с яйцеклетками. Раз в месяц одна из них созревает и покидает яичник, чтобы быть оплодотворенной сперматозоидом и дать начало эмбриону.
- Матка —местилище для оплодотворенной яйцеклетки. Именно в ней происходит рост эмбриона и плода. Это полый орган, стенка которого состоит из трех слоев: слизистой оболочки (эндометрия), мышц и наружной серозной оболочки.
- Маточные (фаллопиевы) трубы – две трубы, которые отходят от матки вправо и влево. Второй конец каждой трубы открывается прямо в брюшную полость, он окружен ворсинками, которые помогают вышедшей из яичника яйцеклетке «найти вход» в маточную трубу. Вместе с яичниками фаллопиевы трубы образуют придатки матки.
- Шейка матки соединяет влагалище с полостью матки. Её нижний конец как бы выбухает во влагалище и виден во время осмотра на гинекологических зеркалах.





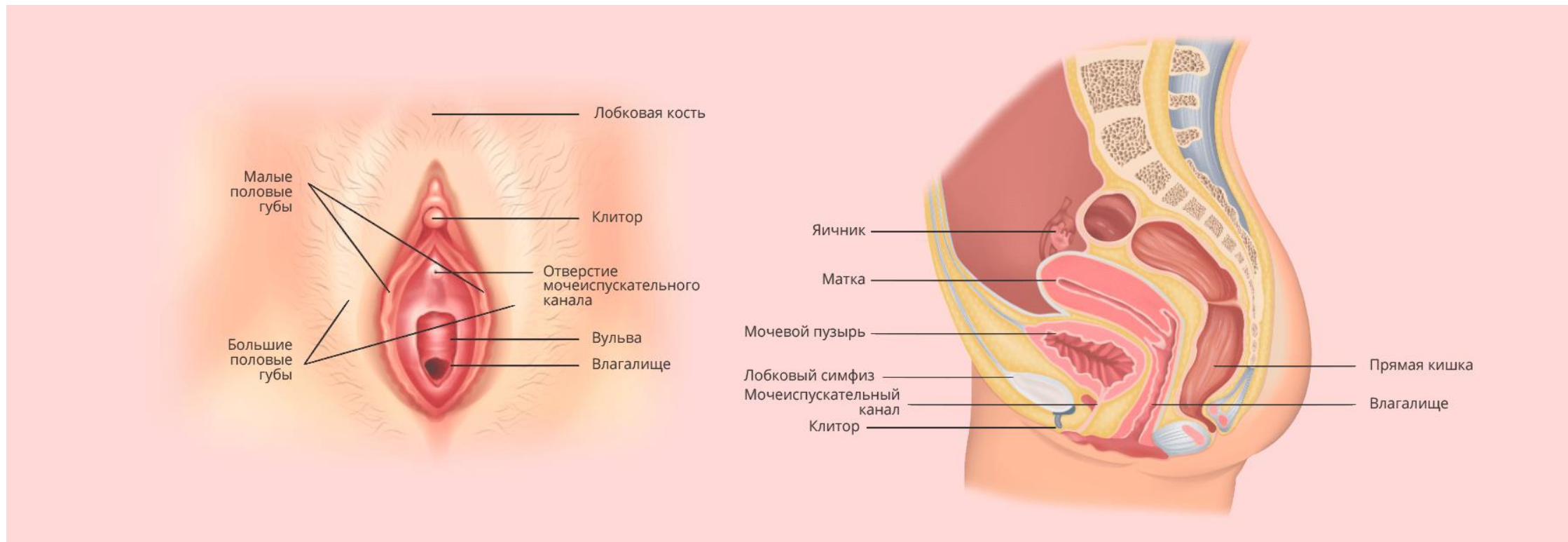
Менструальный цикл



1. ЛГ – лютеинизирующий и ФСГ - фолликулостимулирующий гормон вырабатывается гипофизом. Под действием ФСГ в яичниках начинается созревание 15–20 фолликулов (пузырьков с яйцеклетками) и усиливается синтез эстрогенов (14 дней)
2. Под действием ЛГ доминирующий фолликул созревает и лопается, из него выходит яйцеклетка. Сначала она попадает в брюшную полость, оттуда – в маточную трубу. Выход яйцеклетки из яичника называется овуляцией.
3. Фолликул, после того как его покинула яйцеклетка, превращается в структуру, которая называется желтым телом. Оно выделяет гормон прогестерон, который готовит матку к беременности. Если беременность не наступает, уровень гормонов постепенно падает, на этом фоне **слизистая оболочка матки отторгается и выходит через влагалище вместе с кровью**. Наступает менструация. После неё начинается фолликулярная фаза нового цикла.



Наружные женские половые органы





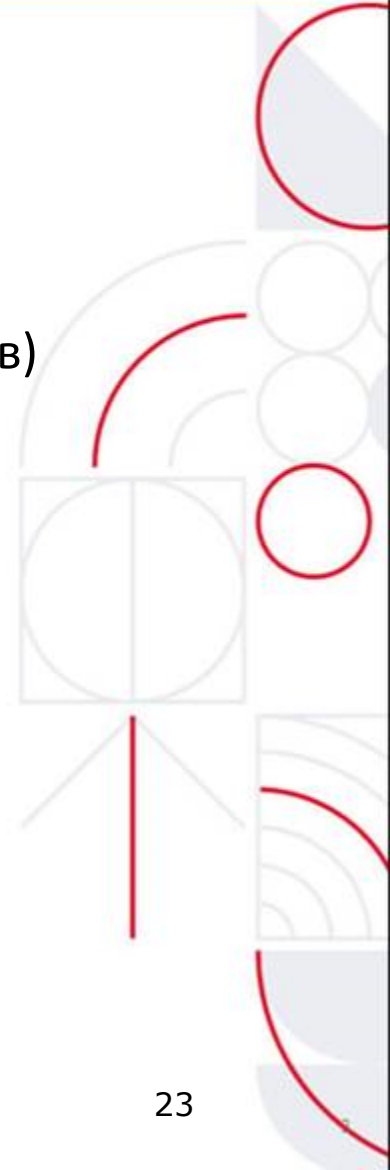
Наружное гинекологическое исследование

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 (глубина влагалища 14-16 см)

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

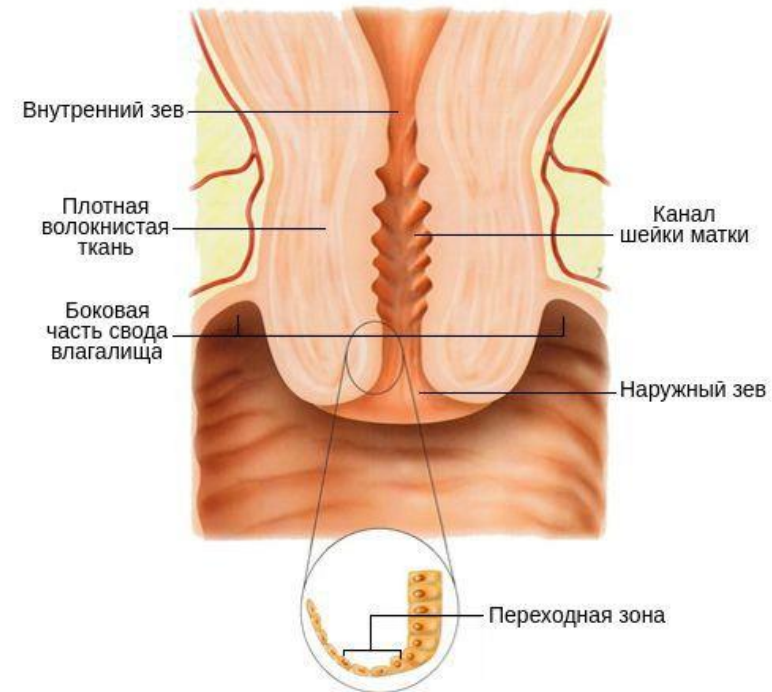
Внутреннее гинекологическое исследование

Влагалище располагается между мочевым пузырем и прямой кишкой. Верхним концом влагалище окружает шейку матки, влагалищная часть шейки матки своим внутренним отверстием обращена к задней стенке влагалища.

Между шейкой матки и верхним концом влагалища образуется кольцеобразное углубление, называемое влагалищным сводом, в нем различают четыре части: переднюю, заднюю и две боковые.

Заднюю часть чаще называют задним сводом. Он наиболее глубок по сравнению с остальными и достигает дна прямокишечно-маточного углубления брюшины. Здесь его стенка на протяжении 1—2 см покрыта брюшиной, переходящей с матки на прямую кишку, и, следовательно, эта небольшая часть влагалища располагается в верхнем, брюшинном, этаже малого таза. Как уже отмечалось, через задний свод можно иглой пунктировать брюшную полость с диагностической или лечебной целью.

Строение шейки матки





Осмотр в зеркалах

Зеркало гинекологическое по Куско применяется для осуществления забора материала для последующих цитологических, микроскопических или бактериологических исследований. Специальная форма створок зеркала обеспечивает хорошие возможности для осмотра пациентки без дискомфорта. Длинная рукоятка создает максимальный комфорт при работе с инструментом. Классическая конструкция поворотного замка обеспечивает надежную фиксацию створок в выбранном положении. Размеры рабочего «окна» и его форма позволяют выполнять любые лечебные и диагностические манипуляции.



Осмотр в зеркалах

Зеркало гинекологическое ложкообразное по Симсу берут в

правую руку, левой рукой разводят большие половые губы и вводят зеркало в косом размере по задней стенке влагалища до заднего свода, где разворачивают его в поперечный размер.

Надавив зеркалом на заднюю стенку влагалища, освобождают место для введения подъемника и переключают рукоятку зеркала в левую руку. Правой рукой вводят подъемник во влагалище слегка в косом размере, разворачивают в поперечный размер и обнажают шейку матки и влагалище.





Осмотр в зеркалах

Ложкообразное по Симсу с подъемником по Отту. Ложкообразное

зеркало берут в правую руку, левой рукой разводят большие половые губы и вводят зеркало в косом размере по задней стенке влагалища до заднего свода, где разворачивают его в поперечный размер. Надавив зеркалом на заднюю стенку влагалища, освобождают место для введения подъемника и перекладывают рукоятку зеркала в левую руку. Правой рукой вводят подъемник во влагалище слегка в косом размере, разворачивают в поперечный размер и обнажают шейку матки и влагалище.

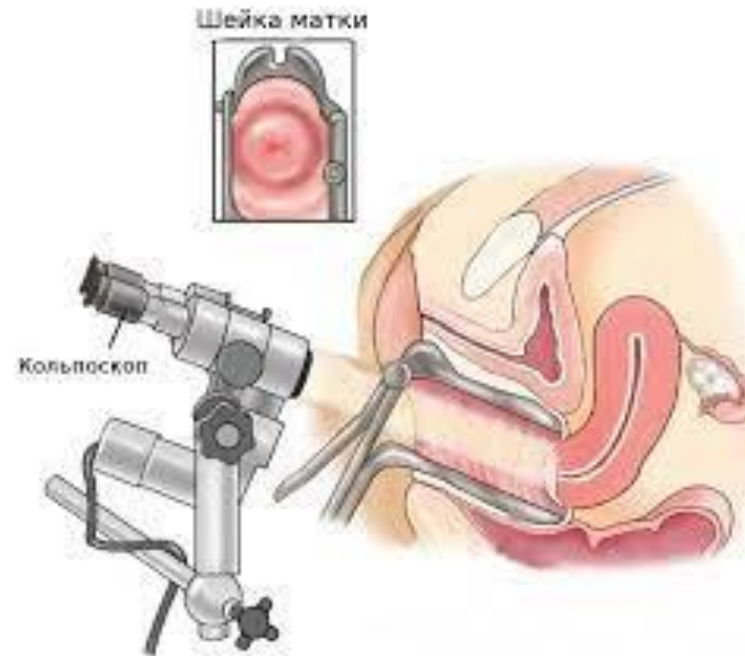




Осмотр в зеркалах

Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах

является первым этапом диагностики различных патологических состояний: врожденных аномалий женских половых органов (атрезия влагалища, полные и неполные формы удвоения женских половых органов и др.), инфекционно-воспалительных заболеваний (вагинит, цервицит, в т.ч. специфической этиологии), доброкачественных и предраковых заболеваний влагалища и шейки матки (эктопия, лейкоплакия, эктропион, кондиломы и др.), а также рака указанных локализаций.



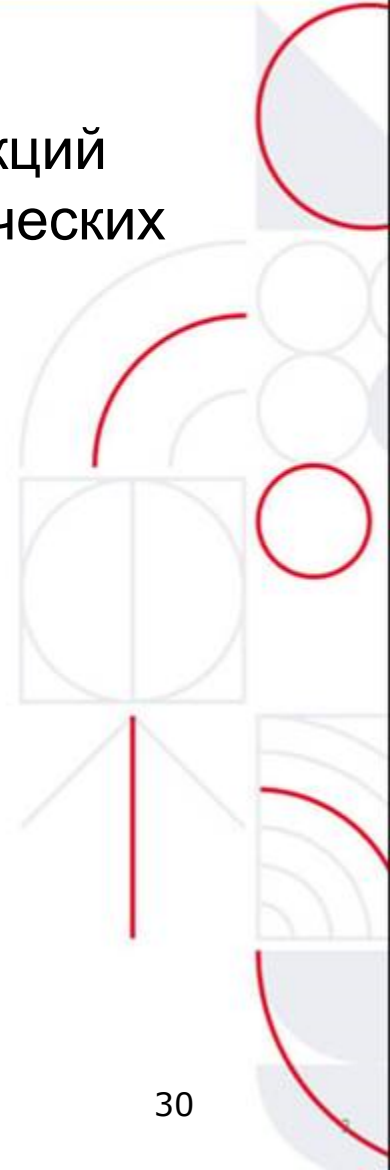
Патологические выделения (бели):



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

Бели генитального происхождения:

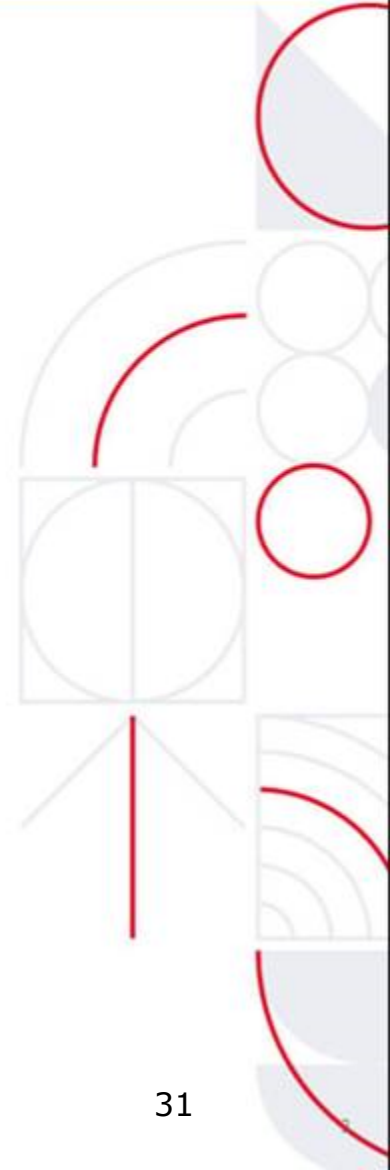
- инфекционные процессы в области гениталий
- неправильное положение половых органов
- новообразования
- гиперпластические процессы слизистой матки, шейки матки
- механические раздражения (инородные тела)
- химические, термические воздействия
- паразитарные причины (глисты)





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, резами при мочеиспускании.
- При трихомониазе бели обильные, жёлтые, пенистые, сопровождающиеся сильным зудом.
- Бели при кандидозе (кандидоз очень часто возникает при лечении антибиотиками, дисбактериозе, аллергизации и т.д.) – творожистые, в виде крупинок белого цвета. Сопровождаются жжением и зудом, неприятным ощущением во влагалище и признаками воспаления (отёк, гиперемия, местная температурная реакция, нарушение функции).

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

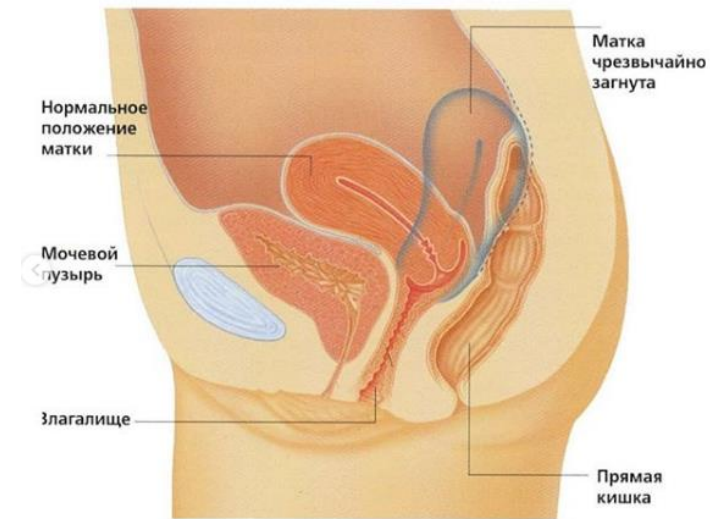


Пальпация матки

уточнение ее положения :

- наклон - versio,
- перегиб - flexio,
- смещение по горизонтальной оси - positio,
- по вертикальной оси - elevatio, prolapsus, descensus (опущение, выпадение)

В норме матка расположена в центре малого таза, дно её находится на уровне входа в малый таз. Шейка и тело матки образуют угол, открытый кпереди (anteflexio). Вся матка несколько наклонена кпереди (anteversio). При опухолях в области придатков матка бывает смещена в противоположную сторону, при воспалительных процессах - в сторону воспаления. Болезненность матки при пальпации отмечают только при патологических процессах;





Пальпация матки

Далее определяют размеры, форму, консистенцию и подвижность матки:

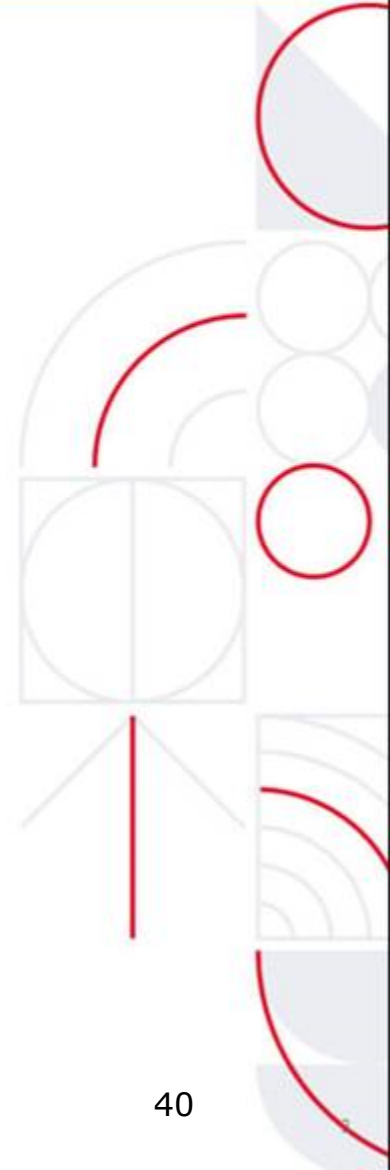
- Размеры - уменьшение матки возможно при инфантильности, в климактерическом периоде и постменопаузе, увеличение матки наблюдают при опухолях (миома, саркома) и при беременности.
- Форма матки в норме грушевидная, несколько уплощённая спереди назад. При беременности матка шарообразная, при опухолях неправильной формы.
- Консистенция матки в норме тугоэластичная, при беременности стенка размягчена, при фибромиомах уплотнена. В некоторых случаях матка может флюктуировать, что характерно для гемато- и пиометры.
- В норме матка обладает достаточной подвижностью. При опущении и выпадении матки подвижность её становится чрезмерной за счёт расслабления связочного аппарата. Ограниченную подвижность наблюдают при инфильтратах параметральной клетчатки, сращении матки с опухолями и др. Извлекая правую руку из влагалища, внимательно ее осмотреть на наличие выделений, и их характер.



Пальпация придатков

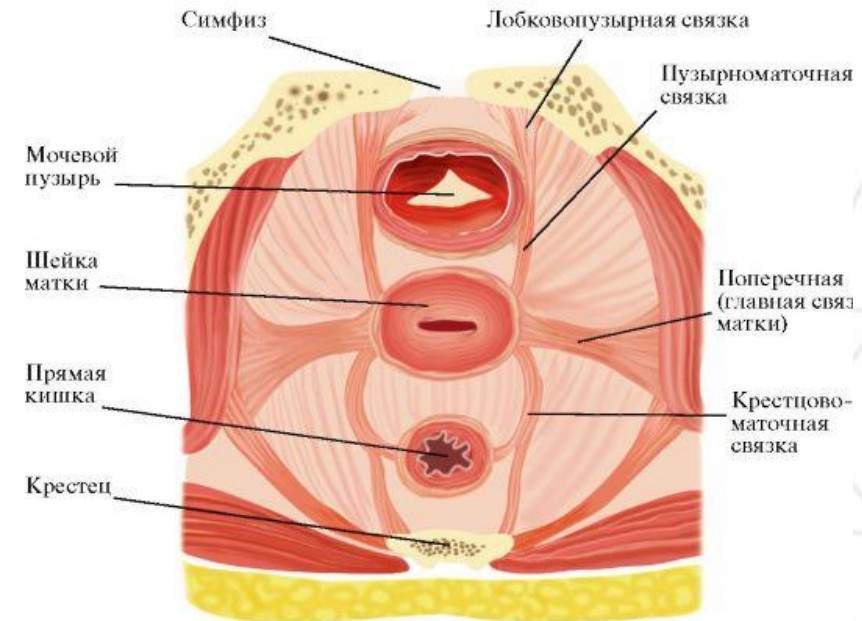
Неизменённые маточные трубы обычно не определяются, при сальпингите можно обнаружить тонкий круглый тяж, болезненный при пальпации, или узловатые утолщения в области рогов матки и в перешейке маточной трубы, сактосальпинкс пальпируют в виде расширяющегося в сторону воронки маточной трубы продолговатого образования, обладающего значительной подвижностью, пиосальпинкс чаще менее подвижен или фиксирован спайками;

Яичник пальпируют в виде тела миндалевидной формы величиной 3х4 см, достаточно подвижного и чувствительного. При обширных воспалительных процессах пропальпировать яичник и трубу отдельно не удаётся, часто определяют болезненный конгломерат. Если определяют объёмные образования яичников, оценивают их положение относительно тела и шейки матки, форму, консистенцию, болезненность и подвижность.



Пальпация связок

Неизменённые связки матки обычно не определяются, круглые связки можно пропальпировать во время беременности и при развитии в них миомы, крестцово-маточные связки пальпируют после перенесённого параметрита (инфильтрация, рубцовые изменения). Крестцово-маточные связки лучше выявляются при исследовании *per rectum*. Околوماتочную клетчатку (параметрий) и серозную оболочку пальпируют только при наличии в них инфильтратов (раковых или воспалительных), спаек или экссудата.





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, свищах



рН-метрия

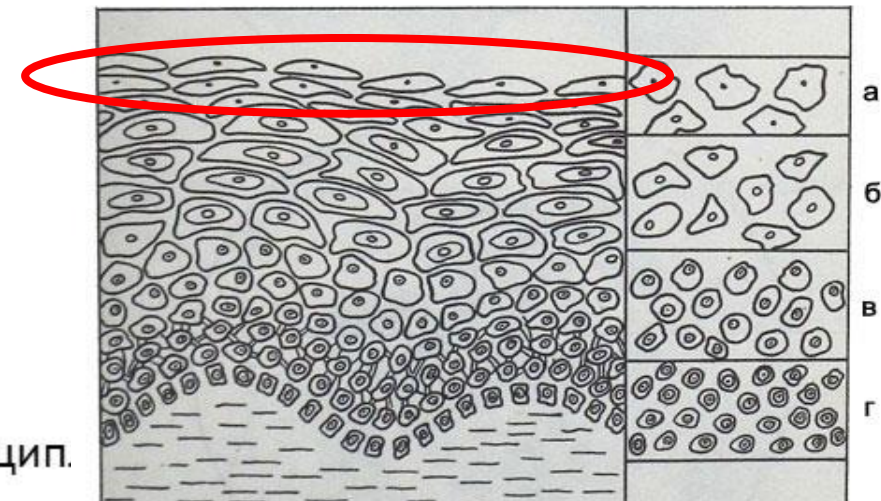
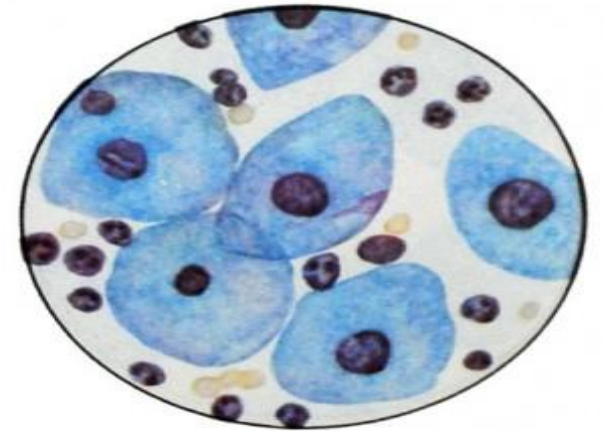
- Всем женщинам при гинекологическом осмотре следует проводить рН-метрию вагинального содержимого: **нормальная кислотность влагалища колеблется от 3,8 до 4,5.**
- Уровень рН вагинального содержимого выше 4,4 — чёткое указание на необходимость обследования хотя бы на основные ИППП (решение о широте спектра 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

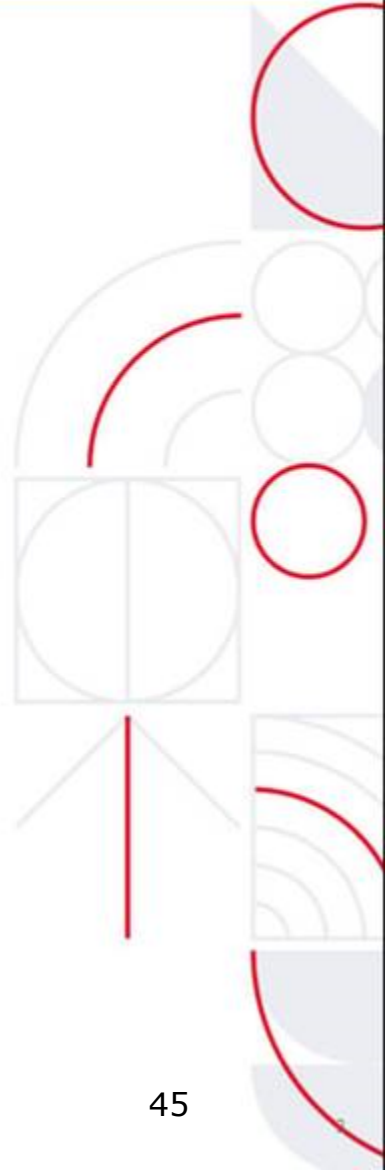
- **Бактериологическое исследование** с последующим методом морфологического анализа, основанный на оценке клеточного состава органов и тканей (урогенитального тракта)
- **У женщин берется мазок-скарификат из 4-х точек: уретры, цервикального канала, влагалища и ... прямой кишки !!!**
- **У мужчин – из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





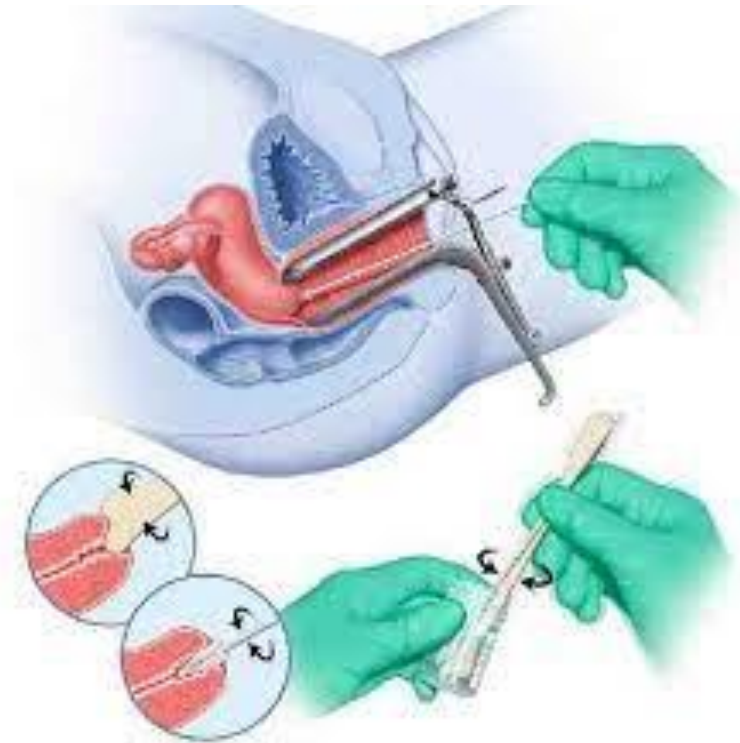
Техника взятия мазка

- Оптимальным временем забора является первая фаза менструального цикла. При наличии менструальных выделений исследование может оказаться неинформативным.
- До взятия образцов биологического материала необходимо маркировать сухое обезжиренное предметное стекло, разделить его на три равные части, указав в каждой локус: V, С, и U (влагалище, цервикальный канал и уретра); для этой цели используйте специальный тонкий маркер для письма по стеклу.

Техника взятия мазка

Протереть наружное отверстие уретры стерильным ватным тампоном, затем указательный палец правой руки ввести во влагалище и массировать уретру изнутри кнаружи, чтобы получить отделяемое. Взять ложку Фолькмана (рис. 7) или урогенитальный универсальный зонд (рис. 8) в правую руку как карандаш и ввести в уретру на 1-1,5 см, сделать соскоб с задней стенки уретры. Нанести свободное отделяемое на предметное стекло в виде кружочка или буквы U – уретра (uretra).

После этого ввести во влагалище зеркало, обнажить шейку матки и после удаления слизи и влагалищных выделений с шейки матки стерильным марлевым тампоном (шариком), другим концом ложечки Фолькмана (длинным пинцетом, зондом урогенитальным универсальным) взять отделяемое из цервикального канала легким поскабливанием, введя инструмент на 1-1,5 см. Инструмент извлечь, а полученный материал нанести на предметное стекло в виде поперечной полоски или буквы С – шейка (cervix).





Скрининговые тесты на онкозаболевания

- Мазок по Папаниколау (Мазок берется специальным шпателем или щеточками, при этом очень важно не допустить попадание постороннего материала. Клеточный материал быстро фиксируется (без подсушивания) при помощи спирта на предметном стекле. Окрашивание мазков по Папаниколау проводится ГЭ.)
- Жидкостная цитология (биоматериал размещается не на стекле, а во флаконе с транспортной средой)
- ВПЧ-тест (ПЦР на вирус папилломы человека)
- Визуальный метод с пробами – кольпоскопия

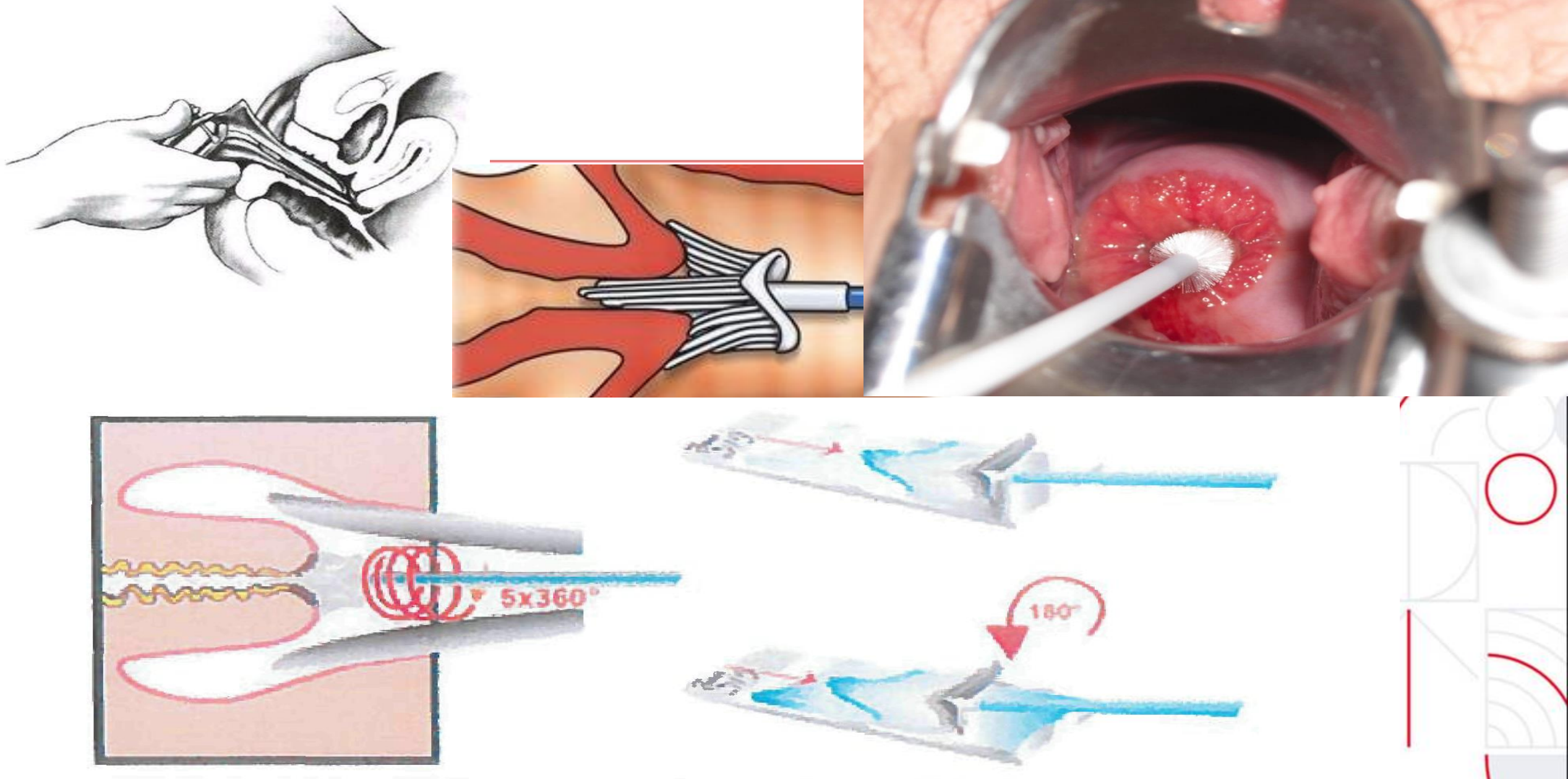


Рис. 3. Правила забора материала для цитологического исследования цитощеткой и техника приготовления мазка.



Нобелевскую премию по физиологии и медицине 2008 года разделили

Харальд цур Хаузен (11 марта 1936 -29 мая 2023) - «за открытие вирусов папилломы человека, вызывающих рак шейки матки» и

Франсуаза Барре-Синусси и Люк Монтанье «за открытие вируса иммунодефицита человека».

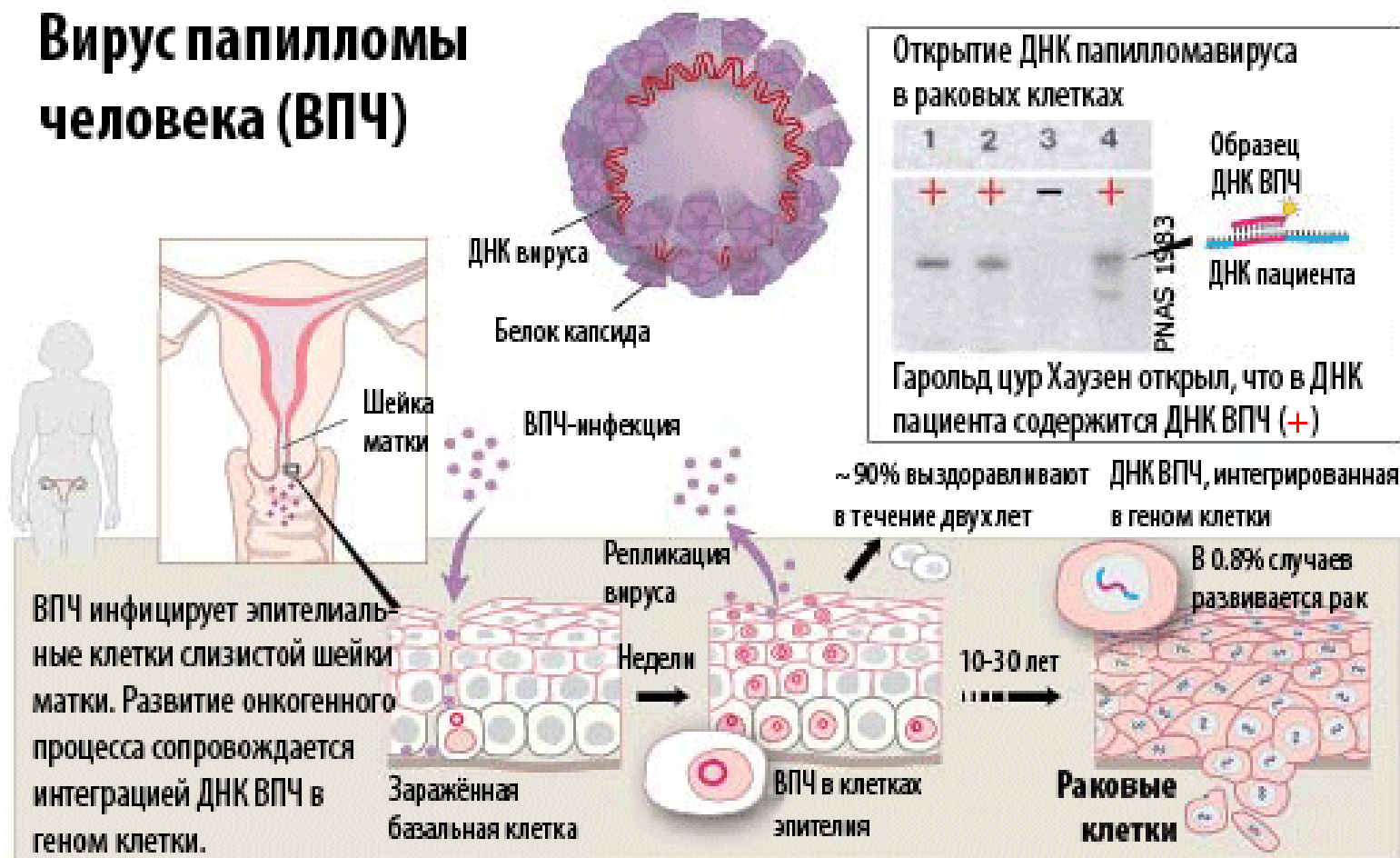
Значение этих открытий для борьбы с раком и СПИДом огромно. От них зависит спасение миллионов человеческих жизней.



Вопреки существовавшим в 1970-х представлениям о природе раковых заболеваний, Гарольд цур Хаузен (Harald zur Hausen) постулировал, что развитие рака шейки матки (по крайней мере, в некоторых случаях) связано с папилломавирусом человека (ВПЧ). Он предположил, что если опухолевые клетки содержат онкогенный вирус, то их геном должен включать и вирусную ДНК. Следовательно, активность вирусных генов, инициирующих злокачественный рост, может быть обнаружена при помощи специальных ДНК-тестов, ориентированных на вирусный генетический материал. Цур Хаузен более десяти лет продвигал свою идею и занимался поиском различных типов ВПЧ-инфекции, что затруднялось, в частности, тем обстоятельством, что вирусная ДНК лишь частично внедрялась в хромосомы хозяина (человека). В 1983 году ему удалось обнаружить ДНК папилломавируса в биопсии рака шейки матки, и это событие можно считать открытием онкогенного вируса ВПЧ-16. Годом позже он клонировал ДНК ВПЧ-16 и ВПЧ-18 в пациентах, больных раком шейки матки.

Эти типы вируса обнаруживаются примерно в 70% случаях рака шейки матки.

Вирус папилломы человека (ВПЧ)





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)

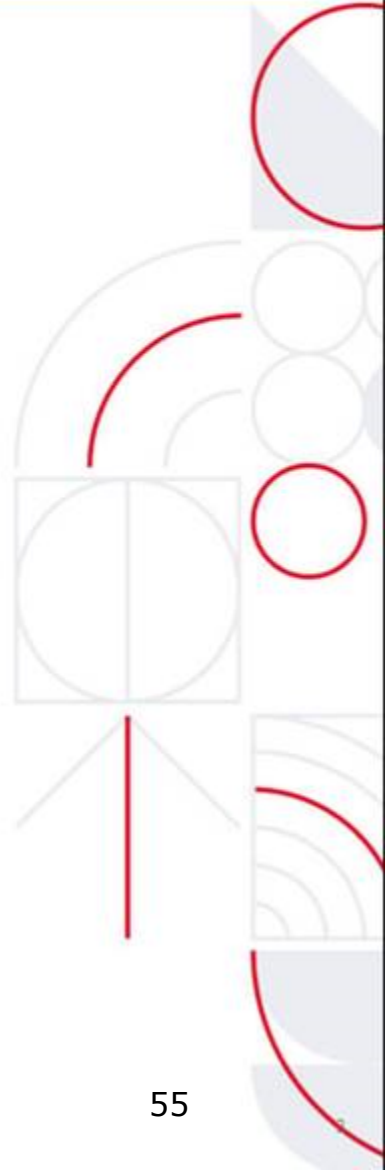
- Биологический материал, в котором могут быть патогенные микроорганизмы, помещают в благоприятную для них среду и при конкретных температурных показателях оценивают результаты их чувствительности на определенные антибактериальные препараты.
- Посев на флору позволяет определить видовую принадлежность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





Что показывает бакпосев?

- *стрептококков*
 - *гонококков*
 - *стафилококков*
 - *кишечную палочку*
 - трихомонад
 - грибка
 - уреоплазму
 - 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

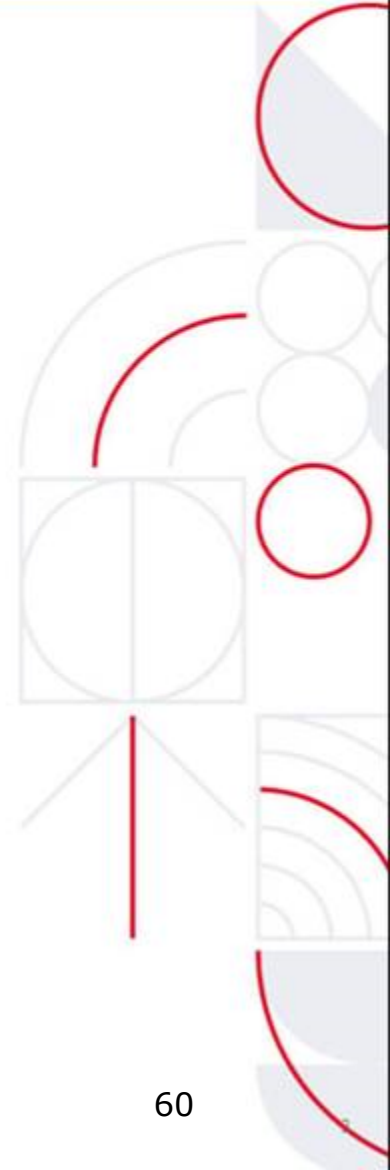
ПЦР позволяет провести:

- 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





«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



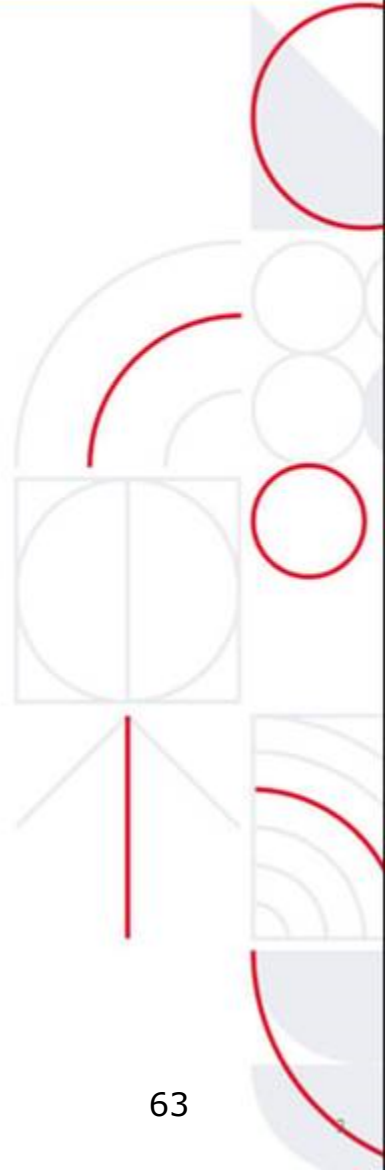
Комбинация опухолевых маркеров

- 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 трансабдоминальным (ТАС) и трансвагинальным (ТВС) сканированием.





Матка

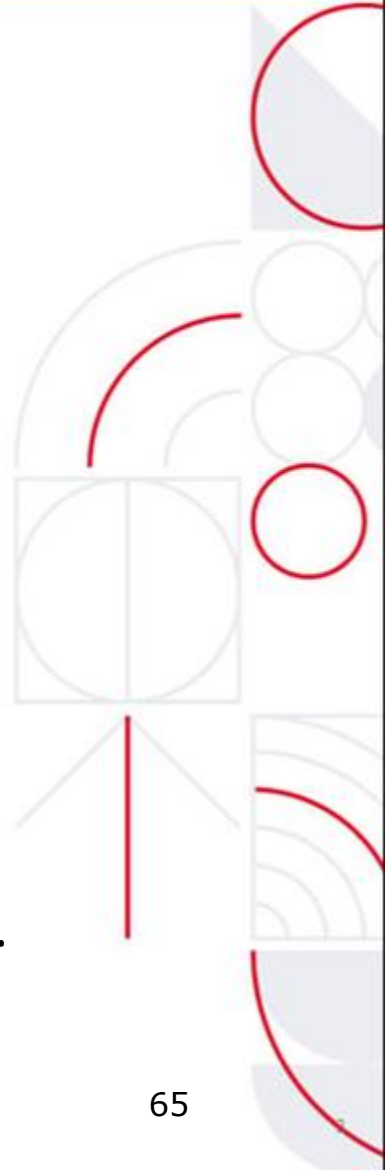
Динамика размеров тела матки зависит от фаз менструального цикла:

- ❖ 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.
- За несколько дней до менструации в толще эндометрия могут определяться мелкие кистозные включения до 1 – 4 мм



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 / отдельное 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 тела появляются участки с низкорезистентным кровотоком.



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 см.**





Магнито-резонансная томография

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

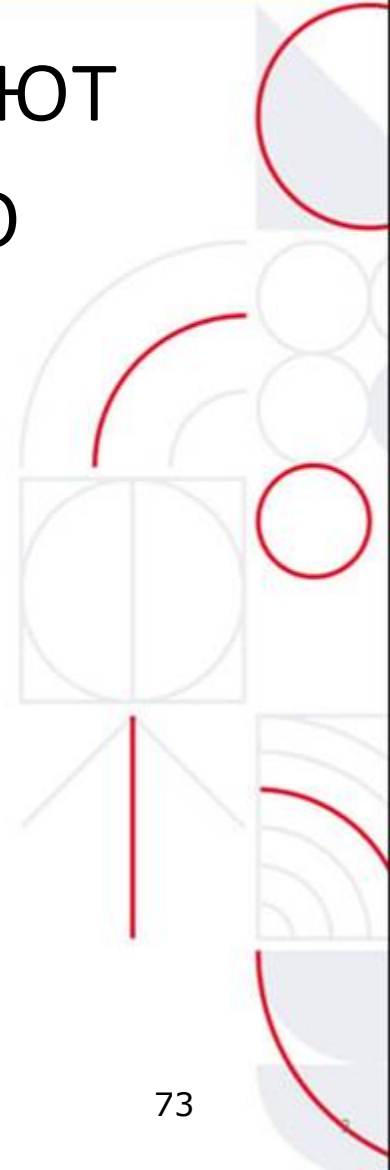
Преимущества:

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



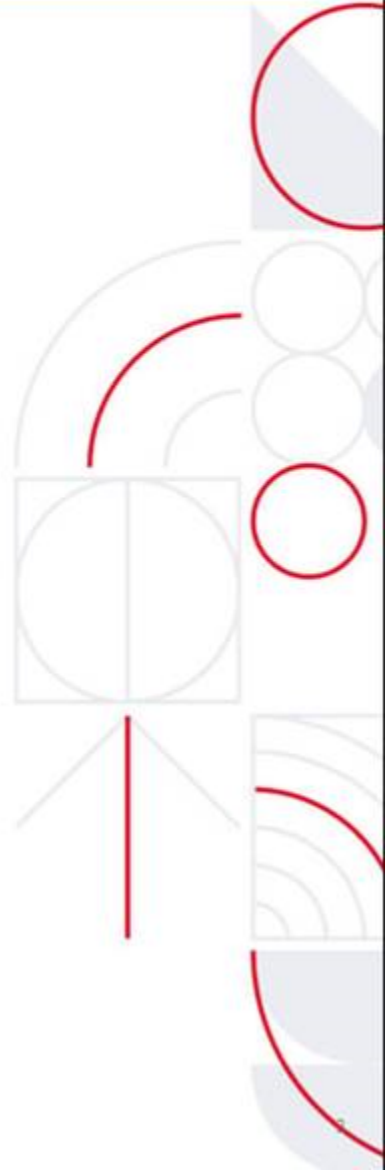
«Иные врачи двадцать лет кряду делают
одни и те же ошибки и называют это
клиническим опытом ... »

Ноуа Фэбрикант





Половое развитие девочки





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)



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 в виду такие заболевания, как хронический тонзиллит, ожирение, гипотрофия (значительный дефицит веса), болезни мочеполовой системы. Они особенно тесно связаны с менструальной, а в дальнейшем – детородной функцией.



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.**



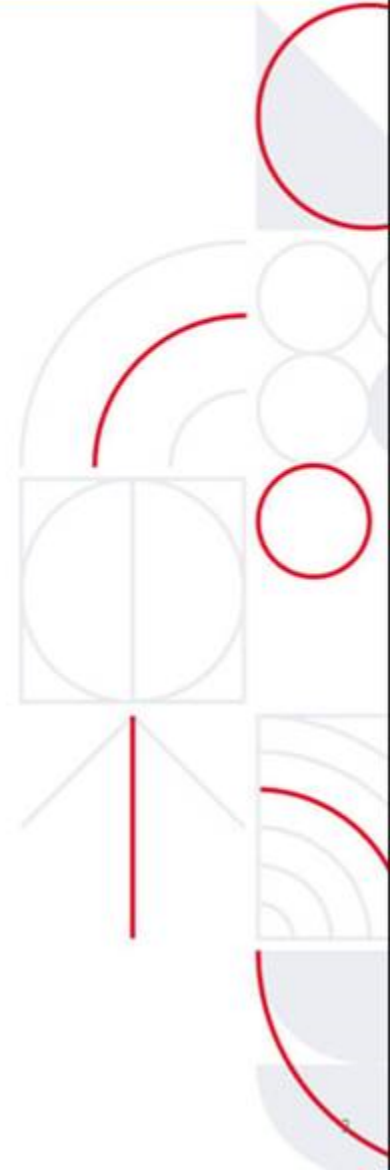
Эмпирическая формула для расчета средних величин антропометрических размеров для детей от 2 до 16 лет (И.М. Воронцов, 1986 г.)

- **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 (P-0,3 балла);
аксиллярное оволосение (Ax-0,4 балла):

- **P0Ax0** – волосы на лобке и в подмышечной впадине отсутствуют;
- **P1Ax1** – единичные прямые волосы;
- **P2Ax2** - волосы более густые и длинные, располагаются на центральной части названных областей;
- **P3Ax3** - волосы на всем треугольнике лобка и половых губах, густые, вьющиеся; подмышечные впадины все покрыты вьющимися волосами.



Оценка развития половых признаков

- составляется половая формула: $Ma+P +Ax +Me$ и вычисляется суммарный «балл полового развития».

Пример: половая формула в 12 лет – $Ma_3 P_2 Ax_1 Me_0 = 3,6+0,8+0,4+0=4,6$ – вариант нормы или некоторое ускорение темпов полового развития.



Стандарты полового развития девочек по М.В.Максимовой

- **10 лет – от $Ma_0 P_0 Ax_0 Me_0$ до $Ma_2 P_1 Ax_0 Me_0$ - от 0 до 2,7 (опережение – более 2,7 баллов);**
- **11 лет - от $Ma_1 P_0 Ax_0 Me_0$ до $Ma_2 P_1 Ax_0 Me_0$ - 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 $Ma_1 P_0 Ax_0 Me_0$ до $Ma_3 P_3 Ax_1 Me_1$ - от 1,2 до 7,0 (отставание – менее 1,2 баллов; опережение – более 7,0 баллов);**
- **13 лет - от $Ma_2 P_2 Ax_0 Me_0$ до $Ma_3 P_3 Ax_2 Me_3$ - 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, уrogenитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;
- аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь, и узловые 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 созревания;



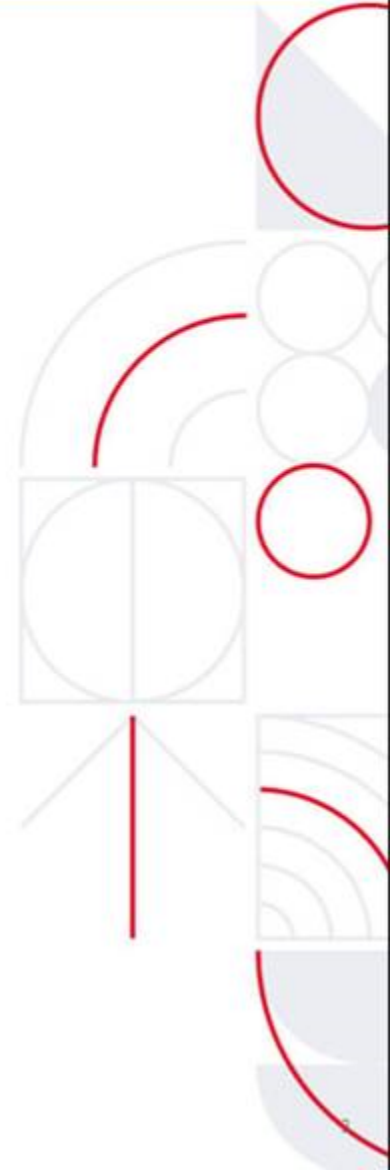
Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет включительно являются следующие жалобы и состояния:

- 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.



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



Спасибо за внимание!

