

Освітній компонент : Гінекологія, репродуктивне здоров'я та планування сім'ї

Освітня програма : Лікувальна справа

## Лекція № 2

### Тема: Методи обстеження гінекологічних хворих

#### План

- Анамнез, його роль у визначенні діагнозу.
- Схема обстеження гінекологічних хворих: паспортні дані, скарги пацієнтки, їх деталізація; анамнез розвитку захворювання; анамнез життя; акушерсько-гінекологічний анамнез (менструальна, статева, дітородна та секреторна функції жінки).
- Об'єктивне обстеження — огляд загальний, обстеження молочних залоз і лімфатичних вузлів; обстеження живота.
- Спеціальне гінекологічне обстеження, огляд статевих органів, дзеркальний огляд, бімануальне обстеження, ректальне та ректо-абдомінальне обстеження.
- Додаткові методи обстеження в гінекології: лабораторні — бактеріоскопічне, онкоцитологічне, кольпоцитологічне, бактеріологічне; інструментальні — біопсія, зондування порожнини матки, діагностичне вишкрібання порожнини матки, пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви. Підготовка пацієнтки, інструментарію та матеріалів до проведення обстеження.

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, «кінджальний» характер. Постійний біль характерний для запальних захворювань і злоякісних пухлин. Для діагностики важлива також локалізація болю: при зміщеннях матки дозад (retropositio uteri), параметриті, периметриті він виникає в крижах і попереку, при захворюваннях додатків 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 трихомоніазі 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 можна 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, згвалтування 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, навколوماتкової 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 трихомоніазі, «сирністі» - при кандидозі, «м'ясних помий» - при злоякісних 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 - злоякісних 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 додатків матки, перекрут ніжки кістоми), пухлини чи інфільтрати.

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

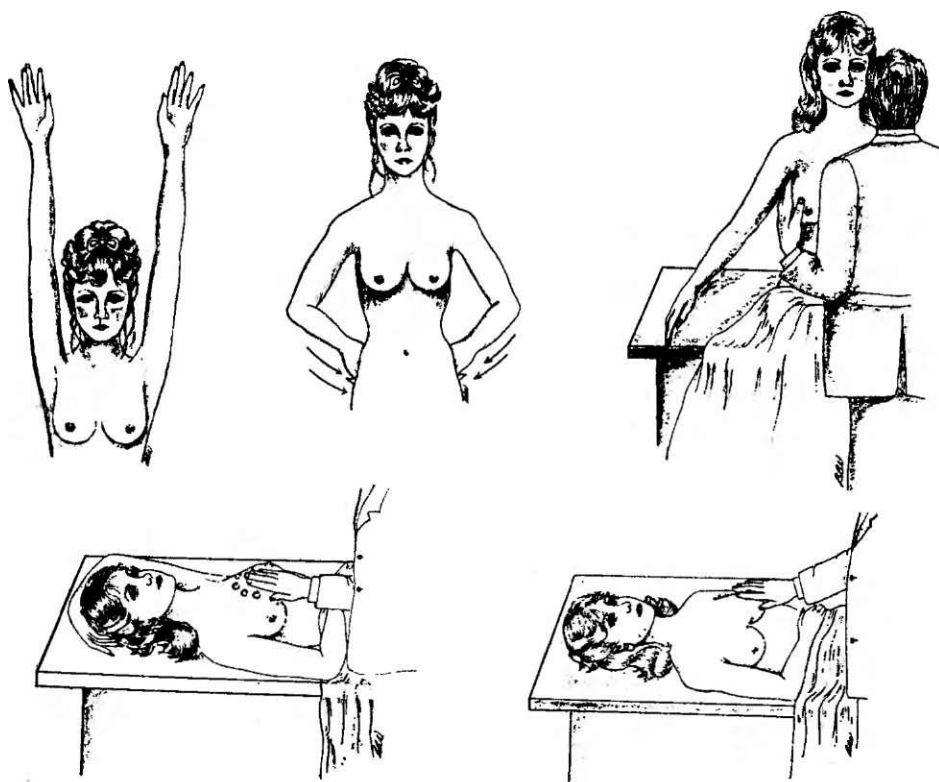


Рис 4.1. Огляд та пальпація молочних залоз

Аускультатією живота можна скористатись для визначення перистальтики кишечника (при пельвіоперитоніті - в'яла, при перитоніті - в'яла або відсутня). Аускультатією 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;
- мануальне;
- бімануальне (вагінально-черевностінкове і ректально-черевностінкове) дослідження.

**До додаткових методів належать:**

- лабораторні;
- інструментальні;
- апаратні.

## 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 підіймачем або двостулкове дзеркало Куско.. Останнім часом застосовують двостулкові дзеркала одноразового використання

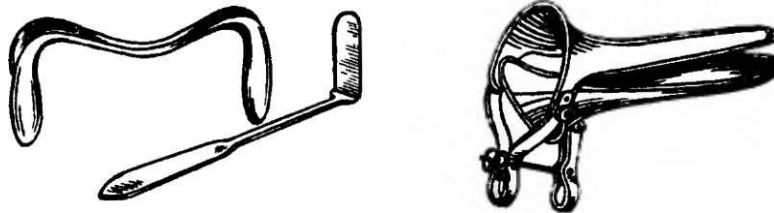


Рис. 1. Ложкоподібне дзеркало Сімса і підіймач

Рис. 2. Двостулкове дзеркало Куско

**Техніка огляду шийки матки в дзеркалах.**

**Огляд шийки матки за допомогою ложкоподібних дзеркал:**

- великим та вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи;
- правою рукою, повернувши дзеркало косо щодо статевої щілини, вводять його в піхву, злегка натискуючи на промежину;
- паралельно до введеного дзеркала вводять плоске переднє дзеркало (підіймач) і піднімають передню стінку вагіни;
- після огляду дзеркала виводять із піхви у зворотному порядку: спочатку підіймач, потім дзеркало.

**Огляд шийки матки за допомогою двостулкових дзеркал:**

- великим та вказівним пальцями лівої руки розводять великі статеві губи;
- вводять дзеркало у вагіну, розміщуючи зімкнуті стулки паралельно до статевої щілини;
- після введення дзеркало повертають на 90°, розкривають стулки так, щоб вагінальна частина шийки була між стулками;
- при необхідності дзеркала фіксують за допомогою замка;
- після огляду шийки матки чи виконання необхідних процедур стулки закривають і дзеркало виводять з піхви.

За допомогою дзеркал оглядають шийку матки, визначають її величину, форму (циліндрична, конічна), форму зовнішнього вічка цервікального каналу (кругла - в жінок, що не народжували, щілоноподібна - 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**.

**Техніка бімануального (вагінально-черевностінкового) дослідження:**

- великим та вказівним пальцями лівої руки розводять малі та великі статеві губи;
- праву руку складають таким чином: безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, вказівний та середній - складені до купи та випростані, великий - відведений під прямим кутом до долоні. Середній та вказівний пальці правої руки вводять у піхву. Безіменний та мізинний пальці впираються в промежину, а великий - відхилений до лобка;
- пальці розміщують у передньому склепінні, шийку матки відтискають назад;
- лівою рукою обережно натискають на передню черевну стінку в напрямку до пальців, що введені у вагіну. Якщо матка розміщена у положенні *anteversio-anteflexio*, вона буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук;



**Рис.** Огляд шийки матки за допомогою дзеркала Сімса

**Рис.** Великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи

**Рис.** Дзеркало обернене паралельно до статевої щілини, стулки закриті



- пальці внутрішньої та зовнішньої рук переміщують праворуч від матки - пальпують праві придатки;
- пальці внутрішньої та зовнішньої рук переміщують ліворуч від матки - пальпують ліві придатки;
- пальці правої руки виводять із вагіни.

Якщо вагіна вузька, дослідження проводять одним пальцем. Пальці під час введення у вагіну треба проводити по задній стінці, щоб не було неприємних відчуттів від подразнення найбільш чутливих ділянок - передньої стінки вагіни, клітора, ділянки сечівника.



**Рис.** Вказівний і середній пальці правої руки введено у піхву. Ліва рука через передню

черевну стінку пальпує матку

**Рис.** Вказівним і великим пальцями лівої руки розводять статеві губи. Середній палець правої руки введено у піхву.

Вводячи пальці у вагіну, оцінюють такі дані: наявність чи відсутність болючості, ширину отвору входу у вагіну (у жінок, що живуть статевим життям, два пальці входять вільно). Натискаючи на м'язи тазового дна, визначають їх тонус, стан промежини. Поступово просуюючи пальці у глибину вагіни,

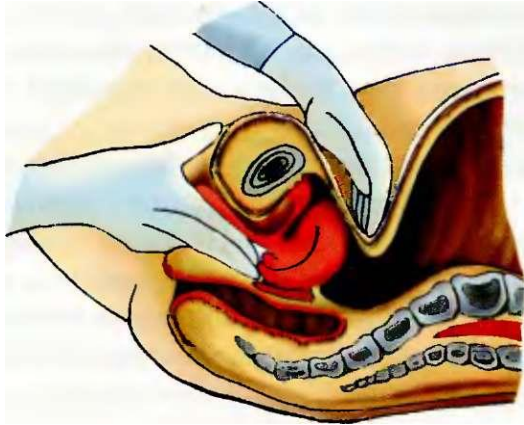


Рис.3 Бімануальне вагінально-черевностінкове дослідження

визначають її довжину, ширину, здатність до розтягнення, складчастість, ступінь зволоженості, наявність перетинок, пухлин, рубців, звужень. Звертають увагу на глибину склепінь, наявність болючості при пальпації.

Матка розміщена в тазі таким чином, що її тіло й шийка утворюють кут, відкритий допереду (anteflexio), а вся матка нахилена теж дещо вперед (anteversio). Вона достатньо рухома при спробі зміщення. Підвищена рухомість матки спостерігається при опущенні та випаданні її за рахунок недосконалості зв'язкового апарату. Обмежена рухомість спостерігається при наявності у малому тазі спайкового процесу, інфільтратів.

Після дослідження матки пальпують її придатки. Для цього руки переміщують убік від матки. Труби в нормі не промацуються. Яєчники вдається пропальпувати у вигляді еластичних неболючих утворів.

**Ректально-черевностінкове дослідження.** У дівчат, а також при атрезії чи стенозі вагіни, проводять ректально-черевностінкове дослідження. Цим методом можна скористатися для детальнішого обстеження тазових органів при пухлинах.

### ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

До додаткових методів обстеження належать:

#### I. Лабораторні:

- бактеріоскопічне дослідження (мазки на ступінь чистоти);
- цитологічне дослідження піхвових мазків;
- бактеріологічне дослідження.

#### II. Інструментальні:

- біопсія;
- зондування порожнини матки;
- діагностичне фракційне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням;
- пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

#### III. Апаратні:

- ендоскопічні методи дослідження (кольпоскопія, цервікоскопія, гістероскопія, 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, пельвіографія, 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 акушерка 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).

***Техніка взяття мазка на ступінь чистоти піхви:***

- ввести у піхву гінекологічне дзеркало;
- гінекологічним пінцетом, шпателем, жолобкуватим зондом чи ложечкою Фолькмана взяти виділення із заднього склепіння піхви і штрихоподібними рухами нанести на предметне скельце;
- вийняти дзеркало з піхви;
- написати направлення в лабораторію.

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 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, відшукуючи атипів клітини, що з'являються у жінок із злоякісними процесами шийки матки ще до появи видимих змін слизової оболонки шийки матки. Це дає змогу діагностувати злоякісне 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 передньобокового склепіння вагіни гінекологічним шпателем, жолобкуватим зондом або спеціальною щіточкою. Роблять зішкрібок і наносять матеріал на скельце;



**Рис.** Нанесення матеріалу із цервікального каналу на скельце для онкоцитологічного дослідження

- іншим інструментом (найкраще щіточкою) беруть матеріал із цервікального каналу.

Для цього щіточку вводять у канал шийки матки та повертають там на 360°. Отриманий матеріал наносять на предметне скельце, обертаючи щіточку;



**Рис.** Взяття матеріалу для онкоцитологічного дослідження з цервікального каналу шийки матки, 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;

IIa тип — запальний процес;

IIb тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз;

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

IIIb 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 забрано 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 передньобокового 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 збудника та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст цервікального каналу, вагіни, уретри, пунктат. 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 час, коли його взято.

**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 таких ділянок геніталій — вульви, стінок вагіни, інших місць, залежно від локалізації патологічного процесу



**Рис.** Біопсія шийки матки за допомогою конхотома

**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 направлення 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 підіймачем;
- 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 черевної порожнини через заднє склепіння піхви.**

Цей метод дає можливість діагностувати (або виключити) порушену позаматкову вагітність, пельвіоперитоніт шляхом одержання з черевної порожнини крові або випоту того чи іншого характеру (серозного, гнійного). При наявності асциту 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 допереду, 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.**

**5. Спостереження за станом хворої, заповнення направлень у лабораторію.**

**6. Фіксація отриманого матеріалу.**

**7. 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 злякає 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 деззасобом, 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, акушерка 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 підймачем;
- 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.**

**МЕТОДИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ**

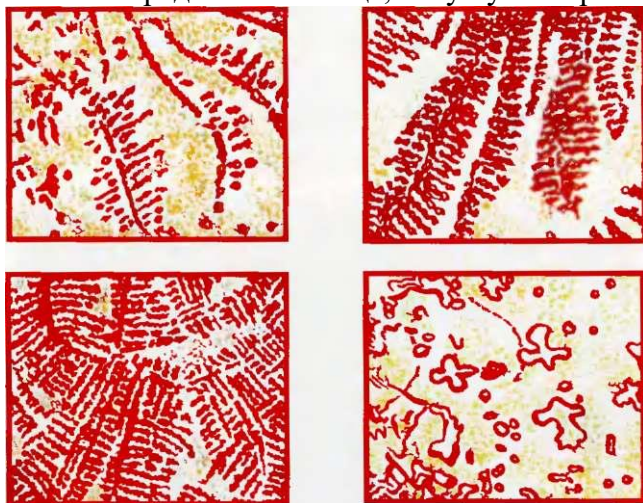
Під час менструального циклу завдяки дії естрогенів і прогестерону кількість і властивості шийкового слизу змінюються. Найбільша його кількість виділяється під час овуляції, найменше перед менструацією

**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.

**Симптом «папороті»..** 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.



**Рис.** Симптом «папороті»

**Зміна базальної температури (БТ)** ґрунтується на гіпертермічному впливі прогестерону на гіпоталамус. Базальну температуру жінка вимірює сама, але акушерка 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.

### Література

1. Хміль С.В. Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
2. Грищенко В.І., Щербини М.О. Гінекологія: підручник. — К.: Медицина, 2007.
3. Назарова І.Б., Пісарев А.А., Михайлов О.В. Медсестринство в гінекології: навч. посіб. — К.: Медицина, 2010. — 248 с.
4. Степанківська О.В., Щербина М.О. Гінекологія: підручник. — К.: Здоров'я, 2010.
5. Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000. — 200 с.