


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;

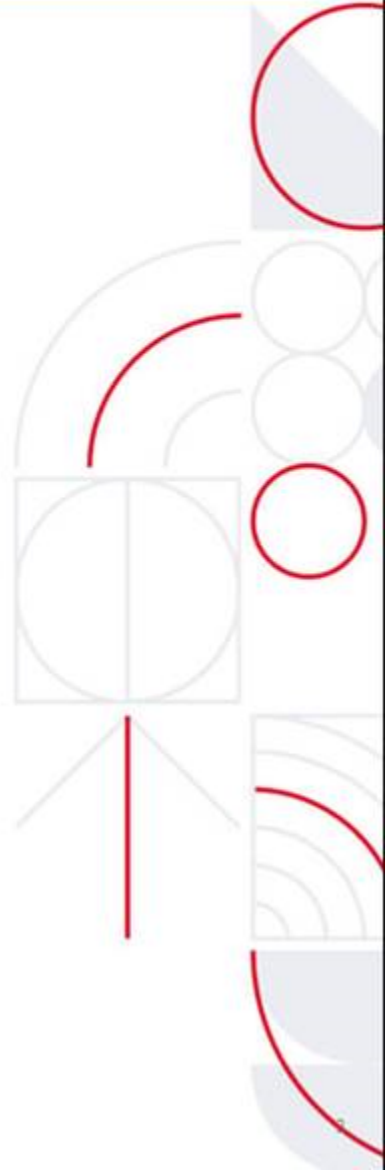
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- 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. Домашние задание
7. Список литературы



Что такое гинекология ?

Кто такой акушер ?

Кто такой гинеколог ?



Гинеколóгия (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:

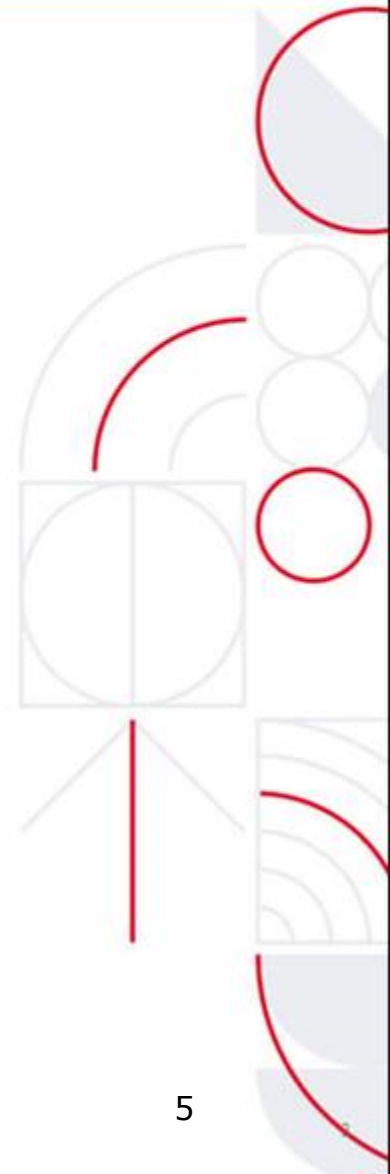


1. Клинические:

- ❖ 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

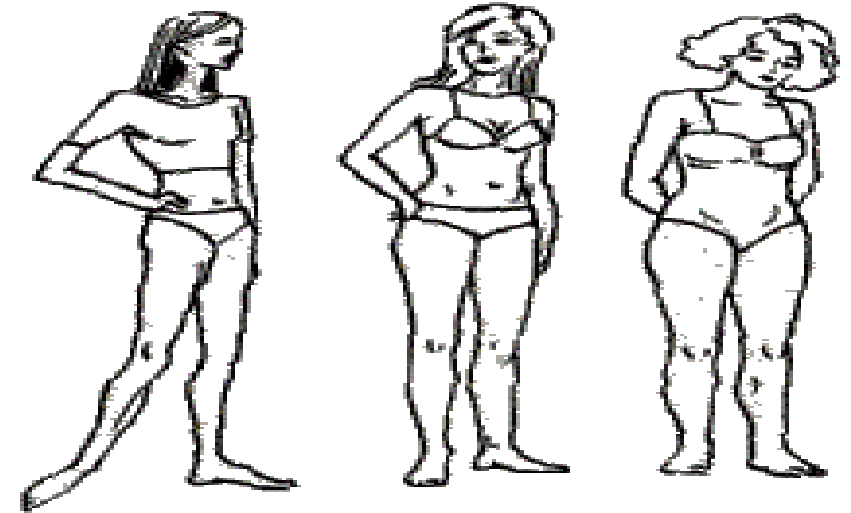


- ❖ Основная (ведущая) жалоба
- ❖ Дополнительные жалобы
- ❖ Перенесенные заболевания (инфекционные, соматические заболевания и оперативные вмешательства)
- ❖ Менструальная и репродуктивная функции, характер контрацепции (дата последней менструации)
- ❖ Гинекологические заболевания и операции на половых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

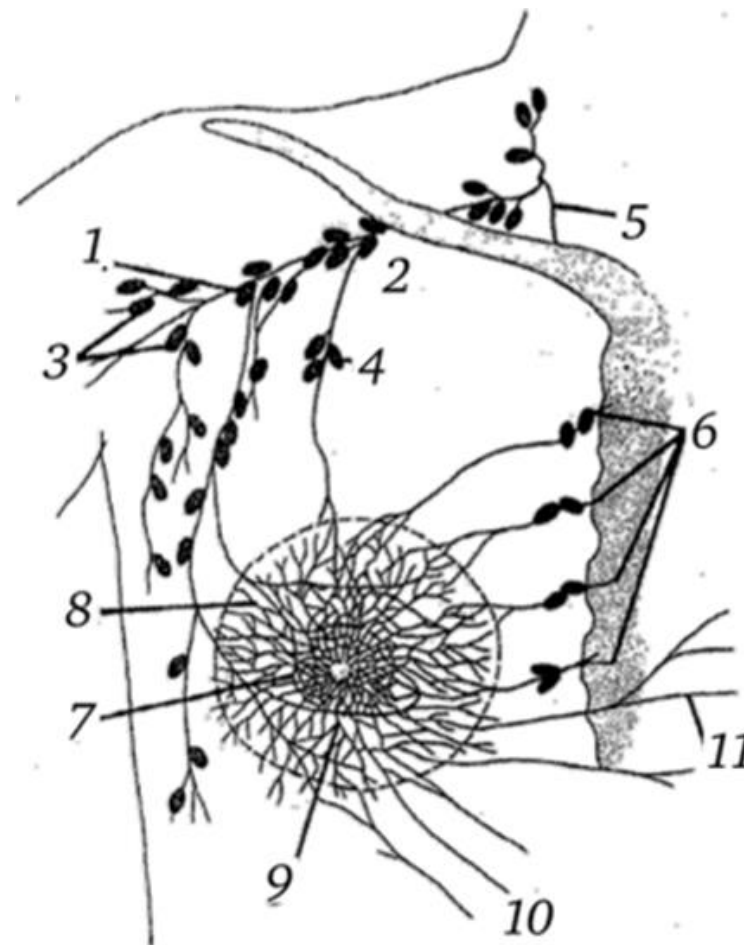
- МЖ – расположена на передней грудной стенке на уровне III - VII ребер, от стеральной линии до передней подмышечной линий. Железа лежит на большой грудной мышце и, частично, на передней зубчатой мышце.
- Поверхностная фасция груди образует капсулу молочной железы, она состоит из поверхностного и глубокого 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. Позадигрудный 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)

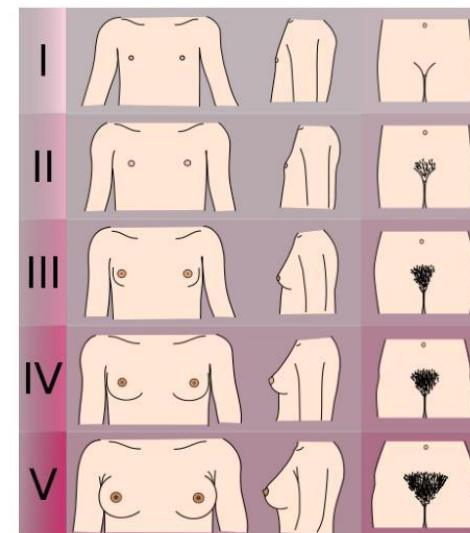
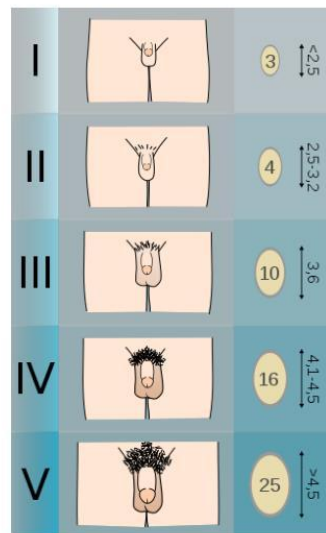
Состояние кожных покровов

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

- 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)

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.

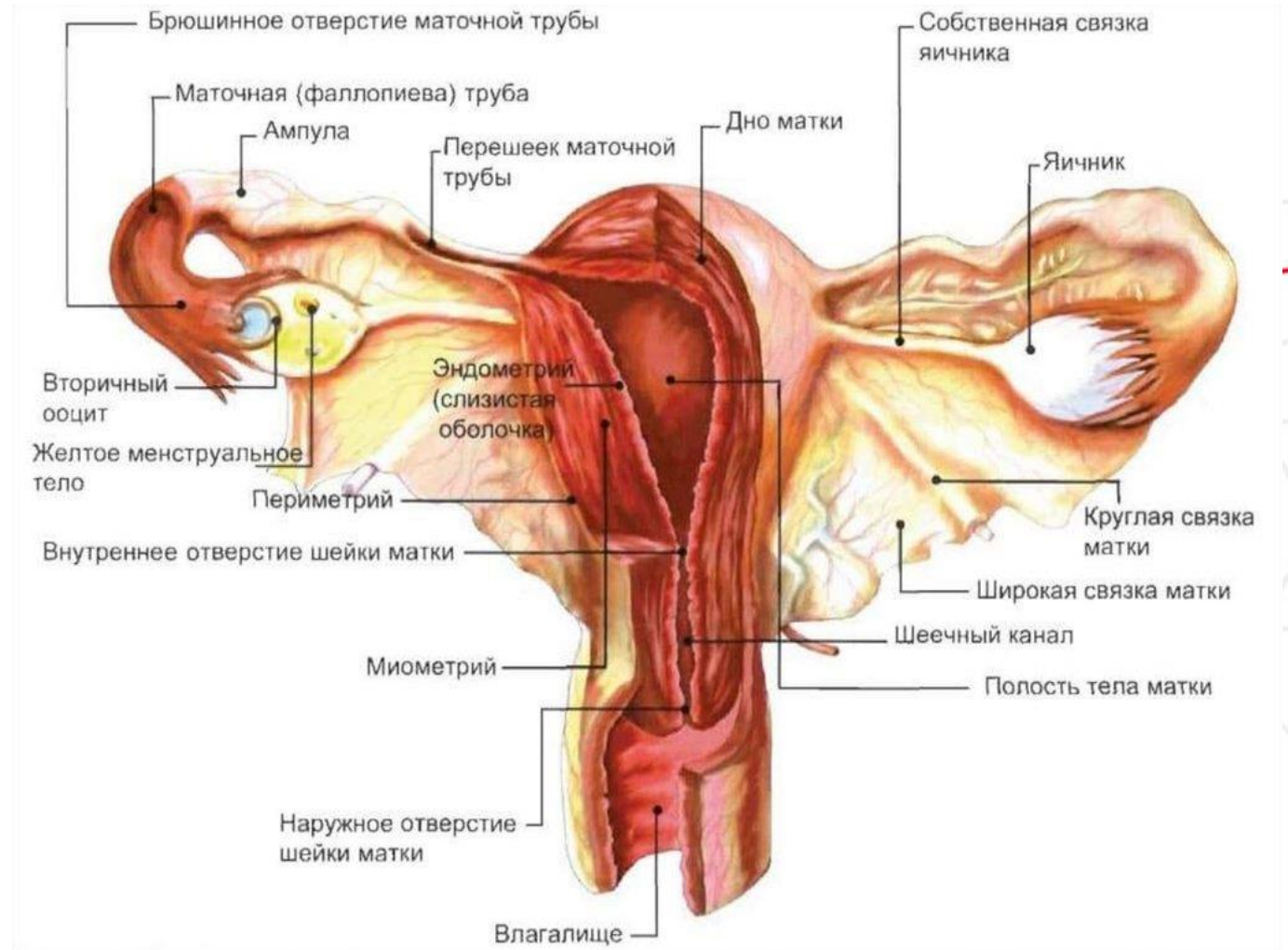




Мышцы таза

- Поддерживающий (опорный) аппарат
- Подвешивающий аппарат

К р о в о с н а б ж е н и е матки осуществляется двумя маточными артериями, яичниковыми артериями, и артериями круглой связки матки.





Связочный аппарат матки

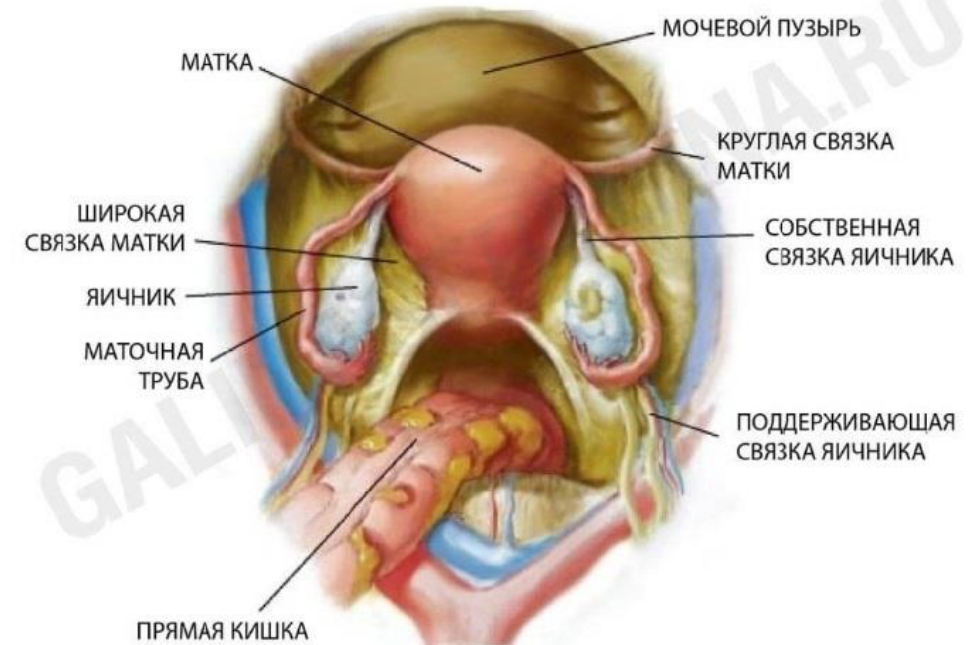
Широкая связка матки – поперечная складка брюшины. Она покрывает тело матки и маточные трубы и образует их серозную (наружную) оболочку. Широкие связки отходят справа и слева к боковым стенкам таза и переходят в париетальную (пристеночную) брюшину. На задней поверхности этой связки крепятся яичники.

Поддерживающая связка яичника – наружная часть широкой связки матки. Она идет от яичника к ампулярной части маточной трубы и переходит на стенку таза. Связка очень прочная, содержит яичниковую артерию.

Собственная связка яичника. Проходит в заднем листе широкой связки – между яичником и маткой. В ней расположены яичниковые ветви маточных артерий и вены – и поэтому эта связка также отличается повышенной прочностью.

Круглая связка матки. Это относительно тонкий канатик, состоящий из гладких мышц и соединительной ткани. Начинается от углов матки и идет под широкой связкой в паховый канал, а далее – разветвляется в толще половых губ.

Подвешивающий аппарат



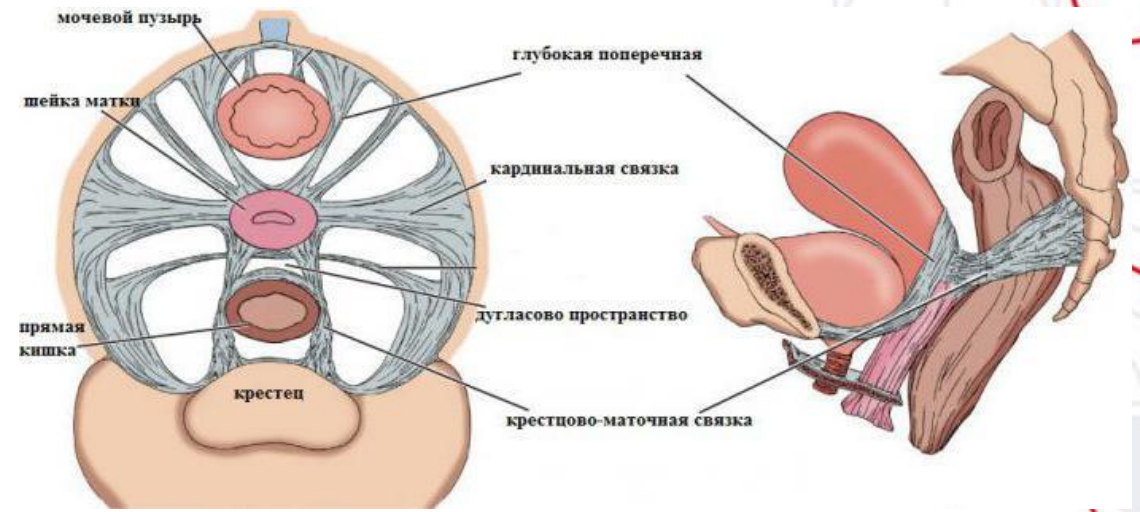
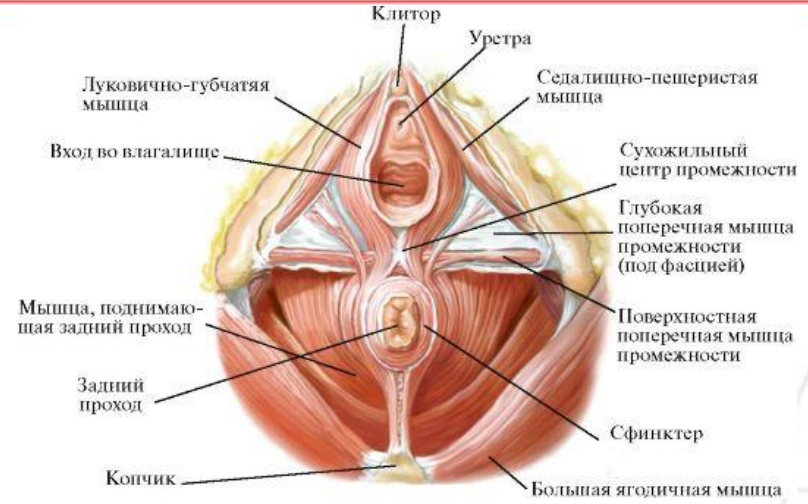


Поддерживающий аппарат матки

Поперечная (кардинальная) связка матки. Ее также называют главной. Окружает шейку матки на уровне внутреннего зева. Вплетается в тазовую фасцию и фиксирует матку в определенном положении к тазовому дну.

Пузырно-маточные и лобково-пузырные связки. Протянуты от матки к мочевому пузырю и лобку.

Крестцово-маточные связки. Начинаются от задней поверхности матки чуть ниже ее внутреннего зева, охватывают с двух сторон прямую кишку и вливаются в тазовую фасцию на уровне крестца.

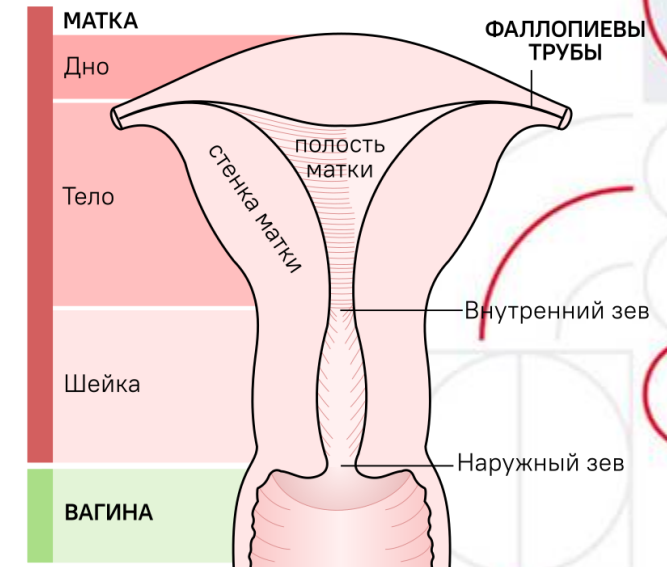




Матка

1. Наружный (периметрий) - висцеральная брюшина, сросшаяся с маткой и образующая ее серозную оболочку
2. Средний (миометрий) — мышечная оболочка составляющая главную часть стенки, состоит из неисчерченных волокон, переплетающихся между собой в различных направлениях.
3. Внутренний (эндометрий) — слизистая оболочка покрытая мерцательным эпителием и не имеющая складок снабжена простыми трубчатыми железами которые проникают до мышечного слоя.

Средняя длина зрелой матки вне состояния беременности равняется 6 — 7,5 см, из которых на шейку приходится 2,5 см. В клинической практике определяется зондом вводимым в полость матки до ее дна

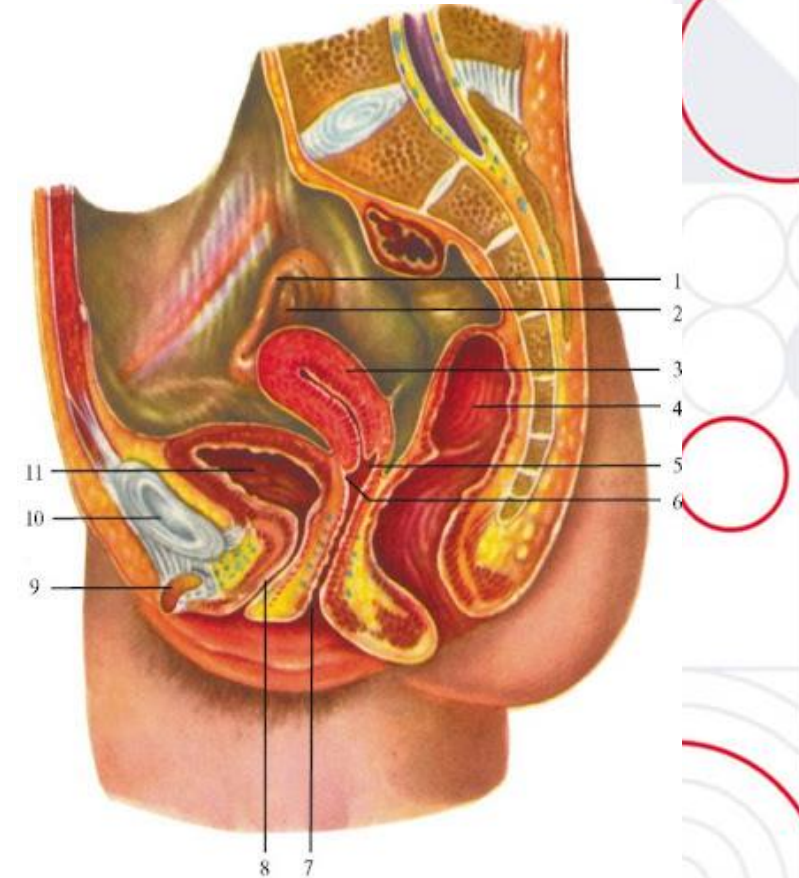




Клетчаточные пространства вокруг матки

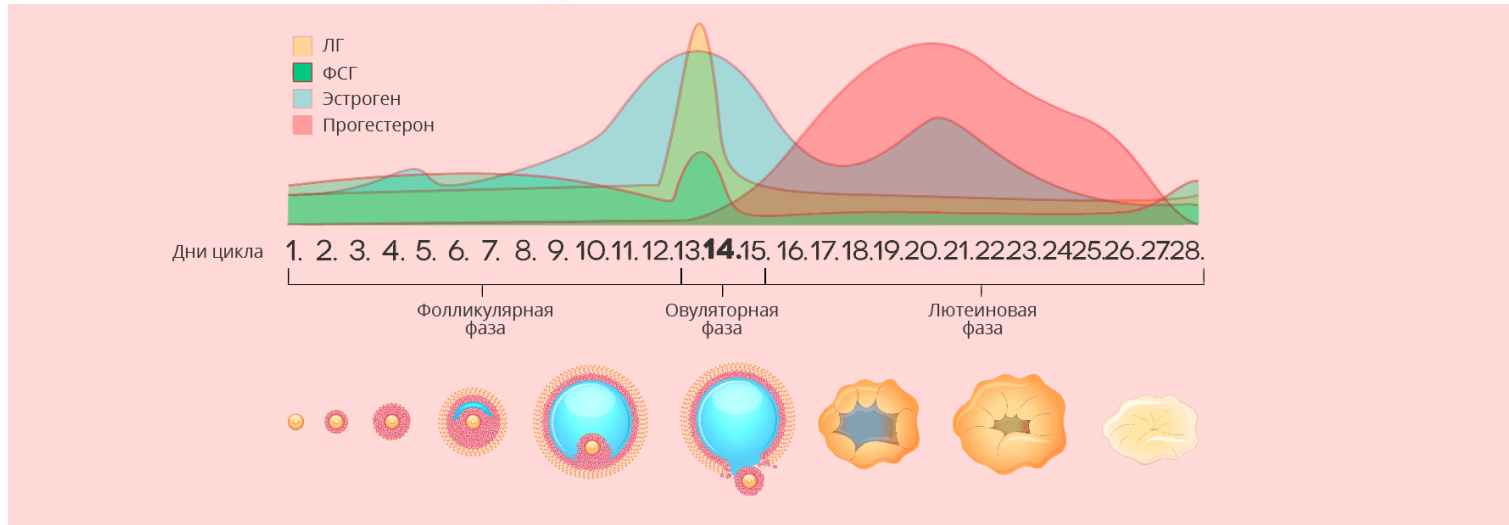
Параметрий - слой околоматочной жировой клетчатки, лежащей на передней поверхности и по бокам шейки матки, между листками брюшины, образующей широкую связку матки.

Параметрит — это гнойно-инфильтративное воспаление параметрия, то есть соединительнотканной клетчатки, которая окружает матку в районе листков широкой связки и шейки. Чаще всего данного рода патология развивается в результате осложненного послеродового процесса, аборта, а также других гнойно-воспалительных заболеваний матки.





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, отсюда – 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.



- **Климактерический период (Климакс)** – физиологический период в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастного снижения функции яичников происходит сложная биологическая трансформация различных функций женского организма, перестраивается деятельность отдельных структур центральной нервной системы (ЦНС), изменяется активность вегетативной нервной системы. Инволюционные процессы в репродуктивной системе характеризуются прекращением сначала детородной функции, а позднее и менструаций.
- **Менопауза** – это последняя самостоятельная менструация в жизни женщины, обусловленная гормональной функцией яичников. Точная дата менопаузы устанавливается лишь ретроспективно – после 12 месяцев отсутствия менструаций. Менопауза является закономерным генетически запрограммированным процессом, однако гормональные сдвиги, которые происходят в этот период, особенно резкое снижение уровня эстрогенов, вносят существенный вклад в изменение качества жизни и развитие многих возрастных заболеваний у женщин.



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.

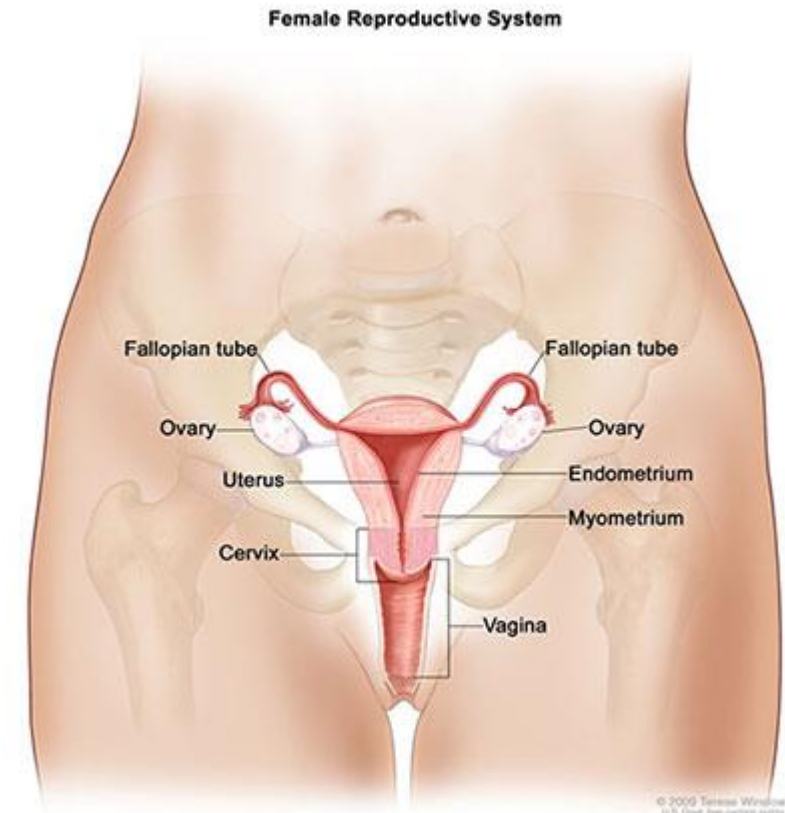


Пальпация живота



Матка находится позади мочевого пузыря и становится доступна глубокой пальпации при пустом мочесвом пузыре через переднюю брюшную стенку при увеличении до 12 недель беременности (5-6 см над лоном).

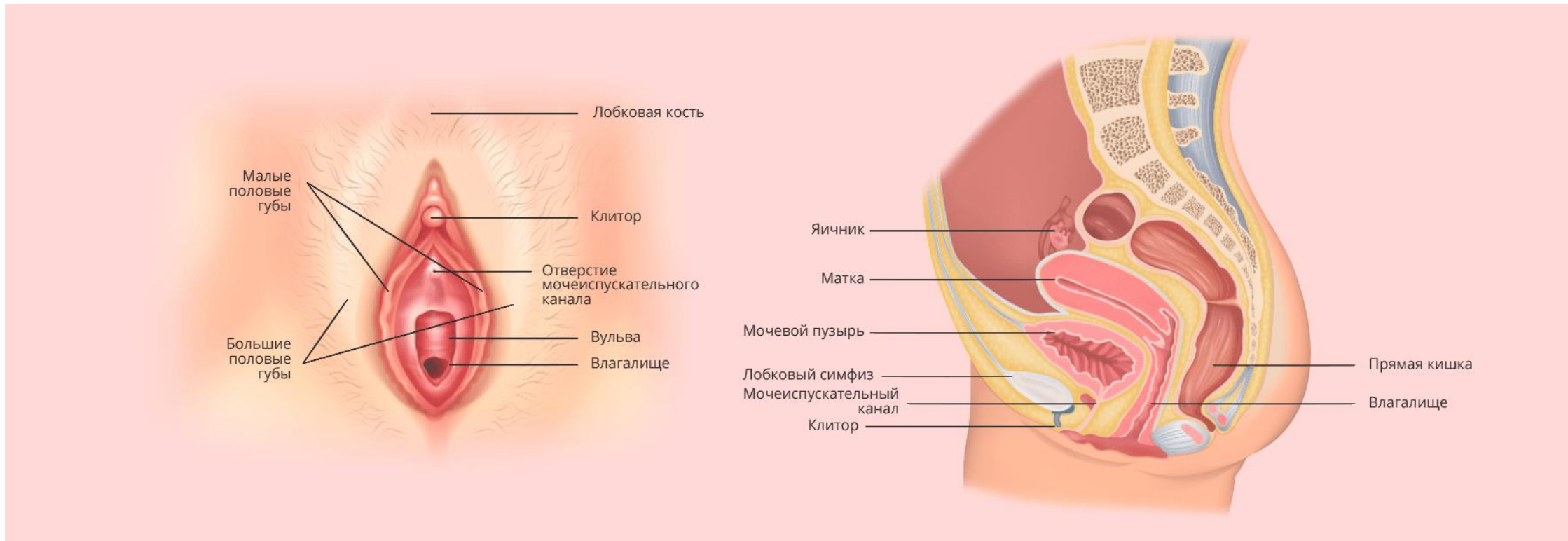
Яичники и маточные трубы пальпируются при увеличении их размера за счет воспаления или опухолевого роста справа и слева от лона чуть выше паховой складки.



© 2000 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights



Наружные женские половые органы



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

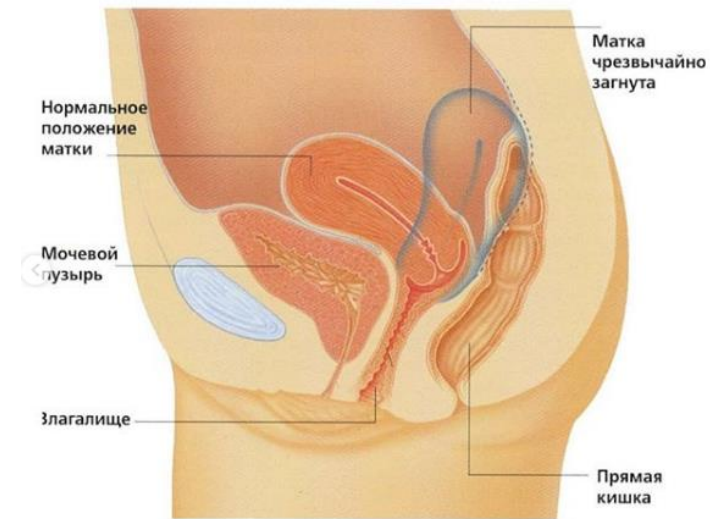


Пальпация матки

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:

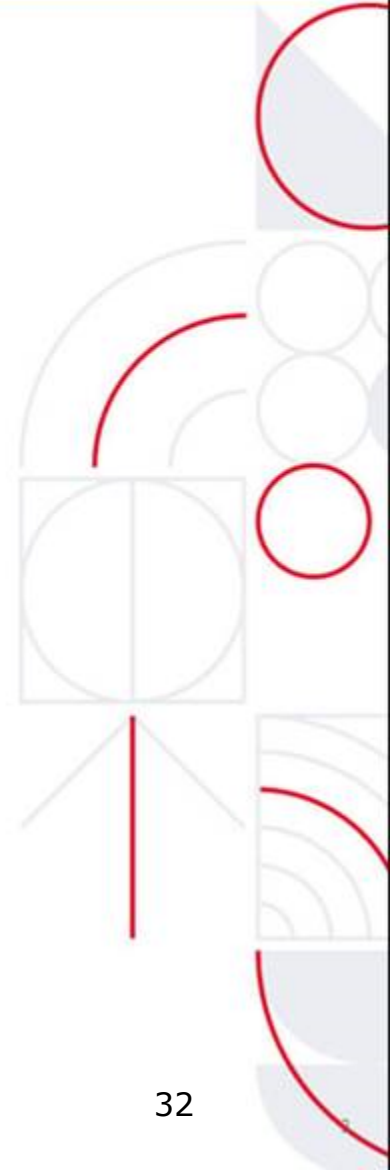
- Размеры - уменьшение матки возможно при инфантильности, в климактерическом периоде и постменопаузе, увеличение матки наблюдают при опухолях (миома, саркома) и при беременности.
- Форма матки в норме грушевидная, несколько уплощённая спереди назад. При беременности матка шарообразная, при опухолях неправильной 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.





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.



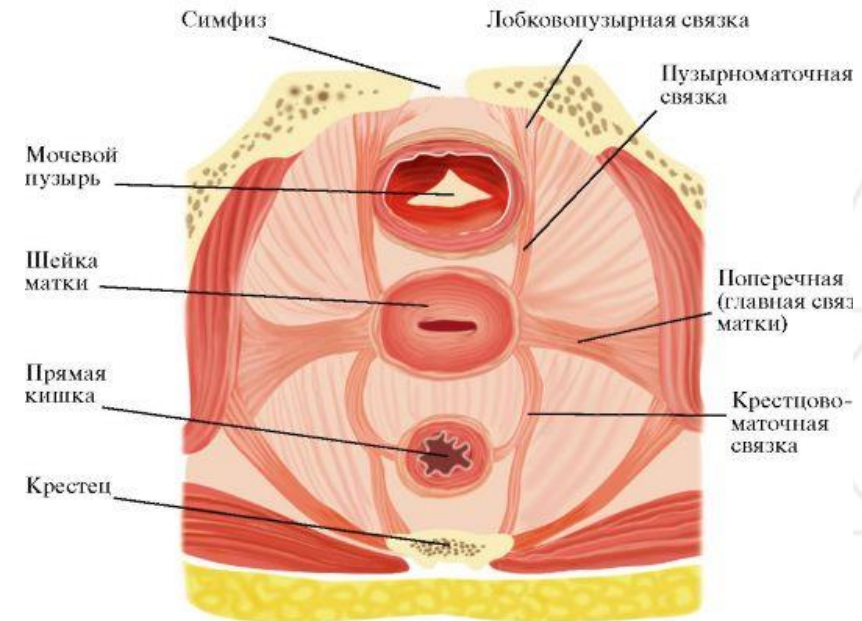
Ультразвуковая картина яичников в постменопаузе:

- ❖ 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.



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. Околomаточную клетчатку (параметрий) и серозную оболочку пальпируют только при наличии в них инфильтратов (раковых или воспалительных), спаек или экссудата.





Прямокишечно-вагалищное 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, свидах



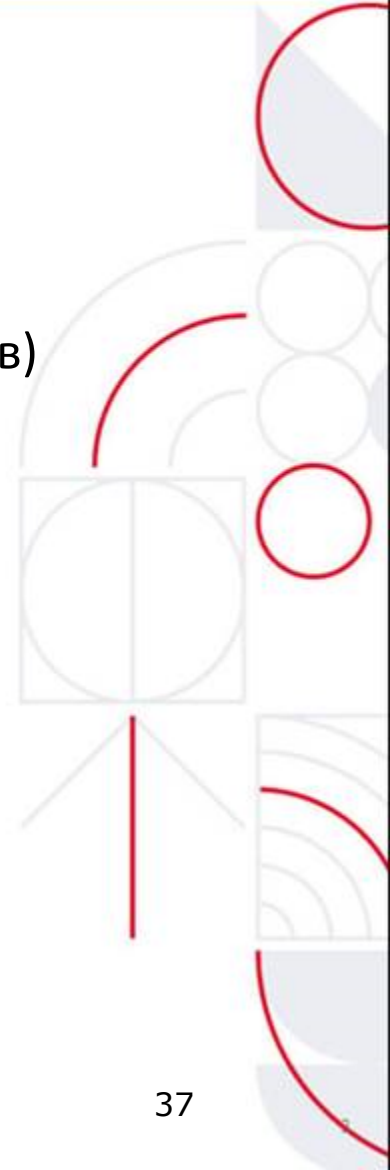
Наружное гинекологическое исследование

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.

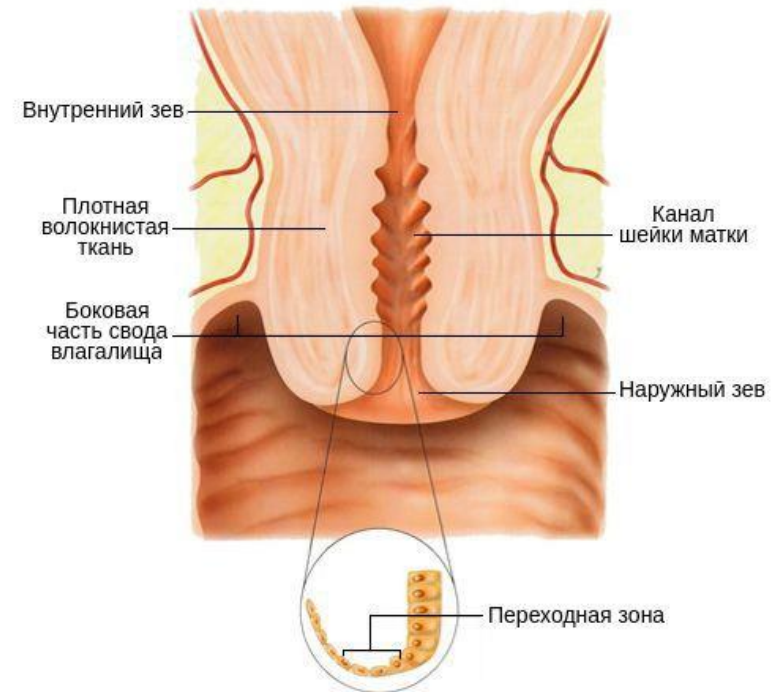
Внутреннее гинекологическое исследование

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.



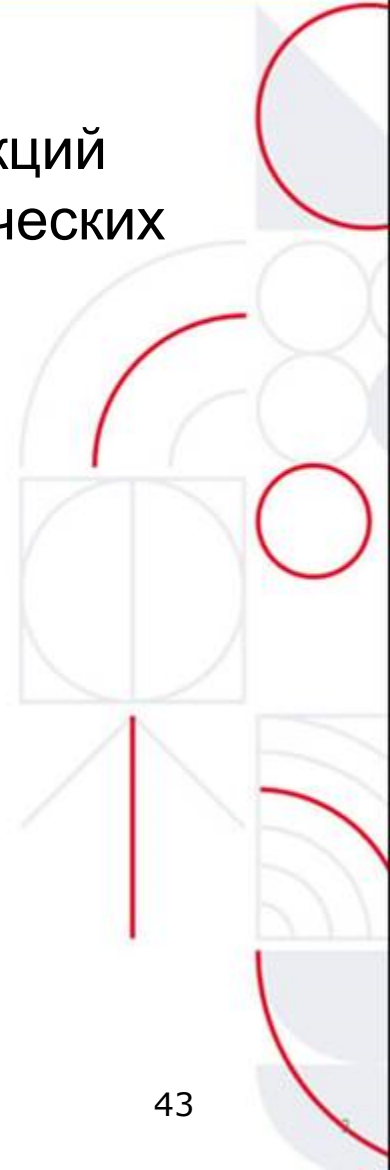
Патологические выделения (бели):



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

Бели генитального происхождения:

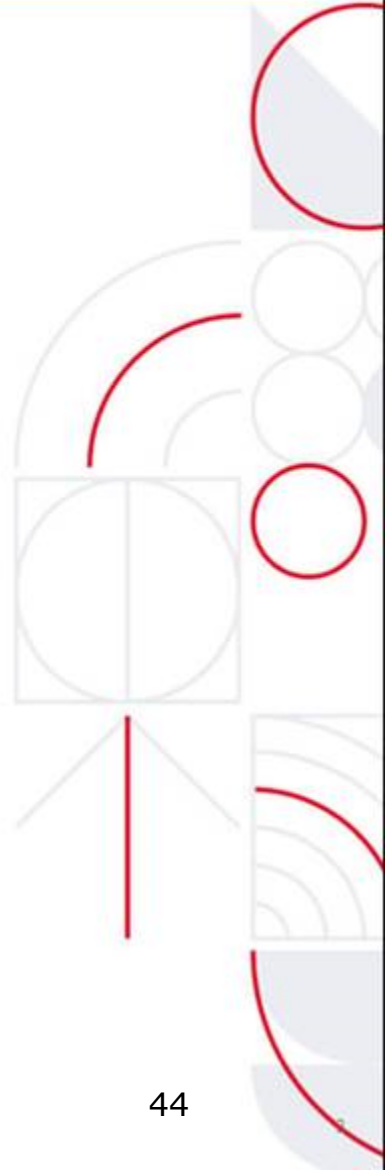
- инфекционные процессы в области гениталий
- неправильное положение половых органов
- новообразования
- гиперпластические процессы слизистой матки, шейки матки
- механические раздражения (инородные тела)
- химические, термические воздействия
- паразитарные причины (глисты)





Бели (по месту):

- трубные
- катаральные (связаны с секрецией эпителия матки)
- шеечные (связаны с секрецией железистого эпителия цервикального канала и шейки матки)
- влагалищные
- вульварные (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***



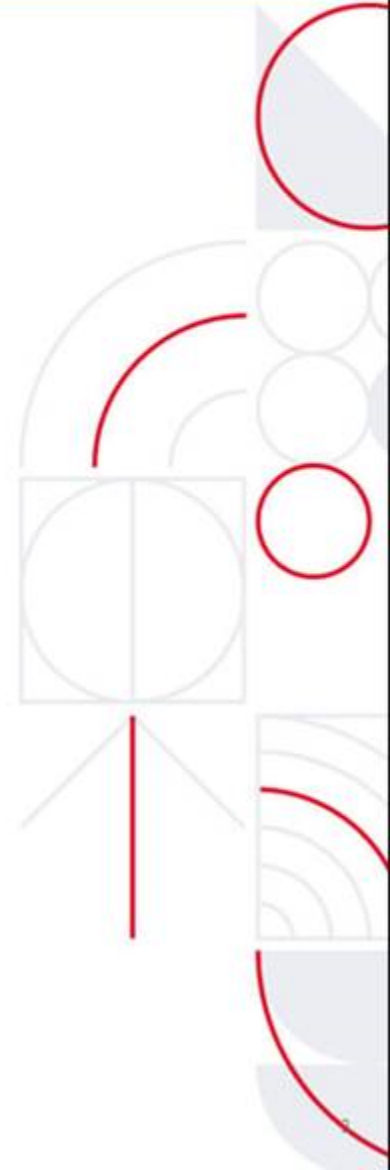
Влагалищные бели

- 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).



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.