

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Методи обстеження в гінекології (код курсу 2.3)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Мета заняття

Сучасне гінекологічне обстеження є одним з основних методів діагностики гінекологічної патології в теперішній час інтенсивно розвивається як в теоретичному, так і в практичному напрямку.

II. Об'єм повторної інформації

1. Класифікацію жіночих статевих органів.
2. Будову жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Методи діагностики гінекологічних захворювань.
6. Визначення поняття «порушення менструальної функції»

III. Об'єм нової інформації

1. Рентгенологічні методи дослідження, підготовка пацієнток та інструментарію до проведення діагностичних маніпуляцій;
2. Ультразвукове дослідження, підготовка пацієнток до проведення діагностичних маніпуляцій;
3. Ендоскопічні методи дослідження, підготовка пацієнток до проведення діагностичних маніпуляцій;
4. Радіоімунологічні методи дослідження, підготовка пацієнток до проведення діагностичних маніпуляцій;
5. Спеціальні діагностично-лікувальні маніпуляції (зондування матки, вишкрібання стінок порожнини матки, пункція заднього склепіння), інструментарій, загальна та медикаментозна підготовка хворої.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії хвороби

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести гінекологічне обстеження жінки.		+	
2.	Діагностувати клінічні прояви гінекологічної патології, порушень менструальної функції		+	
3.	Призначати обстеження при підозрі на гінекологічну патологію.		+	
4.	Оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у разі гінекологічних захворювань, нейроендокринних синдромів		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Анамнез загальний, анамнез функцій;
2. Об'єктивне дослідження (загальний огляд, дослідження за допомогою піхвових дзеркал, піхвове бімануальне дослідження);
3. Бактеріологічне дослідження піхвового вмісту: взяття матеріалу для дослідження на інфікування збудниками, які передаються статевим шляхом;
4. Взяття матеріалу для цитологічної діагностики;
5. Взяття матеріалу для гормональної кольпоцитодіагностики;
6. Рентгенологічні методи дослідження, підготовка пацієнок та інструментарію до проведення діагностичних маніпуляцій;
7. Ультразвукове дослідження, підготовка пацієнок до проведення діагностичних маніпуляцій;
8. Ендоскопічні методи дослідження, підготовка пацієнок до проведення діагностичних маніпуляцій;
9. Радіоімунологічні методи дослідження, підготовка пацієнок до проведення діагностичних маніпуляцій;
10. Спеціальні діагностично-лікувальні маніпуляції (зондування матки, вишкрібання стінок порожнини матки, пункція заднього склепіння), інструментарій, загальна та медикаментозна підготовка хворої.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Провести гінекологічне обстеження жінки.
2. Діагностувати клінічні прояви гінекологічної патології, порушень менструальної функції
3. Призначати обстеження при підозрі на гінекологічну патологію.
4. Оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у разі гінекологічних захворювань, нейроендокринних синдромів

Ситуаційні задачі

1. Хвора 42 років прийшла на профогляд. У лікаря-гінеколога не була на огляді 3 роки. Менструації приходять регулярно.

Бімануально: матка маленька, рухлива, безболісна. Придатки праворуч не визначаються, ліворуч – пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, рухливе, болюче, розмірами 8×9×6 см.

Які лабораторні та інструментальні методи дослідження потрібно провести?

2. Хвора 36 років поступила у відділення зі скаргами на болі внизу живота, підвищення температури тіла, головний біль. З анамнезу відомо, що хвора знаходиться на обліку з приводу вузлуватої фіброміоми матки. При останньому огляді 2 місяці тому величина матки була 9-10 тижнів. Об'єктивно: температура тіла 38,4°C; пульс 118 за хв. аритмічний; язик чистий злегка сухуватий; живіт м'який, болючий в нижніх відділах. Над лоном визначається пухлиноподібне, різко болюче утворення. Симптом Щоткіна різко позитивний. Бімануально: матка збільшена до 12-13 тижнів вагітності. Справа - болюче утворення розміром 4×5 см. Склепіння глибокі, болючість при дослідженні. У загальному аналізі крові при поступленні – Нв – 110 г/л; лейкоцити – $12,6 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 16%); ШОЕ – 42 мм/год. Після спостереження з хворою та лікування протягом 1 години: Нв – 110 г/л; лейкоцити – $16,7 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 20%); ШОЕ – 48 мм/год.

Діагноз? Лікування?

3. Хвора 34 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Остання менструація була тиждень тому. Статеве життя з 24 років. Контактні кровотечі. В дзеркалах: на передній губі шийки матки виразка розміром 1см, взята біопсія. Мікроскопічно виявлений плоскоклітинний рак.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

4. Хвора 23 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль в попереку та незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів.

Вагітність перша. Втручання заперечує. Захворіла 2 доби тому.

В анамнезі - кір, скарлатина, дифтерія, малярія, черевний тиф.

Менструації з 17 років, регулярні по 3 дні, болючі, скудні. Остання менструація 9 тижнів тому.

Загальний стан задовільний, температура 36,6°C, пульс 74 за 1 хв, наповнений.

Гінекологічне обстеження: шийка матки конічної форми. Зовнішнє вічко закрите. Матка м'яка, збільшена до розмірів жіночого кулака. Кров'яністі виділення в невеликій кількості.

Сформулюйте діагноз..

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Обстеження гінекологічної хворої складається із збору анамнезу, об'єктивного (загального та спеціального) обстеження та додаткових методів. Обстеження розпочинають з опитування, його проводять за певним планом.

Насамперед, з'ясовують **паспортні дані**—прізвище, ім'я, по батькові, а також дату народження (вік жінки). Це пов'язано з тим, що одне і те саме явище в різні вікові періоди життєвого циклу жінки може мати різне значення, наприклад, відсутність менструації у молодій жінки й у жінки в клімактеричному періоді.

Збір анамнезу. У гінекології анамнез має надзвичайно велике значення. Нерідко він торкається інтимних сторін життя, тому, для того щоб отримати достатньо повну і точну інформацію, опитування необхідно проводити делікатно і спрямовувати розповідь пацієнтки в потрібному напрямку. Ретельно зібраного анамнезу іноді буває достатньо для встановлення попереднього діагнозу. Спочатку розпитують про скарги хворої, розвиток даного захворювання (*anamnesis morbi*), а також про умови життя, перенесені захворювання (*anamnesis vitae*), з'ясовують гінекологічний анамнез.

Скарги хворої. Найчастіше хворі звертаються зі скаргами на біль, патологічні виділення з піхви, кровотечі, а також порушення функції сусідніх органів. За характером болю можна передбачити захворювання: ниючий біль виникає при неправильних положеннях матки, хронічних запальних процесах придатків матки. Переймоподібний біль виникає при скороченнях матки чи труби (матковий, трубний аборт, народження субмукозного вузла). При наростанні інтенсивності запалення, що супроводжується подразненням очеревини, біль має колючий і ріжучий характер. Такий самий біль виникає за наявності крові в черевній порожнині. При розриві маткової труби, розриві піосальпінкса біль має гострий, «кинджальний» характер. Постійний біль характерний для запальних захворювань і злоякісних пухлин. Для діагностики важлива також локалізація болю: при зміщеннях матки дозад (retro-positio uteri), параметриті, периметриті він виникає в крижах і попереку, при захворюваннях придатків матки — в бокових відділах нижньої частини живота, при захворюваннях зовнішніх статевих органів — у місці ураження.

Для деяких гінекологічних захворювань характерна іррадіація болю в крижі, стегно, надключичну ділянку (френікус-симптом).

Білі (fluor) — виділення з вагіни, які з'являються найчастіше при запальних процесах, неправильному положенні матки, пухлинах. Для діагностики мають значення кількість білей, їх колір, запах. Так, при трихомо-ніазі вони мають «пінистий», при кандидозі — «сирнистий», при ерозіях шийки матки — слизовий характер, при злоякісних пухлинах — вигляд «м'ясних помий».

Кровотечі можуть бути проявом порушень менструального циклу, злоякісних процесів, переривання вагітності.

Необхідно розпитати жінку також про розлади з боку суміжних органів — характер і частоту сечовипускання (біль, нетримання сечі, надто часте сечовипускання), акт дефекації (наявність запорів, біль при акті дефекації), а також про загальні розлади (припливи, серцебиття, запаморочення, схуднення чи, навпаки, ожиріння).

Анамнез захворювання (anamnesis morbi). Необхідно розпитати пацієнтку про початок захворювання: гострий чи поступовий, де і скільки часу лікувалась. Певну роль у діагностиці захворювання може відіграти інформація про причини, які, на думку жінки, призвели до виникнення захворювання — переохолодження, фізичне перевантаження, перенесений аборт, травми і т. д. Варто з'ясувати, які методи використовували для діагностики захворювання, яке лікування проводили до цього часу та його ефективність. Якщо захворювання хронічне, потрібно уточнити, коли було останнє загострення.

Правильно зібраний гінекологічний анамнез дає можливість із достатньою точністю встановити попередній діагноз. Проте остаточний висновок про захворювання лікар може зробити, лише провівши об'єктивне обстеження хворої.

Стосовно **анамнезу життя (anamnesis vitae)**, необхідно з'ясувати, в яких умовах росла і формувалась жінка, а також у яких умовах вона проживає в даний час. Умови, в яких жила дівчинка з раннього віку, впливають на розвиток усього організму. Важливе значення має повноцінне раціональне харчування жінки, особливо в період статевого дозрівання. Надмірне, або навпаки, недостатнє харчування може призвести до неправильного формування статевої системи, а також до порушення менструальної та генеративної функцій. Матеріально-побутові умови, а також умови праці, без сумніву, впливають на стан здоров'я жінки.

Професія та умови праці. Є чимало професійних чинників, які негативно впливають на здоров'я жінки. Це, насамперед, підняття тягарів, яке може сприяти опущенню та випаданню статевих органів, тривале перебування на ногах може призвести до застою крові як у нижніх кінцівках, так і в органах малого таза, що сприяє гіперсекреції слизових оболонок. Шкідливо діють на здоров'я жінки також солі важких металів, анілінові барвники, лаки та деякі інші хімічні речовини, радіація. Їхня дія найчастіше викликає порушення менструальної та генеративної функцій. До різноманітних розладів можуть призводити також розумові перевантаження.

Перенесені захворювання. Особливо важливо з'ясувати, на що хворіла жінка в дитинстві та під час статевого дозрівання (хронічний тонзиліт, епідемічний паротит, кір). Ці захворювання можуть негативно вплинути на становлення менструальної функції, спричинити недорозвиток статевих органів. Перенесений рахіт може призвести до

деформації таза. Захворювання, які перенесла жінка в дорослому віці, особливо тривалі й виснажливі (хронічні інфекції, захворювання системи кровообігу), можуть спричинити зміну функції яєчників, порушення менструального циклу, аменорею. Обов'язково треба розпитати, чи не хворіла пацієнтка на туберкульоз та венеричні захворювання. Важливо виявити, чи були оперативні втручання на органах черевної порожнини. Перенесений апендицит може викликати запалення придатків матки, а виконана із запізненням апендектомія нерідко стає причиною спайкового процесу.

Особливе значення має з'ясування алергологічного анамнезу, зокрема стосовно наявності алергічних реакцій на певні медикаменти. Необхідно поцікавитись, чи не має жінка шкідливих звичок (куріння, алкоголізм, наркоманія).

Гінекологічний анамнез включає дані про менструальну, сексуальну, генеративну і секреторну функції жінки.

Менструальна функція відображає стан статевої системи й організму загалом. Основними даними, що характеризують цю функцію жіночого організму, є час появи першої менструації (menarche), об'єм крововтрати під час кожної менструації, наявність чи відсутність болю, тривалість менструації, її регулярність. У нашій популяції менструація вперше з'являється в 12-14-річному віці й стає регулярною протягом 5-6 місяців. Пізня поява менструації може свідчити про наявність інфантилізму. Кількість крові, що виділяється, не повинна перевищувати 150 мл. Якщо ж крововтрата надмірна, можна запідозрити наявність міоми, ендометріозу. При цих захворюваннях збільшується також тривалість менструації. Болючими менструації можуть бути при запальних процесах, ендометріозі. Важливо знати, чи не змінився характер менструації з початком статевого життя, після перенесених пологів та абортів. Закінчують опитуванням про характер та дату останньої менструації.

Якщо в пацієнтки менопауза, необхідно уточнити, в якому віці вона настала, як проходив перехідний період, чи не буває кров'янистих виділень із вагіни (це може свідчити про рак ендометрія).

Статева, або сексуальна, функція. Розпитуючи жінку про цю функцію, треба проявити особливий такт. Важливо знати: перебуває жінка в шлюбі чи ні, наявність інших статевих партнерів, чи не з'явилися ознаки захворювання з початком статевого життя або зі зміною партнера. Уточнити метод контрацепції, яким користується жінка. Необхідно розпитати про основні складові сексуальної функції — статевий потяг, оргазм. У випадку наявності сексуальних порушень варто поцікавитись, чи не було якихось факторів, що могли негативно вплинути на прояви статевої функції жінки (травма, звалтування тощо). Деякі особливості статевої функції можуть дати інформацію про наявність того чи іншого захворювання: при контактних кровотечах можна думати про захворювання шийки — ерозії, ендометріоз, а іноді й раку шийки матки; біль, що виникає при статевому акті, може свідчити про запальні процеси очеревини, придатків матки, навколоматкової клітковини, а також вагінізм.

Генеративна (дітородна) функція. Народження дитини — основна функція жінки. У цьому розділі потрібно з'ясувати, через який проміжок часу від початку статевого життя без застосування контрацепції настала перша вагітність, скільки було вагітностей загалом, яким був перебіг кожної вагітності, чим вони закінчились (пологами чи абортom), чи не було передчасних пологів, мертвонароджених дітей, чи не помирали діти у ранньому неонатальному періоді, чи не було ускладнень під час та після пологів, які оперативні втручання проводились під час пологів. У випадку, коли були аборти, треба уточнити, чи вони були штучні (за бажанням жінки), а чи мимовільні або кримінальні, у які терміни переривалась вагітність, чи не було ускладнень під час та після абортів. Якщо аборти були мимовільні — чи були встановлені їх причини.

Відсутність вагітності протягом року статевого життя свідчить про безплідність, яка може бути проявом недорозвитку жіночих статевих органів, порушення функції яєчників або результатом перенесеного запального процесу. Якщо вагітності настають рідко, часто перериваються, то це вказує на гормональну недостатність. Обов'язково необхідно з'ясувати, чи жінка користується контрацептивами, якими і протягом якого часу.

Секреторна функція. Надмірна кількість виділень із статевих органів є ознакою наявності гінекологічних захворювань. Необхідно знати про кількість, запах, вигляд, періодичність

виділень, тому що при різних гінекологічних захворюваннях характер виділень інший («пінисті» — при три-хомоніазі, «сирнисті» — при кандидозі, «м'ясних помиїв» — при злякисних новоутвореннях).

ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Об'єктивне обстеження починають із загального огляду. Важливо звернути увагу на колір шкірних покривів: блідість може бути ознакою анемії, землистий колір — злякисних новоутворень. Надмірне оволосіння, порушення жирового обміну можуть свідчити про наявність ендокринних захворювань.

Необхідно звернути увагу на форму живота (пухлини черевної порожнини, асцит), визначити, чи бере живіт участь в акті дихання. Пальпація дає можливість виявити наявність напруження м'язів передньої черевної стінки (запалення придатків матки, перекрут ніжки кістоми), пухлини чи інфільтрати.

Особливе місце в обстеженні гінекологічної хворої посідає *пальпація молочних залоз (рис. 4.1)*. Важливо виявити ущільнення у молочних залозах, характер виділень із сосків. Якщо є сукровичні виділення із сосків, то пацієнтка потребує додаткового обстеження в онколога. Обстежують також доступні для пальпації лімфовузли (пахвові, пахвинні).

Аускультациєю живота можна скористатись для визначення перистальтики кишечника (при пельвіоперитоніті — в'яла, при перитоніті — в'яла або відсутня). Аускультацию використовують також для диференціальної діагностики вагітності та пухлини.

Кожний виявлений при загальному обстеженні симптом необхідно оцінювати в сукупності з іншими.

Гінекологічне обстеження. Всі методи гінекологічного обстеження поділяють на основні, тобто такі, які проводять обов'язково, та додаткові, які виконують за певними показаннями.

До основних належать такі методи:

- огляд зовнішніх статевих органів;
- огляд за допомогою дзеркал;
- бімануальне (вагінально-черевностінкове і ректально-черевно стінкове) дослідження.

До додаткових методів належать:

- бактеріоскопічне дослідження (мазки на ступінь чистоти);
- цитологічне дослідження піхвових мазків;
- бактеріологічне дослідження;
- тести функціональної діагностики;
- ендоскопічні методи дослідження (кольпоскопія, цервікоскопія, гістероскопія, лапароскопія, кульдоскопія);
- методи визначення прохідності маткових труб (пертубація, гідротубація, ультрасонографія із застосуванням контрастних речовин, які вводять у порожнину матки);
- інструментальні методи дослідження (біопсія, зокрема аспіраційна, зондування порожнини матки, діагностичне роздільне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням, пункція заднього склепіння);
- рентгенологічні методи дослідження (гістеросальпінгографія, пельвіографія, біконтрастна пельвіографія, комп'ютерна томографія);
- дослідження за допомогою ультразвуку (ультрасонографія);
- медико-генетичне обстеження;
- радіоімунологічні методи.

ОСНОВНІ МЕТОДИ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Гінекологічне обстеження проводять лікар акушер-гінеколог, акушерка, фельдшер на гінекологічному кріслі.

Положення пацієнтки. Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.

Підготовка пацієнтки. Перед обстеженням необхідно обов'язково спорожнити сечовий міхур та пряму кишку, за необхідності медсестра повинна зробити очисну клізму. Обстеження проводять у стерильних рукавичках.

Розпочинають з огляду *зовнішніх статевих органів*. Звертають увагу на тип оволосяння на лобку (за жіночим, чоловічим чи змішаним типом), наявність чи відсутність волосся на внутрішніх поверхнях стегон. Одночасно відзначають, чи немає подразнення шкіри внутрішньої поверхні стегон, що трапляється при надмірних виділеннях. Відзначають ступінь замикання статевої щілини. Потім розводять статеві губи й оглядають їх внутрішню поверхню. Обов'язково дають оцінку стану дівочої пліви (ціла, розірвана, свіжі розриви). Проводять огляд клітора, оглядають зовнішній отвір сечівника, пальпують бартолінову залозу. Оцінюють стан промежини: наявність старих розривів, рубців, кондилом.

Після завершення огляду зовнішніх статевих органів проводять *огляд за допомогою дзеркал*. Із цією метою використовують ложкоподібне дзеркало Сімса з підймачем або двостулкове дзеркало Куско. Останнім часом застосовують двостулкові дзеркала одноразового використання.

За допомогою дзеркал оглядають шийку матки, визначають її величину, форму (циліндрична, конічна), форму зовнішнього вічка цервікального каналу (кругла — в жінок, що не народжували, щілиноподібна — в тих, що народжували). З'ясовують колір слизової оболонки шийки матки (ціаноз, гіперемія), наявність ерозій, розривів, виворотів, кондилом, гіперемії навколо зовнішнього вічка цервікального каналу, характер виділень.

Після огляду шийки дзеркала поступово виводять, оглядаючи при цьому стінки піхви. Звертають увагу на стан слизової оболонки (гіперемія, набряк), характер виділень.

Після закінчення огляду за допомогою дзеркал проводять *бімануальне* (дворучне) *вагінально-черевностінкове* (вагінально-абдомінальне) або *ректально-черевностінкове* (ректально-абдомінальне) *дослідження*.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

До додаткових методів обстеження належать:

- бактеріоскопічне дослідження (мазки на ступінь чистоти);
- цитологічне дослідження піхвових мазків;
- бактеріологічне дослідження;
- тести функціональної діагностики;
- ендоскопічні методи дослідження (кольпоскопія, цервікоскопія, гістеро-скопія, лапароскопія, кульдоскопія);
- інструментальні методи дослідження (біопсія, зокрема аспіраційна, зондування порожнини матки, діагностичне фракційне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням, пункція заднього склепіння);
- методи визначення прохідності маткових труб (пертубація, гідротубація, ультрасонографія із застосуванням контрастних речовин, які вводять у порожнину матки);
- рентгенологічні методи дослідження (гістеросальпінгографія, пельвіо-графія, біконтрастна пельвіографія, комп'ютерна томографія);
- дослідження за допомогою ультразвуку (ультрасонографія);
- медико-генетичне обстеження;
- радіоімунологічні методи.

Ці методи використовують для уточнення діагнозу за певними показаннями, а цитологічне дослідження — в обов'язковому порядку кожній жінці, що проходить профілактичний огляд.

Для проведення обстеження за допомогою додаткових методів *фельдшер* чи *акушерка* готує пацієнтку, накриває гінекологічне крісло одноразовою серветкою або підкладною серветкою з клейонки (після дослідження підкладну серветку обробляють дезрозчином), готує необхідні інструменти (дзеркала, набори для вишкрібання, ложечки для взяття мазків). У випадку проведення вишкрібання, біопсії медсестра повинна приготувати посудину з 10 % розчином формаліну для фіксації тканини. Важливе значення має правильне оформлення направлень матеріалу на дослідження.

Взяття мазків для визначення ступеня чистоти піхви, наявності гонорей, для онкоцитологічного дослідження, «гормональне дзеркало».

Для взяття будь-якого мазка треба мати таке обладнання:

- піхвові дзеркала;
- ложечку Фолькмана чи гінекологічний шпатель;
- пінцет;
- предметне скельце;
- ватну кульку;
- розчин антисептика;
- бланк направлення в лабораторію.

Підготовка пацієнтки:

- покласти хвору на гінекологічне крісло (перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку);
- провести туалет зовнішніх статевих органів (обробити статеві органи розчином антисептика за допомогою ватної кульки, затиснутої пінцетом або корнцангом);

ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах.

Бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту дає можливість визначити ступінь чистоти, мікробну флору піхви, наявність протипоказань до різних діагностичних маніпуляцій. Цей метод дає змогу діагностувати запальний процес і у деяких випадках виявити збудник, що його спричинив (для виявлення багатьох видів мікроорганізмів дослідження мазка під мікроскопом буває недостатньо).

Даючи оцінку мазку, лаборант визначає кількість епітеліальних клітин, лейкоцитів, характер мікрофлори (нормальна флора—палички Додерлейна, патогенна флора — грамнегативні палички, коки, гриби, трихомонади, гонококи). Відповідно до характеру мазка розрізняють 4 ступені чистоти вагіни.

Взяття мазка для визначення наявності гонорей. Враховуючи особливості локалізації збудника, який живе у ділянках статевого тракту, вкритих циліндричним епітелієм, — у цервікальному каналі, уретрі, вивідних протоках бартолінових залоз, прямій кишці, — матеріал для дослідження беруть відповідно з цих місць та із заднього склепіння піхви і наносять на скельце у вигляді окремих штрихів. Кожен штрих підписують на скельці тушшю латинськими літерами: С — із цервікального каналу, U — з уретри, V — із вагіни, В — із вивідних проток бартолінових залоз, R — з прямої кишки. Існує методика, за якою мазок наносять на скельце не штрихом, а у вигляді відповідної літери.

Взяття матеріалу для дослідження на наявність хламідій.

Підготовка пацієнтки:

- перед взяттям матеріалу хвора не повинна здійснювати сечовипускання впродовж 4-5 год;
- не можна вживати антибіотики впродовж 1 місяця.

Матеріалом для дослідження на наявність хламідій є зішкрібки із сечівника, шийки матки, каналу шийки матки. *Техніка взяття матеріалу:*

- пацієнтку кладуть на гінекологічне крісло;
- стерильною ложечкою Фолькмана беруть зішкрібок із сечівника і наносять матеріал на предметне скло;
- вводять у піхву дзеркало;
- знімають слиз із шийки матки ватним тампоном;
- стерильною ложечкою Фолькмана беруть зішкрібок із каналу шийки матки і наносять на

предметне скло;

- виводять дзеркало з піхви;
 - заповнюють бланк направлення і відправляють мазки у лабораторію.
- Онкоцитологічне дослідження** проводять із метою ранньої діагностики онкологічних захворювань. Мазок фарбують та розглядають під мікроскопом, відшуковуючи атипів клітини, що з'являються у жінок із злоскісними процесами шийки матки ще до появи видимих змін слизової оболонки шийки матки. Це дає змогу діагностувати злоскісне переродження на дуже ранніх стадіях і вчасно провести лікування.

Техніка взяття мазка для онкоцитологічного дослідження:

- вводять гінекологічне дзеркало у піхву;
- обережно ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, знімають залишки слизу з шийки матки;
- якщо шийка матки на вигляд здорова, матеріал для дослідження беруть із передньобочкового склепіння вагіни гінекологічним шпателем, жолобкуватим зондом або спеціальною щіточкою. Роблять зішкрібок і наносять матеріал на скельце; іншим інструментом (найкраще — щіточкою) беруть матеріал із церві-кального каналу. Для цього щіточку вводять у канал шийки матки та повертають там на 360°. Отриманий матеріал наносять на предметне скельце, обертаючи щіточку;

- якщо на шийці матки є якісь зміни, то беруть також мазок із патологічно змінених ділянок, виявлених під час кольпоскопії.
- виводять дзеркало;
- пишуть на скельцях прізвище жінки або номер відповідно до запису у журналі, заповнюють направлення у лабораторію.

Масове цитологічне дослідження дає можливість виділити контингент жінок, які потребують більш детального обстеження (біопсія, діагностичне вишкрібання та ін.). Медична сестра гінекологічного відділення або жіночої консультації веде журнал, у який заносить дані про жінок, у яких брали мазки, а також їх результати після одержання з лабораторії відповіді.

Розрізняють такі типи мазків:

I тип — незмінений епітелій;

Па тип — запальний процес;

Пб тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз;

Ша тип — слабка, помірна дисплазія на фоні доброякісних процесів і незміненого епітелію;

Шб тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію;

IV тип — підозра на малігнізацію, можливо внутрішньоепітеліальний рак;

V тип — рак;

VI тип — мазок неінформативний (матеріал взято неправильно).

При отриманні мазків II—V типу до обов'язків медичної сестри входить виклик жінки на додаткове обстеження та лікування; якщо отримано мазок VI типу, необхідно викликати жінку для взяття повторного мазка.

Гормональна кольпоцитодіагностика (мазок на «гормональне дзеркало»). Багатошаровий плоский епітелій піхви має властивість змінюватись, «дозрівати», під впливом естрогенів та прогестерону відповідно до фаз менструального циклу, тому дослідивши мазок на «гормональне дзеркало» (гормональна кольпоцитодіагностика), можна зробити висновок про ступінь насичення організму жінки статевими гормонами.

Залежно від естрогенної насиченості організму, від стінки піхви в різному співвідношенні відділяються типи клітин: поверхневі, проміжні, базальні та парабазальні. Саме на визначенні кількісного співвідношення та морфологічних особливостей клітин ґрунтується метод кольпоцитодіагностики.

Техніка взяття мазка для кольпоцитологічного дослідження:

- ввести гінекологічне дзеркало у піхву;
- зняти залишки слизу з шийки матки;
- взяти мазок з передньобочкового склепіння піхви гінекологічним шпателем, жолобкуватим зондом або спеціальною щіточкою. Не можна

зішкрібати епітелій, необхідно брати матеріал обережно, лише ті клітини, що відділилися самі;

- нанести матеріал на скельце;
- вивести дзеркало;
- заповнити направлення у лабораторію. У направленні вказати вік жінки, термін вагітності або день менструального циклу.

Важливо, щоб жінка перед взяттям мазка 2-3 дні не мала статевих зносин і їй не проводилось жодних діагностичних чи лікувальних маніпуляцій у піхві, бо мазок буде неінформативним.

Цей метод можна використовувати для діагностики загрози переривання вагітності, порушення менструального циклу, а також як контроль за результатами гормонотерапії.

Бактеріологічне дослідження проводять з метою виявлення, ідентифікації збудників та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст цервікального каналу, вагіни, уретри, пунктах Виділення беруть стерильним ватним тампоном на паличці або бактеріальною петлею, вміщують у стерильну пробірку.

Цей матеріал одразу ж після отримання потрібно направити в бактеріологічну лабораторію. У направленні необхідно вказати, звідки взято матеріал, а також дату і час, коли його взято.

МЕТОДИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Під час менструального циклу завдяки дії естрогенів і прогестерону кількість і властивості шийкового слизу змінюються. Найбільша його кількість виділяється під час овуляції, найменша — перед менструацією.

1. Симптом натягу слизу. Якщо браншами пінцета дістати слиз із цервікального каналу, то при обережному їх розведенні із слизу утвориться нитка, довжина якої залежатиме від в'язкості слизу. Максимальною довжина нитки буде в період овуляції, коли в'язкість слизу найбільша. Довжину нитки вимірюють в сантиметрах (чим більша продукція естрогенів, тим більша її довжина). У лютеїновій фазі менструального циклу симптом натягу слизу зменшується, потім зникає.

Симптом «зіниці». Під час менструального циклу під впливом естрогенних гормонів змінюється тонус шийки матки та діаметр зовнішнього вічка цервікального каналу. Розширення зовнішнього вічка і поява у ньому слизу починається з 8-9-го дня циклу, до 14-го дня вічко розширюється максимально (до 3-6 мм у діаметрі). Крапля слизу, що виступає із зовнішнього вічка, при освітленні на тлі рожевої шийки здається темною і нагадує зіницю — позитивний симптом «зіниці». У наступні дні кількість слизу починає зменшуватись і до 18-20-го дня циклу цей симптом зникає, шийка стає «сухою». Такі зміни характерні для нормального менструального циклу.

3. Симптом «папороті» (рис. 4.15). Шийковий слиз при висушуванні на повітрі має здатність кристалізуватися, тобто змінювати свої фізико-хімічні властивості. Інтенсивність кристалізації залежить від фази менструального циклу, тобто від естрогенного впливу яєчника. Слиз беруть пінцетом, який вводять у цервікальний канал на глибину до 5 мм, наносять на предметне скельце, висушують і розглядають під мікроскопом.

4. Зміна базальної температури (БТ) ґрунтується на гіпертермічному впливі прогестерону на гіпоталамус. Базальну температуру жінка вимірює сама, але медична сестра повинна навчити її, як це правильно робити, а якщо жінка перебуває у стаціонарі

— контролювати правильність проведення тесту та допомогти занести дані до температурного листка.

БТ вимірюють у прямій кишці вранці одним і тим самим термометром натще, не спорожняючи сечового міхура і прямої кишки. У першу фазу менструального циклу температура нижча 37°C (на 0,2-0,3°), після овуляції вона підвищується і тримається в межах 37,1-37,4°C. За змінами базальної температури можна оцінювати наявність чи відсутність овуляції, загрозу переривання вагітності та деякі інші стани. Цей тест простий, легкодоступний і достатньо об'єктивний, проте треба пам'ятати, що на нього можуть вплинути будь-які причини негормонального характеру (захворювання, що супроводжуються температурною реакцією). Крім того, вимірювання БТ необхідно проводити не менше ніж протягом 2-3 циклів — лише тоді цей метод може бути діагностично цінним *Кольпоскопія*. За допомогою оптичного приладу — кольпоскопа (рис. 4.16), який дає збільшення в 10-30 разів, можна оглянути вагінальну частину шийки матки та стінку вагіни. Цим методом можна виявити зміни епітелію шийки матки, передпухлинні стани, вибрати ділянку для проведення біопсії, а також контролювати загоєння в процесі лікування. Діагностична цінність цього методу надзвичайно велика.

Існує проста та розширена кольпоскопія. При простій шийку матки оглядають без попередньої обробки хімічними речовинами, при розширеній — після обробки 3 % розчином оцтової кислоти, 1% йоду. Цей метод дає можливість чітко відрізнити плоский епітелій від циліндричного, виявити патологічні зміни епітелію.

Спочатку роблять просту кольпоскопію. Після цього обробляють шийку матки розчином Люголя (проба Шіллера). Йод має здатність забарвлювати клітини, багаті на глікоген, у коричневий колір. Патологічно змінені клітини бідні на глікоген, тому йодом не забарвлюються і мають вигляд білих плям. Таким чином виявляють ділянки, що підлягають біопсії.

Ендоскопічні методи дослідження пінцети або корнцанг;

- стерильні ватні кульки;
- 3 % розчин оцтової кислоти;
- розчин Люголя. 3. *Перевіряє:*
- справність освітлювальної системи кольпоскопа.

Оскільки після проведення кольпоскопії нерідко доводиться проводити біопсію, треба приготувати також все, що для цього необхідне.

Гістероскопія — метод, за допомогою якого можна оглянути стінки порожнини матки і виявити наявність поліпів, гіперплазії, раку, синехій (зрощень), субмукозної фіброміоми матки, проводити контроль після вишкрібання матки, видалення поліпів, а також вибрати місце прицільної біопсії. Сучасні гістероскопи (рис. 4.17) дають збільшення у 50 разів.

Після розширення цервікального каналу в порожнину матки вводять гістероскоп. Можна проводити гістероскопію, вводячи в порожнину матки вуглекислий газ (газова гістероскопія) чи рідину (рідинна гістероскопія). Останнім часом випускаються спеціальні гістероскопи з маніпуляторами, за допомогою яких можна виконувати видалення поліпа з кріодеструкцією його ложа, видалення невеликих міоматозних вузлів, видалення внутрішньо-маткових контрацептивів.

Функції акушерки, фельдшера.

1. *Підготовка пацієнтки:* • зголювання волосся на зовнішніх статевих органах;

- упродовж 2-3 днів санація вагіни хлоргексидином або введенням свічок бетадину;
- напередодні — загальногігієнічні процедури;
- очисна клізма;
- спорожнення сечового міхура;
- премедикація.

2. *Обов'язки акушерки під час проведення гістероскопії:*

- перевірити наявність гістероскопа та необхідних інструментів (гінекологічні дзеркала, матковий зонд, пінцет, ватні кульки, антисептик);

- утримувати у вагіні гінекологічне дзеркало;
- стежити за станом хворої.

Лапароскопія дає можливість за допомогою лапароскопа (рис. 4.18) оглянути внутрішні органи черевної порожнини, в тому числі органи малого таза дає змогу діагностувати пухлини яєчника і матки, екстрагенітальні пухлини, позаматкову вагітність, склерокістозні яєчники, запальні утвори придатків матки (рис. 4.20). Окрім того, цим методом можна уточнити причину гострого живота.

Останніми роками лапароскопія використовується не лише як діагностичний метод. З розвитком екстракорпорального запліднення лапароскопія стала необхідним методом для взяття яйцеклітини; створено моделі лапа-роскопів, які використовують для біопсії яєчників, видалення кіст, розсікання

Ендоскопічні методи дослідження

спайок та інших операцій. Обстеження проводять під загальним знеболюванням.

Протипоказаннями до лапароскопії є декомпенсовані вади серця, гіпертонічна хвороба, порушення функції нирок, печінки, розлитий перитоніт, шоківий і коматозні стани та інші тяжкі захворювання.

Функції акушерки.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголювання волосся на зовнішніх статевих органах та, якщо необхідно, на животі;
- спорожнення сечового міхура безпосередньо перед проведенням дослідження чи ендоскопічної операції, катетеризація сечового міхура чи евакуація сечі катетером;
- очисна клізма;
- премедикація.

2. Обов'язки акушерки:

- подає лікарю необхідні під час лапароскопії інструменти (рис. 4.19);
- допомагає у проведенні операції, виконуючи розпорядження лікаря;
- стежить за станом пацієнтки.

Кульдоскопію (огляд органів черевної порожнини через отвір у задньому склепінні піхви) проводять при необхідності огляду яєчників і наявності ожиріння. Цим методом користуються рідко, його майже повністю витіснила лапароскопія. Дослідження проводиться у колінно-ліктьовому положенні жінки. Ділянка, доступна для огляду цим методом, значно менша, ніж при лапароскопії: видно задню поверхню матки, яєчники, труби.

Протипоказаннями до використання кульдоскопії є наявність спайко-вого процесу в малому тазі, пухлини малого таза, а також екстрагенітальна патологія.

Функції акушерки.

і. Підготовка пацієнтки включає:

- проведення напередодні загальногігієнічних процедур;
- перед кульдоскопією, що проводиться у плановому порядку, рекомендують 2-3 дні проводити спринцювання антисептиками або вводити у вагіну бетадинові свічки.

Обов'язки акушерки:

- фіксує вагінальне дзеркало;
- подає лікарю необхідні під час проведення кульдоскопії інструменти/
- допомагає у проведенні операції, виконуючи розпорядження лікаря;
- стежить за станом пацієнтки.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Біопсія — це взяття клаптика тканини для гістологічного дослідження. Найчастіше виконують біопсію шийки матки — при ерозіях, дисплазіях, папіломах, нерідко під контролем кольпоскопії. Іноді тканину для дослідження беруть з інших ділянок геніталій — вульви, стінок вагіни, інших місць, залежно від локалізації патологічного процесу.

Техніка біопсії:

- шийку матки оголюють дзеркалами, дезінфікують, захоплюють двома кульовими щипцями — по обидва боки ділянки, на якій проводять біопсію;
- скальпелем вирізають шматочок тканини таким чином, щоб у нього потрапила не лише змінена, а й здорова тканина. Матеріал можна взяти і за допомогою конхотома;• тканину заливають 10% розчином формаліну, заповнюють бланк на правлення і відсилають матеріал у гістологічну лабораторію.

Функції акушерки, фельдшера:

1. Підготовка хворої:

- спеціальної підготовки хворої до біопсії не проводять.

2. Підготовка необхідного інструментарію:

- ложкоподібного дзеркала з підймачем;
- пінцета або корнцанга;
- кульових щипців;
- скальпеля або конхотома.

3. Підготовка посудини з 10% розчином формаліну.

4. Під час біопсії фельдшер, акушерка утримують дзеркало у вагіні.

Пункція заднього склепіння піхви. Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння.

Цей метод дає можливість діагностувати (або виключити) порушену позаматкову вагітність, пельвіопери-тоніт шляхом одержання з черевної порожнини крові або випоту того чи іншого характеру (серозного, гнійного). При наявності асцити пункцію черевної порожнини проводять через передню черевну стінку.

Підготовка хворої така сама, як і для діагностичного роздільного вишкрібання слизової оболонки матки.

Техніка операції:

шийку матки оголюють дзеркалами; обробляють

дезінфекційним розчином;

кульовими щипцями захоплюють задню губу шийки матки, підтягують шийку дотриву, роблячи доступним заднє склепіння; довгою пункційною голкою роблять прокол

посередині між крижово-матковими зв'язками, голку проводять на 1-2 см; одягають на голку шприц;

відтягують поршень шприца на себе при одночасному повільному виведенні голки;

- якщо при пункції отримують гній, то, заповнивши направлення, його відправляють у лабораторію на бакпосів. У черевну порожнину в цьому випадку вводять антибіотики.

Знеболювання — загальний внутрішньовенний наркоз або місцева новокаїнова анестезія.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка хворої.

2. Підготовка інструментів до проведення маніпуляції:

- ложкоподібного дзеркала з підймачем;
- кульових щипців;
- шприца із довгою голкою;
- пінцета або корнцанга.

3. Фіксація вагінальних дзеркал.

4. Виконання розпоряджень лікаря у процесі маніпуляції.

Спостереження за станом хворої, заповнення направлень у лабораторію.

5. Фіксація отриманого матеріалу.

6. Догляд за хворою після операції:

- транспортування хворої в палату;
- спостереження за її станом до повного виходу з наркозу;
- покласти холод на низ живота;
- введення скорочувальних та знеболювальних засобів, а також антибіотиків згідно з

призначеннями лікаря.

Із точки зору *деонтології* фельдшеру та акушерці важливо утриматися від коментарів щодо побаченого під час операції. Жінка може розпитувати сестру, який матеріал отримано, чи це не злоякісне утворення тощо. Фельдшер, акушерка мають запевнити хвору в тому, що операція проведена без ускладнень, а про результати гістологічних досліджень їй усе розповість лікар після отримання відповіді з лабораторії.

Зондування матки. Цей метод дозволяє визначити прохідність цервікального каналу, довжину і конфігурацію порожнини матки, наявність пухлин у матці. Зондування застосовують не лише як окремий діагностичний прийом, а й як один з етапів деяких операцій (вишкрібання слизової оболонки порожнини матки). Маніпуляцію проводять в умовах надзвичайно суворої асептики.

Зонд — вигнутий металевий інструмент довжиною 20-30 см із поперечними сантиметровими поділками. На кінці зонда є потовщення у вигляді гудзика.

Техніка зондування матки:

- шийку матки оголюють дзеркалами та обробляють дезінфекційним засобом;
- захоплюють шийку матки кульовими щипцями за передню губу;
- виймають підймач;
- підтягують шийку до входу у вагіну і випрямляють цервікальний канал;
- вводять у цервікальний канал матковий зонд і проводять дослідження;
- виймають інструменти: виводять матковий зонд, знімають кульові щипці, обробляють шийку матки дезінфекційним засобом, виводять вагінальні дзеркала.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголити волосся на зовнішніх статевих органах;
- прослідкувати за спорожненням сечового міхура.

2. Підготовка необхідного інструментарію:

- ложкоподібного дзеркала з підймачем;
- пінцета;
- кульових щипців;
- маткового зонда;
- ватних кульок;
- розчину антисептика.

Знеболювання. Якщо зондування проводиться як окрема маніпуляція, знеболювання не проводять. За 20-30 хвилин до початку маніпуляції можна ввести 2 мл 50 % анальгіну та 1 мл 1 % димедролу.

Діагностичне роздільне вишкрібання слизової оболонки матки. Цей метод — один із різновидів біопсії. Його проводять при поліпах, дисфункціональних маткових кровотечах, підозрі на поліпоз слизової оболонки, злоякісну пухлину.

Техніка операції:

- шийку матки оголюють дзеркалами, обробляють дезінфекційним розчином;
- передню губу шийки матки захоплюють кульовими щипцями;
- проводять зондування матки для визначення її довжини;
- у цервікальний канал один за одним вводять розширювачі Гегара, кожен з яких на 0,5 мм ширший за попередній. Дуже важливо, щоб, готуючи інструменти, медична сестра склала їх у порядку зростання номерів. Це дозволить запобігти затримці під час операції. Розширення проводять до 9-10 номера;
- вводять кюретку у цервікальний канал і вишкрібають його стінки, збираючи матеріал в окрему баночку з 10% розчином формаліну;
- кінець кюретки доводять до дна матки, а потім рухами від дна до шийки поступово зішкрібають слизову оболонку із всіх стінок матки. Матеріал, що одержали, вміщують в інший флакон або баночку, заливають 10% розчином формаліну і відсилають на гістологічне дослідження. Знеболювання. Операцію виконують під загальним

(внутрішньовенний наркоз) чи місцевим (парацервікальна новокаїнова анестезія) знеболюванням в умовах строгої асептики.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголити волосся на зовнішніх статевих органах;
- прослідкувати за спорожненням сечового міхура.

2. Підготувати посудину з 10%розчином формаліну.

3. Підготувати такий інструментарій:

- ложкоподібне дзеркало з підіймачем;
- пінцет або корнцанг;
- кульові щипці;
- матковий зонд;
- розширювачі Гегара;
- кюретки;
- ватні кульки і розчин антисептика.

4. Під час операції утримувати дзеркало у вагіні.

5. Одержаний при вишкрібанні матеріал разом з направленням відправити у гістологічну лабораторію.

6. Транспортувати хвору в палату.

7. Покласти на низ живота міхур з льодом.

8. Стежити за станом пацієнтки та кількістю виділень.

Визначення прохідності маткових труб. Для дослідження прохідності маткових труб використовують введення в труби повітря (пертубація) чи рідини (гідротубація). Для проведення такого обстеження, крім дзеркал з підіймачами, кульових щипців, пінцетів чи корнцангів, необхідна ще й спеціальна апаратура, яка складається із системи трубок з балоном для нагнітання повітря або пристрою для введення рідини. Ця система з'єднана з манометром, що показує тиск, під яким вводиться повітря чи рідина. Маніпуляцію проводять в умовах суворої асептики. *Техніка операції:*

- пацієнтка лежить на гінекологічному кріслі;
- шийку матки оголюють дзеркалами;
- обробляють дезінфекційним засобом;
- передню та задню губи шийки матки захоплюють кульовими щипцями;
- проводять зондування матки, визначають напрямок цервікального каналу;
- вводять наконечник від апарата;
- нагнітають у систему повітря;
- слідкують за показаннями манометра;
- проводять аускультацию живота.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка хворої:

- зголювання волосся на лобку;
- спорожнення сечового міхура;
- очисна клізма.

2. Підготовка інструментарію.

3. Під час виконання маніпуляції акушерка балоном нагнітає повітря в систему.

4. Протипоказаннями до її виконання є III—IV ступені чистоти вагіни, кольпіти, цервіцити, гострі та підгострі запальні процеси матки й придатків. Недотримання цих вимог може призвести до ускладнень — аж до розвитку перитоніту.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Цей метод базується на здатності тканин по-різному поглинати чи відбивати ультразвукові коливання. Його використовують для діагностики пухлин, диференціальної діагностики між

пухлиною та вагітністю. Дослідження проводиться при наповненому сечовому міхурі. Напередодні необхідно зробити очисну клізму. Останніми роками широко використовують вагінальні датчики, доплерометрію.

Останні моделі апаратів настільки досконалі, що використовуються для контролю за ростом фолікула, овуляцією, дають змогу реєструвати товщину ендометрію, виявити його гіперплазію та поліпи. Використання вагінального датчика дозволяє діагностувати патологію без наповнення сечового міхура. На це дослідження не впливають ожиріння, спайковий процес. Метод дає можливість діагностувати ретроцер-вікальний ендометріоз, запальні утвори придатків матки, що з допомогою звичайних датчиків зробити неможливо.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- проінформувати пацієнтку про те, що дослідження проводиться при наповненому сечовому міхурі;
- в ургентних випадках сечовий міхур наповнити через катетер розчином фурациліну;
- при дослідженні за допомогою вагінального датчика необхідно спорожнити сечовий міхур;

Обов'язки акушерки, фельдшера:

- під час проведення дослідження середній медичний працівник фіксує в журналі дані, продиктовані лікарем, заповнює бланк із результатами дослідження і підклеює його в медичну карту стаціонарної хворої або видає на руки амбулаторно направленої пацієнтці;
- готує паперову серветку або рушник, щоб хвора могла витерти із шкіри живота залишки гелю, який використовувався під час дослідження.
- *Деонтологія.* Середнім медичним працівникам важливо пам'ятати, що під час дослідження пацієнтка уважно слухає всі розмови в кабінеті ультразвукової діагностики, тому не має бути жодних сторонніх розмов, оскільки хвора може сприйняти їх на свою адресу.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гістеросальпінгографія (метросальпінгографія) дає можливість виявити прохідність маткових труб, вади розвитку, недорозвиток матки, ендометріоз, наявність підслизових фіброматозних вузлів, синехій.

Протипоказаннями до використання цього методу є запальні процеси жіночих статевих органів, підозра на вагітність, III—IV ступені чистоти вагіни.

Інструменти, необхідні для гістеросальпінгографії:

- ложкоподібні дзеркала з підіймачем;
- кульові щипці;
- корнцанг;
- шприц Брауна;
- контрастна речовина.

Техніка проведення гістеросальпінгографії:

- шийку матки оголюють дзеркалами, обробляють дезінфекційним засобом;
- захоплюють передню губу шийки матки кульовими щипцями;
- вводять у порожнину матки за допомогою шприца Брауна контрастну речовину і роблять рентгенівський знімок;
- виводять інструменти.

На знімках чітко видно внутрішні контури матки, її порожнина має трикутну форму. При прохідних трубах контрастна речовина виливається в черевну порожнину.

Рентгенопельвіографія. У черевну порожнину за допомогою спеціального пристрою вводять вуглекислий газ (через прокол передньої черевної стінки чи заднього склепіння). Після

цього роблять рентгенівські знімки, на яких чітко видно обриси матки, зв'язок, придатків. Цей метод використовують при підозрі на аномалії розвитку матки, полікістоз яєчників.

Біконтрастна пельвіографія — це поєднання метросальпінгографії та пельвіографії. Цей метод дає можливість детальніше дослідити стан внутрішніх статевих органів.

Функції середнього медичного працівника при проведенні рентгенологічного дослідження.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголити волосся на лобку;
- зробити очисну клізму;
- простежити за спорожненням сечового міхура.

2. Акушерка, фельдшер готують:

- ложкоподібне дзеркало з підймачем;
- пінцет або корнцанг;
- кульові щипці;
- шприц Брауна;
- контрастну речовину;
- ватні кульки;
- розчин антисептика.

3. Під час введення контрастної речовини акушерка чи фельдшер фіксують у вагіні дзеркала.

Для діагностики гінекологічних захворювань, зокрема пухлин, можна використовувати комп'ютерну томографію, проте у зв'язку з високою вартістю у повсякденній практиці цей метод застосовують рідко.

Із рентгенологічних методів у гінекології використовують також рентгенологічне дослідження надниркових залоз на фоні пневмоперитонеуму та рентгенографію турецького сідла.

РАДІОІМУНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ

Радіоімунологічні методи дослідження використовують для визначення концентрації біологічних речовин, які знаходяться у сечі та крові в мізерних кількостях (гормони, антитіла). Застосовують стандартні набори, що містять в окремих флаконах гормон, мічений радіоактивним ізотопом, чистий німецький гормон, специфічну антисироватку до гормону і препарати для преципітації зв'язаного антигену чи адсорбції антигену. Набір можна використовувати для визначення концентрації гормонів як у сироватці крові, так і в сечі. Для дослідження достатньо 0,1-0,5 мл сироватки. Дослідження проводиться *in vitro*, тому небезпеки опромінення для хворої немає.

Унікальні можливості методу та його висока чутливість (можливість якісного та кількісного визначення гормонів при їх концентрації від 0,1 до 5 ОД/л) сприяють широкому його впровадженню в медичну практику.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Цей метод включає в себе медико-генетичне консультування та цито-генетичне дослідження.

Цитогенетичне дослідження проводять спеціалісти-генетики. Одним з основних методів цитогенетичного дослідження є визначення статевого хроматину. Цей метод відіграє важливу роль у діагностиці вроджених дефектів статевих залоз. Визначення статевого хроматину проводять у ядрах клітин поверхневого епітелію, який отримують шляхом зішкрібання його зі слизової оболонки внутрішньої поверхні щокви шпателем.

Визначення статевого хроматину може використовуватись як скринінг-тест. Аналіз каріотипу в зв'язку з його складністю проводять лише за певними показаннями, а саме: передусім, за відхилення у кількості статевого хроматину; низький зріст пацієнток; за наявності

множинних, нерідко стертих аномалій соматичного розвитку, дисплазій, а також у тих випадках, коли при збиранні сімейного анамнезу встановлені вади розвитку, множинні вродливості або мимовільні викидні у ранні терміни вагітності.

Обов'язковим є визначення каріотипу у хворих із дисгенезією гонад, тому що наявність у них Y-хромосоми вказує на високий ризик можливості злякисного росту.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
2. *Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В.* Кольпоцервикоскопия. – К.: Гидромакс, 2004. – 117с.
3. *Кулаков В.И.* Акушерство и гинекология. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2005. – 512с.
4. *Лихачов В.К.* Методика обстеження і принципи лікування гінекологічних хворих в умовах жіночої консультації. – Полтава, 2000. – 100с.
5. *Прилепская В.Н.* Практическая гинекология. – М., 2003. – 350с.
6. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Под ред. Н.М. Подзолкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520с.
7. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
9. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / Под ред. М.В. Медведева. – М.: Реальное время, 2003. – 170с.
10. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. – Киев, 2012. – 154 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.