

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2  
кафедра акушерства і гінекології № 3  
не опорна  
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ  
«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Методи обстеження гінекологічних хворих. Загальна  
симптоматологія гінекологічних захворювань.»  
за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)  
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах  
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2  
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

**На методичній нараді кафедри  
акушерства і гінекології №3  
протокол № 1 від 30.08.2023 р.**

**Завідувач кафедри  
акушерства і гінекології №3,  
д.мед.н., професор                      Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

УДК 618 (072)

*Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології*

**Авторський колектив:**

*Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.*

*Професор, д.мед.н. Диндар О.А.*

*Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.*

*Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.*

*Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.*

*Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.*

*Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.*

*Доцент, к.мед.н. Друпн Ю.Г.*

*Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.*

*Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.*

*Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.*

*Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.*

*Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.*

*Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.*

*Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.*

*Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.*

*Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.*

*Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.*

*Асистент Чеботарьова А.С.*

*Асистент, к.мед.н. Бала О.О.*

*Асистент Фурса-Совгіра Т.М.*

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 1 від 30.08.2023 року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

## **Тема: Методи обстеження гінекологічних хворих. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань.**

### **I. Актуальність теми:**

Гінекологія - це наука про жінку, вивчає нормальну діяльність жіночого організму, захворювання, пов'язані з особливостями жіночого організму в різні періоди життя жінки. Діагностика гінекологічних захворювань ґрунтується на застосуванні різних методів обстеження пацієнток, без яких неможливі постановка правильного діагнозу і проведення раціональної терапії.

Безумовно, клінічний досвід є найважливішим у повсякденній роботі лікаря. Досягнення науки і техніки озброїли лікарів приладами, матеріалами і технологіями, що значно допомагають у лікарській діяльності починаючи з етапу діагностики до безпосередньо медичних маніпуляцій. Кожен лікар, який надає медичну допомогу пацієнткам, повинен знати набір обстежень та маніпуляцій, що використовуються в гінекологічній практиці. Незалежно від того, чи виконує сам лікар такі обстеження та маніпуляції, він повинен розуміти показання, протипоказання, ризику та доступною мовою розповісти пацієнтці про обстеження та маніпуляції.

Будь-яка гінекологічна патологія має дуже схожу симптоматику, тому незалежно від того з якою патологією прийде жінка скарги у неї доволі часто будуть ідентичними. Науково-технічний прогрес надає можливість використання нових підходів у діагностиці, що є запорукою ефективного лікування і профілактики багатьох видів гінекологічних захворювань.

### **II. Навчально-виховні цілі**

#### **Знати:**

- Класифікацію жіночих статевих органів.
- Будову жіночих статевих органів.
- Циклічні зміни в організмі жінки.
- Загальні методи обстеження гінекологічних хворих;
- Спеціальні методи обстеження гінекологічних хворих;
- Методику проведення гінекологічного дослідження.

#### **Вміти:**

- Зібрати анамнез у хворої.
- Провести його аналіз.
- Провести загальний огляд пацієнтки; провести гінекологічне обстеження.
- Оцінити стан жінки.
- Діагностувати клінічні прояви гінекологічної патології;
- Провести гінекологічний огляд;
- Правильно обрати та провести додаткове обстеження гінекологічних хворих.
- Проведення кольпоскопії.
- Взяти мазки на флору та цитологію.
- Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.

### **III. Вихідні і базові знання**

- анатомічні особливості жіночих статевих органів;
- фізіологічні особливості жіночих статевих органів;
- гістологічна будова зовнішніх та внутрішніх статевих органів.

### **IV. Зміст навчального матеріалу**

#### **СИМПТОМИ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Найважливішими симптомами гінекологічних захворювань є білі, маткові кровотечі, болі, непліддя, сексуальні розлади, розлади суміжних органів (сечовидільної системи і кишечника) та супутні загальні розлади.

**Білі** являють собою якісні та кількісні зміни притаманних жіночим статевим органам природних процесів секреції і трансудації.

Деяка вологість слизових оболонок статевих органів спостерігається і в фізіологічних умовах. Секреторна функція притамана трубам, тілу матці, покривному епітелію і залозам шийки матки, а також залозам входу до піхви.

Загальна кількість секрету і трансудату, яка накопичується протягом доби в піхві невелика (близько 1 мл) і достатня лише для зволоження стінок піхви. В здоровому стані жінка не відчуває піхвових виділень. В тих випадках, коли в наслідок різних ендо- і екзогенних причин виділення збільшуються, спостерігається їх витікання. Патологічний характер білей непокоїть жінку. Білі викликають подразнення зовнішніх статевих органів. За місцем виникнення розрізняють вестибулярні, піхвові, шийкові, маткові і трубні білі.

*Вестибулярні білі* обумовлені секретом сальних і потових залоз, який збирається у складках жіночої статевої сфери. Патологічні вестибулярні білі з'являються у разі запальних захворювань зовнішніх статевих органів (вульвіт) або великої переддверної залози (бартолініт), при недотриманні правил особистої гігієни, цукровому діабеті. Часто вони спостерігаються при запальних захворюваннях вище розташованих відділів статевої системи, при яких вульва втягується у запальний процес вторинно.

*Піхвові білі* зустрічаються найчастіше. У нормі слизова оболонка піхви завжди зволожена рідким білуватим виділенням, які утворюються шляхом трансудації (пропотівання) рідини із кровоносних, лімфатичних судин підепітеліального шару піхви. У піхвових виділеннях містяться згущені клітини плоского епітелію, палички Додерлейна, лейкоцити і стороння мікрофлора. Палички Додерлейна сприяють переходу глікогену клітин піхви у молочну кислоту, що підтримує кислу реакцію вмісту піхви. Підвищена секреція може бути обумовлена місцевою інфекцією, глистною інвазією (у дитячому віці), наявністю чужорідного тіла у піхві, виникненням сечостатевих і кишковостатевих норниць, екстрагенітальною патологією (цукровий діабет та ін.).

Для вивчення вагінальних виділень використовують бактеріоскопічне дослідження. Патологічний характер білей визначається також за збільшенням їх кількості, зміною консистенції (водянисті, рідкі, вершкоподібні) і кольору (прозорі, молочні, жовто-зелені та ін.).

*Шийкові білі* займають друге місце по частоті після піхвових білей. За нормальної функції залоз слизової оболонки каналу шийки матки у піхві

накопичується прозорий густий слиз, кількість якого збільшується у фолікуліновій фазі і зменшується у лютеїновій. Патологічна секреція спостерігається при запальних процесах (гонорея, туберкульоз), порушеннях цілості шийки матки (розриви після пологів), поліпах, раку.

*Маткові білі* з'являються при патологічних станах і можуть бути обумовлені:

- гострими ендометритами (специфічними і неспецифічними);
- підслизовою міомою матки;
- поліпами слизової оболонки матки;
- злоякісними пухлинами (рак ендометрія).

Маткові білі зазвичай рідкі, можуть бути з домішками гною (при ендометритах) або крові (при доброякісних і злоякісних пухлинах).

*Трубні білі* зустрічаються досить рідко і обумовлені наявністю таких запалень, які закінчуються утворенням гідро- або піосальпінксу. Так як напередодні і під час менструації ендометрій значно виражений, просвіт отвора труби різко звужується і запальний секрет накопичується в трубі. Після менструації просвіт збільшується і виділення надходять у матку і піхву. Періодичність білей у сполученні з пальпацією потовщених маткових труб є діагностичною ознакою трубних білей.

Таким чином характер білей і джерело їх утворення є дуже важливими чинниками діагностики гінекологічних захворювань.

**Маткові кровотечі** можуть бути пов'язані із порушенням менструального циклу, наявністю в порожнині матки поліпів, доброякісних та злоякісних пухлин, патології вагітності і пологів (передчасне переривання вагітності, передлежання та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, послідові і післяродові кровотечі). Маткові кровотечі можуть бути пов'язані з менструальним циклом і не залежати від нього.

*Меноррагія* – кровотеча пов'язана з менструальним циклом. Меноррагії носять циклічний характер і проявляються збільшенням крововтрати під час менструації (гіперменорея), більшою тривалістю (поліменорея) та частотою (пройоменорея) кровотечі. Розвиток меноррагій може залежати від зниження скоротливої діяльності матки внаслідок запальних захворювань, пухлин. А також від порушення функції яєчників, пов'язаних з неправильним дозріванням фолікула, жовтого тіла або з відсутністю овуляції.

Порушення менструального циклу може проявлятися розвитком рідких, коротких і незначних менструальних кровотеч (гіпоменструальний синдром), аж до повної відсутності менструації (аменорея).

*Метроррагія* – ациклічні маткові кровотечі не пов'язані з менструальним циклом. Метроррагії виникають при розладах функції яєчників, гормонально-активних пухлинах яєчників. Досить часто спостерігаються кровотечі при перериванні позаматкової вагітності, мимовільному аборті, міхуровому занеску.

Кровотечі із шийки матки і піхви бувають при ерозії, поліпах, раку. Інколи спостерігаються кровотечі із статевих органів після статевих зносин, спринцюванні або інших піхвових маніпуляцій. Це так звані контактні кровотечі.

Вони можуть бути різної інтенсивності і вказують на наявність у статевих органах патологічного процесу.

У разі тривалих значних кровотеч розвивається післягеморрагічна анемія. Характерний зовнішній вигляд жінки; виражена блідість шкіри і слизових оболонок, сухість шкіри, низький тиск, частий пульс, глухість серцевих тонів та інші прояви анемії.

**Біль** – одна з найбільш частих скарг гінекологічних хворих. Найчастішою причиною болю є запальні процеси, внаслідок яких змінюється хімізм середовища, розвивається набряк тканини, порушується місцевий лімфо- та кровообіг, утворюються інфільтрати. Запальні зміни сприймаються як подразнення больових рецепторів. Біль стає інтенсивнішим, якщо запальний процес захоплює пристінну очеревину. Особливо сильний біль виникає при розриві внутрішніх статевих органів. Причиною болю може бути механічне подразнення больових рецепторів при пухлинах матки і придатків, перекручування ніжки пухлини.

Біль при злоякісних пухлинах звичайно пізній симптом. Спостерігається при запущених процесах та зумовлений здавленням нервових закінчень і загальною інтоксикацією організму.

Для гінекологічних захворювань найбільш характерні болі внизу живота та в попереку.

Болі можуть бути найрізноманітніші. Переймоподібні болі обумовлені скороченням м'язової мускулатури матки, що спостерігається при аборті, фіброматозному вузлі, що народжується, позаматковій вагітності. Ниючі болі характерні для запальних процесів статевих органів, а також спостерігаються при неправильних положеннях матки. Болі колючого характеру можливі при позаматковій вагітності, апоплексії яєчника та інше. При злоякісних пухлинах біль носить постійний, гризучий характер.

**Непліддя** – є нерідкою скаргою хворих, які звертаються до гінеколога. Розрізняють первинне і вторинне неплоддя. Первинним неплоддям називають відсутність вагітності протягом одного року регулярного статевого життя без застосування контрацепції; вторинним – неплоддя після пологів або абортів при давності неплоддя один рік. Неплоддя в шлюбі може залежати від чоловіка (30%), тому при обстеженні неплодної жінки у першу чергу варто обстежити її чоловіка.

#### **Сексуальні розлади:**

- неможливість статевого життя внаслідок будь-яких перепон в статевих органах, наприклад повна або часткова атрезія піхви, щільність гімена та інше;
- неможливість статевих зносин внаслідок спазму в ділянці входу до піхви (вагінізм). Це захворювання психогенного характеру;
- Болючість при статевих зносинах (вузька піхва, запальні процеси вульви та піхви, запальні пухлини додатків матки та інше);
- статеві холодність (фригідність) зустрічається у жінок з недостатнім розвитком статевого апарату або з рисами інтерсексуальності. Як тимчасове явище, ослаблення лібідо спостерігається після перенесених тяжких інфекційних захворювань, іноді після абортів, після хірургічної або рентгенівської кастрації;

- відсутність задоволення (оргазму) може залежати від деяких анатомічних та фізіологічних причин – розрив промежини з розширенням піхвової трубки, від статевої слабкості чоловіка і таке інше.

**Розлади функції сечовидільного апарату:** болючість і почастищення сечовипускання, утруднення спроб сечовипускання або, навпаки, неможливість утримання сечі, скарги на зміну забарвлення сечі, зміна добового діурезу.

Розлади з боку кишечника – запори або в'ялість кишечника при малорухомому способі життя, при кишкових злуках або при обмеженні рослинної їжі. Пронози можуть спостерігатися при гострих запальних процесах геніталій, при прориві гнійної пухлини малого тазу в сигмовидну або пряму кишку.

**Загальні розлади** зустрічаються частіше у літніх жінок, особливо в період пременопаузи. Серцебиття, головокружіння, приливи до голови, відчуття жару – характерні скарги при клімактеричному неврозі. Необхідно звернути увагу на схуднення, що має місце при злоякісних пухлинах статевих органів.

## **ЗАГАЛЬНІ ТА СПЕЦІАЛЬНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.**

### **Опитування хворої.**

#### ***А. Анамнез життя (anamnesis communis, anamnesis vitae)***

1. Розвиток у дитинстві: загальні умови життя та вигодовування, розвиток відповідно до вікових норм. Перенесені захворювання, лікування, ускладнення, вади розвитку.

2. Перенесені загальні захворювання, не пов'язані з геніталіями (туберкульоз, венеричні захворювання, травми). Лікування (амбулаторне, стаціонарне, курортне). Ускладнення, наслідки.

3. Спадковість: загальні відомості про батьків (братів, сестер) — вік, професія, перенесені захворювання (туберкульоз, венеричні, нервово-психічні, системні, онкологічні захворювання, алкоголізм, наркоманія, вади розвитку). Лікування, наслідки.

#### ***Б. Спеціальний анамнез.***

1. Менструальна функція:

- час настання першої менструації (menarche),
- протягом якого періоду встановився регулярний характер менструацій,
- характер менструального циклу (ритм, тривалість циклу, періодичність, тривалість менструацій),
- кількість крові, що втрачається,
- наявність больового синдрому (до, під час, після менструацій),
- зміни в характері менструального циклу (у зв'язку з початком статевого життя, заміжжям, абортами, пологами).

2. Статева функція:

- початок статевого життя,
- шлюб (за рахунком), протягом якого часу,
- особливості статевого життя (болісність, задоволення, послаблення статевого почуття), які протизаплідні засоби використовувала, протягом якого часу.

### 3. Генеративна функція:

- коли завагітніла вперше, перебіг вагітності, чим закінчилася, ускладнення,
- кількість вагітностей, їх перебіг, чим закінчилися, ускладнення,
- кількість пологів, чим закінчилися, перебіг післяпологового періоду, ускладнення,
- кількість абортів, їх характер (самовільний, медичний, штучний), ускладнення.

### 4. Секреторна функція.

Характер виділень зі статевих шляхів:

- колір (молочний, жовтий, зелений, темно-коричневий),
- консистенція (рідкі, густі, в'язкі),
- кількість (мажучі, незначні, помірні, надмірні),
- запах,
- вплив (подразнення, свербіж, запальні явища). Лікування. Наслідки.

### 5. Клімактеричний період:

- в якому віці настав,
- порушення статевих функцій, зокрема характеру менструацій (оліго-, гіпо-, гіпер-, поліменорея),
- особливості перебігу (нервово-психічні порушення, кардіоваскулярний синдром, явища випадіння функції яєчників). Лікування. Наслідки.

### ***В. Анамнез хвороби (anamnesis morbi)***

Скарги хворої:

- біль (локалізація, характер, розповсюдження, передбачувана причина, коли з'явився, протягом якого часу продовжується, інтенсивність),
- зміни в характері менструального циклу (нерегулярність, відсутність періодичності, наявність больового синдрому, поява ациклічних кровотеч, затримка (відсутність менструацій, збільшення (зменшення) кількості крові, що втрачається),
- наявність білей (кількість, колір, характер, запах, консистенція),
- інші порушення статевої сфери (непліддя, самовільні аборти, опущення статевих органів, свербіж, пухлини),
- порушення статевого почуття (відсутність задоволення, послаблення статевого почуття, відсутність оргазму, болісність при статевих зносинах),
- порушення функції сусідніх органів:
  - а) сечовидільної системи: біль при сечовиділенні, дизуричні явища, нетримання сечі, наявність крові, гною у сечі;
  - б) кишкового тракту: біль при дефекації, проноси, закрепи, наявність патологічних домішок у виділеннях (кров, гній, слиз).

1. З якого часу вважає себе хворою.

2. Передбачувана причина даного захворювання.

3. Хто направив до клініки.

4. Особливості та перебіг даного захворювання, динаміка, ускладнення.

5. Попередня терапія (амбулаторна, стаціонарна). Результати. Наслідки.

6. Передбачуваний діагноз.



## **Загальне обстеження.**

### **Об'єктивне обстеження.**

Зріст, маса тіла. Конституція. Будова кісткової системи. Стан шкіри та підшкірно-жирової клітковини (ступінь вираженості підшкірно-жирової клітковини, рубцеві деформації, набряки, розташування вен). Грудна клітка (форма, екскурсія). Грудні залози (форма, пігментація). Стан органів дихання. Стан органів кровообігу. Стан шлунково-кишкового тракту. Стан органів сечовиділення. Температура, пульс (характеристики), артеріальний тиск, група крові, сечовиділення, випорожнення (характеристика).

### **Живіт**

Форма (вип'ячений, плоский, втягнутий). Пігментація білої лінії. Стан передньої черевної стінки (тургор), шлунка, печінки, кишківника, перкусія живота, участь в акті дихання. Зовнішнє обстеження (пухлини) — її межі, форма, розмір, консистенція, рухомість, болючість.

### **Гінекологічне обстеження**

#### *Огляд зовнішніх статевих органів.*

Зовнішні статеві органи — розвиток (правильний, вади розвитку, патологічні зміни). Ріст волосся в ділянці лона та зовнішніх статевих органів за яким типом (жіночим, чоловічим, гіпертрихоз, гірсутизм). Наявність патологічних змін в ділянці зовнішніх статевих органів (пухлини, набряки, висипи, рубцеві деформації, варикозне розширення вен).

#### *Огляд слизової оболонки піхви та піхвової частини шийки матки у дзеркалах.*

Слизова оболонка піхви — колір (блідо-рожева, гіперемована, ціанотична), зборістість (виражена, помірно виражена).

Шийка матки — форма (циліндрична, конічна). Зовнішнє вічко (щілиноподібне, округле, закрите, привідкрите, зіяє). Наявність патологічних змін в ділянці слизової оболонки піхви та піхвової частини шийки матки (розриви, ерозії, поліпи, рубці, стриктури).

#### *Бімануальне обстеження.*

Піхва жінки, що (не)народжувала. Шийка матки туго — еластичної консистенції, (не)болюча при зміщенні. Тіло матки в положенні (*anteflexio*, *retroflexio*, *anteversio*, *retroversio*), бокові позиції, форми (грушеподібної, округлої, деформована), консистенція (щільна, розм'якшена, тістувата), розміри у тижнях вагітності, рухомість, болючість при пальпації. Стан додатків матки (без особливостей, не визначаються, за наявності патологічних змін — розміри, форма, консистенція тубооваріального утворення, його межі, рухомість, болючість при пальпації). Стан піхвових склепінь (глибокі, вкорочені, (без)болісні). Характеристика виділень зі статевих шляхів (кількість, колір, консистенція, запах).

*Ректально-абдомінальне обстеження.* Якщо огляд через вагіну неможливий (у дівчат, при атрезії вагіни, пухлинних утворах), проводять ректальне комбіноване дослідження. Дослідження проводять на гінекологічному кріслі в резиновій стерильній рукавиці, яка змащена вазеліном, II пальцем. Воно допомагає скласти уяву про стан шийки матки, паравагінальної, параректальної

клітковини, встановити зміни прямої кишки (звуження, здавлення пухлиною, інфільтрацію стінок). Це дослідження використовують у хворих, що не живуть статевим життям.

Попередньо потрібно призначити очисну клізму.

*Комбіноване ректально-вагінально-абдомінальне обстеження* проводять при підозрі на наявність патологічних процесів у стінці вагіни чи прямій кишці. Для цього у вагіну вводять вказівний палець, у пряму кишку – середній палець правої руки, а лівою рукою пальпують тазові органи через черевну стінку. На цей час обстежують всіх жінок для виключення раку прямої кишки.

### **ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ**

Додаткові методи дослідження використовують для уточнення діагнозу гінекологічних хворих, а особливо жінок, які проходять профілактичні огляди.

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, 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 (гістросальпінгографія, 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 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, 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 вашої кульки, затиснутої пінцетом або корнцангом); ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку маїки 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 (UVC):*

- взяти матеріал з уретри;
- ввести в піхву гінекологічне дзеркало. Гінекологічним пінцетом або шпателем взяти частину виділень із заднього скленіння піхви і штрихоподібними рухами нанести на предметне скло;
- взяти матеріал з цервікального каналу (щіточкою Браша)
- 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 піхви:**

**Перший ступінь чистоти піхви.** Є варіантом норми для жінок, що ведуть статеве життя та єдиною нормою для дівчаток, підлітків. Виділення піхви прозорі, нагадують добре зварений крохмаль. У мазку – епітеліальні клітини й чиста культура палички Дедерлейна (досить товста грампозитивна паличка), можлива наявність поодиноких лейкоцитів і невелика кількість слизу. Реакція виділень кисла (рН 4,0-4,5). Така картина вмісту піхви здорової жінки трапляється рідко.

**Другий ступінь чистоти піхви.** Є варіантом норми для жінок, що ведуть стетеве життя. Макроскопічно виділення напіврідкі, сірувато-білого кольору. У мазку паличок Дедерлейна стає менше, з'являється інша флора, переважно сапрофіти (грамнегативна тонка паличка, грампозитивні диплококи тощо), трапляються епітеліальні клітини, лейкоцитів небагато (до 10 в полі зору

мікроскопа), велика кількість слизу. Реакція виділень залишається кислою (рН 4,5-5,0).

**Третій ступінь чистоти піхви.** Макроскопічно виділення жовтуватого кольору, рідкі. У мазку незначна кількість паличок Дедерлейна, багато різноманітної кокової флори (у тому числі стрептококи та стафілококи), багато лейкоцитів, є епітеліальні клітини. Реакція виділень слабокисла або слабо-лужна (рН 5,0-7,2). Така картина вмісту піхви характерна для запального процесу в піхві (кольпіт).

**Четвертий ступінь чистоти піхви.** Макроскопічно виділення густі, жовтого кольору, гнійні, в разі трихомонадного кольпіту – піняві. У мазку палички Дедерлейна відсутні, багато лейкоцитів і різноманітної гноєтворної та патогенної флори (стафілококи й стрептококи, кишкова паличка, гонококи, трихомонади). Реакція виділень лужна (рН > 7,5).

**Онкоцитологічне дослідження** проводять із метою ранньої діагностики онкологічних захворювань. Мазок фарбують та розглядають під мікроскопом, відшукуючи атипичні 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 гінекологічні дзеркала у піхву.
- Обережно ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, знімають залишки слизу з шийки матки.
- Пряму щіточку цервікобраш вводять в цервікальний канал та повернути її там на 360°.
- Одержаний матеріал наносять на предметне скло, обертаючи щіточку.
- Зігнутою щіточкою цервікобраш беруть мазок із піхвової частини шийки матки, обертаючи щіточку на 360°.
- Отриманий матеріал наносять на предметне скло штриховим рухом.
- Якщо на шийці матки є якісь зміни, то мазок також беруть із патологічно змінених ділянок.
- Вивести дзеркала.
- Мазок відразу зафіксувати – помістити в суміш Нікіфорова на 30 хв.
- 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;

II а тип — запальний процес;

II б тип - проліферація, метаплазія, гіперкератоз;

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

III б тип — виражена дисплазія плоскою епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію;

IV тип — підозра на малігізацію, можливо вігнутршньоепітеліальний рак;

V тип — рак;

VI тип — мазок неінформативний (матеріал взято неправильно).

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

При виконанні класичного ПаП тесту - матеріал одразу після взяття щіточкою наносять на скло.

ПаП-тест на основі рідинної цитології - щіточку з матеріалом занурюють у розчин з реактивом, потім клітини у розчині транспортують до лабораторії. Рідина з матеріалом центрифугується, автоматизовано обробляється і отриманий матеріал клітин, без сторонніх домішок, оцінюється лікарем-цитологом.

Основна відмінність ПаП тесту від звичайної онкоцитології - це метод фарбування та фіксації матеріалу. ПаП тест називається так тому, що фарбування проводиться по методиці Папаніколау, що є світовим стандартом в скринінгу раку шийки матки. Цей метод дозволяє абсолютно чітко виявити ядра атипичних клітин, з'являється можливість виявлення патології на ранніх стадіях, а отже можна вчасно дообстежити та пролікувати пацієнтку.

#### **Інтерпретація результатів Пап-тесту за системою Бетезда 2014 року:**

Для цитологічної оцінки плоского епітелію:

- NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy) у перекладі означає “мазок негативний щодо інтраепітеліального ураження або злоякісного новоутворення”.

- ASC-US або ASC-N (atypical squamous cells of undetermined significance) – плоскоклітинна атипія. Атипичні клітини плоского епітелію (ASC) класифікують як клітини неуточненого значення (ASC-US) або клітини, які не можуть виключати плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження (тобто дисплазію) високого ступеня (ASC-N).

- LSIL (CIN I) (Low-grade Intraepithelial Lesion) - дисплазія легкого ступеня.

- HSIL (CIN II – III) (High-grade Intraepithelial Lesion) - ураження епітелію високого ступеня (термін об'єднує дисплазію помірного ступеня, важкого ступеня і внутрішньоепітеліальну карциному, CIN-II і CIN-III відповідно).

- Плоскоклітинна карцинома

Для цитологічної оцінки залозистого епітелію:

- AGC-US: Atypical glandular cells of undetermined significance (атипичні клітини залозистого епітелію невизначеного значення);

- AGC favor neoplastic: Atypical glandular cells, favour neoplastic (атипичні клітини залозистого епітелію з підозрою на неоплазію);

- AIS: Endocervical adenocarcinoma in situ (ендоцервікальна аденокарцинома in situ);

- Adenocarcinoma (аденокарцинома).

**Бактеріологічне дослідження** проводять з метою виявлення, ідентифікації збудників та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст цервікального каналу, піхви, 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.

**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.

Визначають такі показники: індекс дозрівання – співвідношення поверхневих, проміжних і парабазальних клітин; каріопікнотичний індекс – співвідношення поверхневих клітин із пікнотичними ядрами до загальної кількості клітин у мазку; еозинфільний індекс – співвідношення поверхневих клітин з еозипофільно зафарбованою цитоплазмою до клітин із базопільною цитоплазмою, виражена у відсотках.

*Техніка взяття мазка для кольпоцитологічного дослідження:*

- ввести гінекологічні дзеркала у піхву;
- зняти залишки слизу з шийки матки;
- взяти мазок з передньобочкового склепіння піхви гінекологічним шпателем, жолобкуватим зондом і т.і. Не можна зішкрібати епітелій, необхідно брати матеріал обережно, лише ті клітини, що відділилися самі;
- нанести матеріал на предметне скельце;
- вивести дзеркала;
- 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.

**Визначення гормонів в крові**

**I. Естрадіол (пг/мл):**

Фолікулярна фаза: 12,5 – 166,0

Овуляційна фаза: 85,8 – 498,0

Лютеїнова фаза: 43,8 – 211,0

Пост менопауза: до 54, 7

Вагітність:

I триместр: 215,0 – 4300,0

II триместр: 800,0 – 5760,0

III триместр: 1810,0 – 13900,0

**II. ФСГ ( мМЕ/мл):**

Фолікулярна фаза: 3,5 – 12,5

Овуляційна фаза: 4,7 – 21,5

Лютеїнова фаза: 1,7 – 7,7

Пост менопауза: 25,8 – 134,8

**III. ЛГ ( мМЕ/мл):**

Фолікулярна фаза: 2,4 – 12,6

Овуляційна фаза: 14,0 – 95,6

Лютеїнова фаза: 1,0 – 11,4

Пост менопауза: 7,7 – 58,5

**IV. Прогестерон (нг/мл):**

Фолікулярна фаза: 0,2 – 1,5

Овуляційна фаза: 0,8 – 3,0

Лютеїнова фаза: 1,7 – 27,0

Пост менопауза: 0,1 – 0,8

Вагітність:

I триместр: 11,2 – 90,0

II триместр: 25,6 – 89,4

III триместр: 48,4 – 422,5

**V. Пролактин (нг/мл):**

Жінки: 4,79 – 23,3

Вагітність:

I триместр: 23,5 – 94,0

II триместр: 94,0 – 282,0

III триместр: 188,0 – 470,0

**VI. Тестостерон загальний (нг/мл):**

21 – 50 років: 0,20 – 1,65

Після 50 років: 0,09 – 1,50

**VII. Вільний тестостерон (нг/мл):**

З нормальним менструальним циклом: 0 – 4,1

Постменопауза: 0,1 – 1,7

**Тести функціональної діагностики.** Для оцінки функціонального стану яєчників використовують цитологічне дослідження піхвових мазків, вимірювання базальної температури, вивчення стану слизу каналу шийки матки. Цитологічне дослідження засновано на визначенні певного виду клітин епітелію (базальні, парабазальні, проміжні, зроговілі). При цитологічному дослідженні визначають

наступні види мазків: естрогенний, прогестероновий, змішаний, регресивний, андрогенний, запальний.

Симптом «листка папороті» заснований на кристалізації шийкового слизу, що нанесений на предметне скло.

Функціональні методи дослідження в гінекології дозволяють визначити функціональний стан різних відділів репродуктивної системи і з'ясувати резервні можливості гіпоталамусу, гіпофізу, наднирників, яєчників і ендометрію. Встановити вміст гормонів у плазмі, їх метаболітів у сечі. В гінекологічній практиці найбільш поширені наступні функціональні проби:

- проба с гестагенами (мета: встановити ступінь дефіциту естрогенів і прогестерона);
- проба с естрогенами і гестагенами (мета: визначення ступеню дефіциту естрогенів, підтвердження пошкодження ендометрію);
- проба с дексаметазоном (мета: встановлення джерела гіперандрогенії);
- Для визначення порушень гіпоталамо-гіпофізарної системи проводять проби з кломіфеном та люліберином (в разі негативної проби з кломіфеном).

### **ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**Дослідження за допомогою кульових щипців** – проводиться тоді, коли треба встановити зв'язок пухлини черевної порожнини зі статевими органами. допомагає визначити походження пухлини - з матки чи додатків .

Застосовують такі інструменти: ложкоподібне дзеркало, підіймач, пінцет, кульові щипці.

Шийку матки оголюють дзеркалами, обробляють 70% етиловим спиртом, захоплюють кульовими щипцями за передню губу (при необхідності іншими щипцями захоплюють задню губу), дзеркала виймають. Проводять бімануальне дослідження, лівою рукою через черевну стінку зміщують пухлину догори, вправо, вліво. Якщо пухлина виходить із статевих органів, то щипці втягуються у вагіну, причому при пухлині матки щипці зміщуються більше, ніж при пухлині придатків.

Можна використати інший прийом. Правою рукою проводять бімануальне дослідження, а лівою через передню черевну стінку зміщують пухлину догори. Одночасно помічник відтягує донизу кульові щипці. При цьому ніжка пухлини натягується і стає доступною для пальпації.

**Біопсія** - видалення і мікроскопічне дослідження частини тканин (шийки матки) з діагностичною метою 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.

Застосовують такі інструменти: ложкоподібне дзеркало, підіймач, кульові щипці, скальпель, ножиці, пінцет, голкотримач, шовний матеріал.

Біопсію необхідно проводити лише після кольпоскопічного дослідження, тому що це дозволяє точно визначити ділянку шийки матки для дослідження.

*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.
- На ранку при необхідності накладають 1-2 кетгутові шви.

**Проба Хробака** - заснована на підвищеній крихкості та ломкості тканин, які вражені раковою пухлиною. Зондом натискають на шийку матки і, якщо зонд “провалюється”, то це свідчить про ракове враження шийки матки.

**Зондування матки** проводять тоді, коли треба визначити прохідність цервікального каналу та порожнини матки, довжину та конфігурацію матки, наявність в ній пухлин. 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 підіймач;
- підтягують шийку до входу у вагіну і випрямляють цервікальний канал;
- вводять у цервікальний канал матковий зонд і проводять дослідження.

Зонд обережно вводять спочатку в канал шийки матки (біля перешийка матки відчувається невеликий опір), далі без застосування сили - в порожнину до дна матки. При цьому за шкалою зонда визначають довжину порожнини матки. Напрямок руху зонда визначає положення матки: в положенні *anterflexio* зонд направляється допереду, в положенні *retroflexio* - дозаду. Ковзаючи по всіх стінках матки, визначають форму порожнини матки, наявність у ній пухлин, перегородок, поліпів.

- виймають інструменти: виводять матковий зонд, знімають кульові щипці, обробляють шийку матки дезінфекційним засобом, виводять вагінальні дзеркала.

При зондуванні можуть виникнути такі ускладнення: перфорація матки, кровотеча, інфікування.

Протипоказаннями до зондування матки є гострі та підгострі запальні процеси в статевих органах, підозра на маткову і позаматкову вагітність, наявність пухлини на шийці матки.

**Діагностичне роздільне вишкрібання слизової оболонки матки** - це інструментальне видалення функціонального шару слизової оболонки матки разом із патологічними утворами. Проводиться з діагностичною та лікувальною метою. Цей метод — один із різновидів біопсії. Його проводять при

дисфункціональних маткових кровотечах, кровотечі при лейоміомі матки, підозрі на поліпоз слизової оболонки, злякисну пухлину, з послідуємим патогістологічним дослідженням матеріалу.

*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.

Протипоказаннями до проведення вишкрібання стінок матки є гострі запальні процеси в статевих органах.

**Пункція черевної порожнини** - це найближчий і найзручніший доступ у порожнину малого таза (простір Дугласа), де при різних патологічних процесах накопичується рідина (кров, гній, ексудат), частіше гінекологічного походження. Також проводиться з лікувальною та діагностичною метою. Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння (**кульдоцентез**). 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 асцити пункцію черевної порожнини проводять через передню черевну стінку.

Застосовують такі інструменти: ложкаподібне дзеркало, підіймач, кульові щипці, шприц з довгою голкою, пінцет.

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

Пункцію заднього склепіння проводять в умовах стаціонару з дотриманням усіх правил асептики й антисептики. Перед операцією необхідно випорожнити сечовий міхур і кишечник.

*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;
- пунктат набирається в шприц, його оглядають, визначають характер, колір, запах, за показаннями проводять бактеріологічне, цитологічне чи біохімічне дослідження матеріалу.
- 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.

**Пертубація і гідротубація** (продування і промивання маткових труб). Пертубація – це виявлення прохідності маткових труб способом продування їх повітрям. Проводиться в прешій тиждень після закінчення менструації. Гідротубація – це метод виявлення прохідності маткових труб за допомогою введення в їх порожнину рідини або розчинів лікарських речовин. Ці методи мають велике значення при діагностиці причин непліддя і використовуються у випадках, коли всі інші причини непліддя виключені (інфантилізм, пухлини, порушення функції залоз внутрішньої секреції, неповноцінність сперми та ін.).

Протипоказаннями продування і промивання маткових труб є вагітність (або підозра на вагітність), гострі та підгострі запальні процеси, пухлини матки і додатків, патологічна кровотеча тощо.

Перед пер- і гідротубацією необхідно провести бімануальне обстеження, дослідження мікрофлори піхви і каналу шийки матки. Після дезінфекції зовнішніх статевих органів і піхви шийку матки оголюють дзеркалами, передню і задню губи шийки матки захоплюють кульовими щипцями. У канал шийки матки без попереднього розширення, а потім у порожнину матки вводять наконечник шприца Брауна відповідного колібру. Гумову трубку, з'єднану з наконечником під'єднують до апарату і нагнітають у систему повітря слідуючи за показаннями манометра. Повітря або рідину нагнітають до тиску 100 мм рт.ст. У разі непрохідності маткових труб після короткої паузи тиск підвищується до 150 мм рт.ст. потім до припустимого максимуму – 180 мм рт.ст. Одночасно з нагнітанням повітря або рідини проводять аускультацию нижніх відділів живота над паховими зв'язками, під час якої відзначається характерний звук у разі проходження повітря чи рідини через маткові труби.

Прохідність маткових труб визначають на основі таких даних:

- тиск повітря у системі знижується, стрілки манометра падають;
- під час аускультации відзначається характерний звук, який виникає при проходженні через маткові труби повітря або рідини;

- кімографічна крива на початку пер- або гідротубації піднімається, а під час проходження повітря чи рідини через маткові труби в черевну порожнину – знижується;

- повітря чи рідина, які з'явилися в черевній порожнині, викликають подразнення діафрагмального нерва, що виявляється болями у плечовому поясі (френікус-симптом).

**Ретроградна пертубація та гідротубація** маткових труб проводиться під час череворозтину з боку черевної порожнини.

**Метросальпінгографія** (гістросальпінгографія) - це контрастне зображення порожнини матки і маткових труб за допомогою рентгенографії. Даний метод використовують для визначення прохідності маткових труб, вад розвитку матки, ендометріозу, туберкульозу маткових труб, наявності підслизових фіброматозних вузлів, синехій, поліпів.

Застосовують такі інструменти: ложкоподібне дзеркало, підіймач, кульові щипці, корнцанг, шприц Брауна, контрастну речовину (веротраст, уротраст, верографін, діодин, кардіотраст, кардіотрасил та ін.). Шийку матки оголюють дзеркалами, обробляють дезінфекційним розчином, захоплюють за передню губу кульовими щипцями, у порожнину матки за допомогою шприца Брауна повільно вводять 4-5 мл контрастної речовини, роблять перший рентгенівський знімок. На знімках чітко видно внутрішні контури матки, порожнина її в нормі має трикутну форму. При прохідних трубах контрастна речовина проникає в черевну порожнину. Якщо контрастна речовина не потрапила в труби, то через 15-20 хвилин роблять другий знімок. Коли вона заповнила всю порожнину труб, а у вільну черевну порожнину не потрапила, через 1 добу роблять контрольний знімок.

Протипоказаннями до метросальпінгографії є загальні й місцеві інфекційні процеси, гострі та підгострі запальні процеси в жіночих статевих органах, вагітність і підозра на вагітність.

**Гінекографія (пневмопельвіографія).** Для виявлення контурів внутрішніх статевих органів необхідно ввести в черевну порожнину газ (кисень, вуглекислий газ, закис азоту), на фоні якого роблять рентгенівський знімок. Цей метод використовують для діагностики і диференційної діагностики пухлин органів малого таза, розповсюдженості пухлинного процесу при злоякісних новоутвореннях геніталій, для діагностики аномалій розвитку статевих органів.

Газ вводять шляхом пункції черевної порожнини в положенні хворої на спині в рентгенодіагностичному кабінеті за допомогою апарата для накладання пневмотораксу чи пневмоперитонеуму. Як правило, повільно вводять близько 800-1500 мл газу, залежно від маси тіла, під контролем манометра.

Після створення пневмоперитонеуму хвору кладуть на рентгенологічний стіл животом донизу. Потім рентгенівський стіл переводять в положення Тренделенбурга. При цьому петлі кишечника відходять до діафрагми, добре видно органи малого таза. Роблять рентгенівський знімок, на якому чітко видно контури матки, зв'язок, придатків.

Протипоказаннями до пневмопельвеографії є серцево-судинні захворювання з декомпенсацією та порушенням кровообігу, гострі та підгострі запальні процеси в черевній порожнині, киля, важкі екстрагенітальні захворювання.

**Ангіогістеросальпінгографія** - це одночасне контрастування судин таза, порожнини матки і маткових труб. Застосовують для доопераційної диференційної діагностики пухлин матки та її додатків.

Дослідження виконують за допомогою універсальної ангіографічної апаратури.

Після очисної клізми і премедикації в канал шийки матки вводять м'який наконечник для гістеросальпінгографії, з'єднують його з системою для введення рентгенконтрастних розчинів у порожнину матки. Далі катетеризують черевну частину аорти за методом Сельдингера, верхівка катетера розміщується над біфуркацією аорти. Розчин верографіну чи урографіну одночасно вводять в черевну частину аорти (45-50 мл.) і в порожнину матки (4-8- мл.), потім роблять 10 рентгенографічних обстежень і оцінюють результат.

**Флебографія (венографія)** - це наповнення контрастною речовиною венозної сітки малого таза. Даний метод застосовують для діагностики захворювань нижньої порожнистої вени, тазових вен і вен нижніх кінцівок, для диференціації пухлин матки та її додатків від пухлиноподібних утворів запального характеру, а також для виключення урологічних захворювань.

Для введення контрастної речовини у венозну систему таза використовують три шляхи: внутрішньовенний, внутрішньокістковий, внутрішньоорганний.

**Радіоізотопну діагностику** все частіше застосовують у гінекологічній практиці для вивчення функціонального стану маткових труб при безплідді, наявності пухлин статевих органів, особливо злоякісних. Метод базується на здатності злоякісних пухлин накопичувати радіоактивний фосфор інтенсивніше, ніж навколишні здорові тканини.

**Комп'ютерна томографія** - це рентгенологічний метод, за допомогою якого отримують зображення поперечного розтину тіла без накладання об'єктів. Принцип комп'ютерної томографії базується на отриманні тонкого зрізу при проходженні строго обмеженого пучка рентгенівських променів через тіло пацієнта. Перевага методу полягає в тому, що отримані структури не накладаються одна на одну, зображення передає лише ті деталі, які знаходяться у площині певного шару. Крім того, зображення несе кількісну інформацію про щільність структур шару, що дозволяє зробити висновок про характер ураження. Діагностика за допомогою комп'ютерної томографії заснована на рентгенологічних симптомах: локалізації, формі, розмірах, щільності пухлинних утворів, а також стискуванні чи проростанні пухлиною навколишніх тканин, стану лімфатичних вузлів. Цей метод виявляє пухлину діаметром близько 2 см, проводить топічну діагностику пухлин матки та її додатків, дозволяє віддиференціювати солідні утвори яєчників від кістозних, реєструвати екстракапсулярний ріст.

**Термографія** - це реєстрація інфрачервоного випромінювання людського тіла. За допомогою даного методу можлива рання діагностика патологічного процесу чи ознак покращення. Його застосовують при динамічному спостереженні за хворою, масових диспансерних оглядах у групах підвищеного ризику як допоміжний метод, а також для діагностики запальних захворювань геніталій, контролю за ефективністю протизапального лікування, діагностики туберкульозу жіночих статевих органів. Результати дослідження фіксують на термограмах.

**Пневмоперітонеум** - введення газової суміші в черевну порожнину шляхом лапароцентезу. Проводять як підготовку до рентгенографії або перед лапароскопією.

**Пневмопельвіографія** - рентгенографія органів малого тазу після введення газу в черевну порожнину (при пухлинах матки, що мають чіткі контури).

**Лімфографія** - проводять при дослідженні ступеня поширення ракового процесу шийки, тіла матки та яєчників, сечового міхура, прямої кишки, контролю за радикальністю проведеної операції, при підозрі на рецидив злоякісної пухлини після проведеного лікування, для контролю за ефективністю променевої та хіміотерапії. В основі лімфографії лежить здатність лімфатичних капілярів всмоктувати водорозчинні й колоїдні рентгеноконтрастні речовини, які вводять парентерально.

Непряма радіоізотопна лімфографія - в перші міжпальцеві проміжки вводять по 75-100 мк кюрі радіоізотопної речовини. На слідуючий день проводять сканування. Пряма лімфографія - нормальний лімфовузол вбирає контрастну речовину (йодліпол, міоділ), а вражений метастазом - ні.

**Ультразвукове дослідження (ехографія)** - проста та безпечна методика, заснована на можливості тканин різної щільності по-різному відбивати та поглинати ультразвукову енергію і таким чином отримувати зображення тих утворень, які недосяжні для рентгєнівського дослідження через невелику щільність (розвиток та дозрівання фолікула, овуляція, гіперплазія ендометрію та ін.).

Сучасна ультразвукова апаратура дозволяє досліджувати органи малого тазу за допомогою різних датчиків: абдомінальних, вагінальних, ректальних.

Ультразвук у гінекологічній практиці використовують для диференціації новоутворень матки та яєчників, діагностики позаматкової вагітності. Перевага методу полягає в його високій інформативності, правильному встановленні діагнозу, простоті дослідження і відсутності протипоказань.

Для кращої візуалізації внутрішніх статевих органів дослідження проводять з наповненим сечовим міхуром після очисної клізми.

З метою діагностики прохідності маткових труб проводять ультразвукове дослідження із застосуванням 20 % розчину галактози (еховіст).

### **ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.**

**Ендоскопія** - це дослідження порожнини внутрішніх органів шляхом огляду їх за допомогою спеціальних оптичних приладів з освітлювальним пристроєм. У гінекології застосовують лапароскопію, гістероскопію,

кульдоскопію, кольпоскопію, цистоскопію, ректороманоскопію, діафоноскопію та ін.

**Кольпоскопія** - огляд шийки матки та слизової оболонки піхви за допомогою монокулярної або бінокулярної лупи з освітлювальним приладом (кольпоскопа) (вперше запропонував Гінзельман, 1925 р), що дає збільшення в 10-30 разів. Для огляду шийки матки та піхви у дівчат використовують вагіноскоп (тонкий катетер з освітлювальним приладом).

Кольпоскопія дозволяє значно розширити можливості діагностики фонівих і передракових процесів шийки матки, визначити особливості епітелію при фізіологічних станах (вагітності, менопаузі, контрацепції), здійснити достовірну оцінку ефективності лікування (діатермокоагуляції, кріо- і лазеродеструкції, фізіотерапії та ін.), вибрати віру ділянку для біопсії.

Протипоказань до кольпоскопії немає. Метод нешкідливий і атравматичний. Проте можливості кольпоскопії обмежені. Недоступним для дослідження був цервікальний канал. Цей недолік ліквідований із створенням Е.В. Коханевич (1978) цервікоскопа який дозволяє досліджувати нижню і середню частини цервікального каналу (**кольпоцервікоскопія**). Також кольпоскопія не дозволяє оцінити морфологічні зміни в глибоких шарах епітелія, тому вирішальну роль в оцінці гістоморфологічних змін відіграє гістологічне дослідження.

Необхідні інструменти та обладнання: гінекологічне крісло, кольпоскоп, дзеркала, гінекологічний довгий пінцет, розчин Люголя, 3-4 % розчин оцтової кислоти, все, що потрібно для проведення біопсії.

Кольпоскопію проводять до бімануального дослідження, дзеркала вводять з великою обережністю, протирають ватним тампоном шийку матки так, щоб не травмувати слизову оболонку. Кольпоскоп встановлюють на відстані 20-25 см від досліджуваної поверхні. Струмінь світла наводять на шийку матки і встановлюють об'єктив так, щоб отримати чітке зображення. Шийку матки оглядають за годинниковою стрілкою, або за умовно виділеними зонами.

Виділяють кольпоскопію просту (оглядову) і розширену.

*Проста кольпоскопія* - перший огляд через кольпоскоп проводять без обробки шийки матки. Вона дає змогу одержати орієнтовану уяву про будову слизової оболонки шийки матки. Визначають форму, величину шийки матки і зовнішнього вічка, колір і рельєф слизової оболонки, межу багат шарового і циліндричного епітелія, особливості судинного малюнка.

*Розширена кольпоскопія* проводиться другим етапом. Вона дає можливість виявити більш чітку кольпоскопічну картину використовуючи різні епітеліальні і судинні тести. Найбільш поширена обробка слизової оболонки шийки матки 3% розчином оцтової кислоти. Під дією 3% розчину оцтової кислоти відбувається видалення слизу, клітини епітелія набувають білувато-сіруватого відтінку. Розширені під дією патологічного процесу судини починають звужуватись і зникають з поля зору. Дія розчину оцтової кислоти проявляється через 30-60 с. після змазування і продовжується 3-4 хв.

При розширеній кольпоскопії проводять пробу Шиллера. При нанесенні 2% водного розчину Люголя нормальний багат шаровий плоский епітелій шийки

матки забарвлюється в темно-коричневий колір (позитивна проба). Всі патологічно змінені ділянки тканин (доброякісні, передракові, злоякісні процеси) забарвлюються в жовтуватий колір або не забарвлюються зовсім.

Модифікацією розширеної кольпоскопії є *хромокольпоскопія* – забарвлення вагінальної частини шийки матки різними барвниками (метиленовий фіолетовий, гематоксилін та ін.) з наступним кольпоскопічним дослідженням. При нанесенні метилвіолету (4 краплі 10% розчину в 35 мл дистильованої води) на шийку матки багатошаровий плоский епітелій набуває фіолетового забарвлення, а циліндричний епітелій не забарвлюється. Також застосовують 0,1% розчин гематоксиліну і 1% розчин толуїдинового синього. Вони відносяться до ядерних барвників, тому ділянки шийки матки вкриті патологічним епітелієм забарвлюються більш інтенсивно. Тампон, змочений барвником, прикладають до шийки матки на 3 хв. після чого її промивають ізотонічним розчином натрію хлориду.

Останнім часом застосовують *кольпомікроскопію*, під час якої забезпечується збільшення у 170-250 разів. Тубус кольпомікроскопі вводять у піхву і прикладають до шийки матки. Дослідження проводять після попереднього забарвлення толуїдиновим синім. Добре видно клітини та ядра поверхневого епітелію, ектопічні островки, судини, отвори залоз тощо.

В Україні використовуються ендоскопічноморфологічна класифікація захворювань шийки матки, запропонована Є.В. Коханевич та К.П. Ганіною, та Міжнародна кольпоскопічна термінологія захворювань шийки матки, запропонована Міжнародною федерацією по патології шийки матки та кольпоскопії (IFCPC) і прийнята в 1990 р. на VII Всесвітньому конгресі з патології шийки матки та кольпоскопії (Рим, травень 13–17, 1990 р.), 2011 IFCPC кольпоскопічна термінологія для шийки матки (IFCPC, Ріо-де-Жанейро, 2011).

Міжнародна кольпоскопічна класифікація (1990 р.):

I. Нормальні кольпоскопічні ознаки:

А. Сквамозний (пласкоклітинний) епітелій.

Б. Циліндричний епітелій.

В. Нормальна зона трансформації.

II. Аномальні кольпоскопічні ознаки:

А. У межах зони трансформації: 1. Оцтовобілий епітелій\*: а) плаский; б) мікропапілярний або мікрозви вистий. 2. Пунктуація\*. 3. Мозаїка\*. 4. Кератоз (лейкоплакія)\*. 5. Йодонегативний епітелій. 6. Атипові судини.

Б. Поза зоною трансформації (екто цервікс, піхва): 1. Оцтовобілий епітелій\*: а) плаский; б) мікропапілярний або мікрозвивистий. 2. Пунктуація\*. 3. Мозаїка\*. 4. Кератоз (лейкоплакія)\*. 5. Йодонегативний епітелій. 6. Атипові судини.

III. Підозра на інвазивний рак при кольпоскопії.

IV. Незадовільна (сумнівна) кольпоскопія.

V. Незадовільна (сумнівна) кольпоскопія.

А. Межа багатошарового плаского епітелію не візуалізується.

Б. Виражене запалення чи атрофія.



- В. Цервікс не візуалізується.
- У. Змішані ознаки.
- А. Оцтовонебіла мікропапілярна поверхня.
- Б. Екзофітна кондилома.
- В. Запалення.
- Г. Атрофія.
- Д. Виразка.
- Е. Інші.

\*Ознаки з легкими та важкими ступенями аномалії.

**Цервікоскопія** - це огляд каналу шийки матки за допомогою спеціальних пристосувань (цервікоскона) через кольпоскоп (Е.В. Коханевич).

**Гістероскопія** - огляд порожнини матки за допомогою гістероскопа, який має оптичну і освітлювальну системи, і вводиться через канал шийки матки. Метод дає можливість виявити стан ендометрію, наявність поліпів, підслизових лейоміом, злоякісних змін, залишків плідного яйця.

**Цистоскопія** - огляд слизової оболонки сечового міхура за допомогою цистоскопа.

**Ректоскопія та ретророманоскопія** - огляд слизової оболонки кутні та нижніх відділів сигмовидної кишки.

**Лапароскопія** (перитонеоскопія) - огляд органів черевної порожнини та малого тазу за допомогою ендоскопа (лапароскопа), введеного через передню черевну стінку. Лапароскопія застосовується з діагностичною і лікувальною метою. Вона може бути плановою і екстренною.

*Показаннями* до лапароскопії в плановому порядку є неплідність, підозра на наявність пухлини матки чи додатків, піосальпінксу, хронічний тазовий біль у разі відсутності ефекту від лікування. В екстренних ситуаціях лапароскопію виконують при підозрі на трубну вагітність, апоплексію яєчника, перекрут ніжки пухлини яєчника, розрив кісти яєчника чи піосальпінксу, перфорацію матки. В разі встановлення діагнозу можливий перехід від діагностичного стану лапароскопії до ендоскопічного оперативного втручання.

Анестезіологічна допомога під час лапароскопії повинна забезпечувати повну безболісність дослідження, створювати оптимальні умови для втручання, перешкоджати створюванню стресових реакцій, забезпечувати необхідне розслаблення м'язів передньої черевної стінки, не обмежувати дослідження у часі.

*Противоказаннями* до лапароскопії є важкий стан хворої, обумовлений захворюваннями серцево-судинної системи, гіпертонічною хворобою в стадії декомпенсації, захворюваннями легень з порушеннями їх функції, гострою і хронічною нирково-печінковою недостатністю, гемофілією і геморагічним діатезом. Не проводять ендоскопічне дослідження при вираженому спайковому процесі в черевній порожнині, великих пухлинах, які займають весь малий таз.

*Основні етапи лапароскопії:*

- пункція черевної порожнини та введення газу;
- введення троакара лапароскопа;
- огляд органів черевної порожнини;

- виконання різних маніпуляцій;
- видалення ендоскопа і видалення газу із черевної порожнини.

В теперішній час виконують такі ендоскопічні операції: сальпінгостомія, сальпінгооваріолізис, фібролізис, тубектомія, біопсія, консервативна міомектомія, оваріоектомія, операція стерилізації тощо.

Після операції навіть у разі найширших ендоскопічних втручань практично відсутні симптоми парезу кишечника, мінімальна травматизація тканин, що сприяє ранньому відновленню функцій черевної порожнини. Виражений косметичний ефект. Скорочується період реабілітації, що призводить до економії коштів.

**Кульдоскопія** - огляд органів малого тазу за допомогою оптичного приладу, введеного в порожнину малого тазу через розріз у задньому склепінні піхви. Кульдоскопію частіше застосовують коли утворення, яке підлягає огляду розташоване за маткою, при вираженому спайковому процесі в черевній порожнині, у гладких хворих. Показання, протипоказання і підготовка до дослідження такі, як і для лапароскопії.

**Діафаноскопія** - це дослідження тонкостінних органів за допомогою просвічування їх порожнини зсередини.

У гінекологічній практиці застосовують везиковагінальну діафаноскопію, тобто просвічування стінок сечового міхура після введення цистоскопа. Цей метод використовують для вивчення меж сечового міхура при сечостатевих норичах і при випадінні передньої стінки вагіни, для визначення наявності цистоцеле, а також для диференційної діагностики пухлин органів малого тазу.

Дослідження проводять на гінекологічному кріслі. Сечовий міхур наповнюють 250-300 мл 3 % розчину борної кислоти, потім у нього вводять цистоскоп і вмикають освітлювальний пристрій. При кістомах, які прилягають до стінки сечового міхура, пухлина слабо просвічується, має сітчатий малюнок. Щільні пухлини з густим вмістом (фіброміома, густий колоїд і т.д.) при діафаноскопії не просвічуються.

**Діагностична лапаротомія** - операція, огляд органів черевної порожнини та малого тазу з обов'язковою біопсією.

**Оцінка наявності і ступеня розвитку вторинних статевих ознак** проводиться за ступенем, з прийнятими позначеннями:

$M_a$ - молочні залози;

$P$ - ріст волосся на лобку;

$A_x$ - ріст волосся в пахвовій ділянці;

$M_e$ - перша менструація.

Ступінь статевого розвитку визначається за формулою:

$$M_a \ P \ A_x \ M_e.$$

$M_{a0}$ - молочна залоза не збільшена, смочок маленький, не пігментований;

$M_{a1}$ - набухання навколосмочкового кружальця, збільшення його діаметру, пігментація смочка не виражена;

$M_{a2}$ - молочна залоза конічної форми, навколосмочкове кружальце не пігментований, смочок не підвищений;

$M_{a3}$ - юнацькі груди круглястої форми, навколосмочкове кружальце пігментований, смочок підвищений;

$M_{a4}$ - зрілі груди круглястої форми.

#### Стадії оволосіння.

$P_0 A_{x0}$ - волосся на лобку і в пахвових западинах відсутнє;

$P_1 A_{x1}$ - поодинокі пряме волосся;

$P_2 A_{x2}$ - волосся більш рясне і довге, розповсюджується по центральних частинах визначених ділянок;

$P_3 A_{x3}$ - волосся на лобку та статевих губах рясне, кучеряве; пахова западина вся вкрита рясним, кучерявим волоссям.

#### Ступінь розвитку менструальної функції.

$M_{e0}$ - відсутність менструації;

$M_{e1}$ - менархе в період обстеження;

$M_{e2}$ - нерегулярні менструації;

$M_{e3}$ - регулярні менструації.

Кожна ознака має свій коефіцієнт для визначення в балах:  $M_{a-1,2}$ ;  $P-0,3$ ;  $A_{x-0,4}$ ;  $M_{e-2,1}$ . Наприклад, статеві формула в 12 років:  $M_{a3} P_2 A_{x1} M_{e0} = 3,6+0,6+0,4+0=4,6$ .

Після загального огляду необхідно методом пальпації провести обстеження внутрішніх органів. Пальпацію слід починати з безболісних ділянок. Потім здійснюють перкусію і аускультацию живота. Після збирання і аналізу анамнестичних даних, проведення загального обстеження, можна здійснювати спеціальні обстеження дівчинки.

### **V. План організації заняття**

Організаційний момент	2% навчального часу
Мотивація теми	3% навчального часу
Контроль вихідного рівня знань	20% навчального часу
Самостійна робота студентів під контролем викладача	35% навчального часу
Контроль остаточного рівня знань	20% навчального часу
Оцінка знань студентів	15% навчального часу
Узагальнення викладачем, завдання додому	5% навчального часу

### **VI. Основні етапи заняття**

В навчальній кімнаті проводиться контроль початкового рівня знань матеріалу з використанням таблиць і муляжів. Розбираються питання загальних та спеціальних методів обстеження гінекологічних хворих. По малюнкам вивчаються різноманітні методи обстеження гінекологічних хворих. На фантомі проводиться ознайомлення студентів з методикою проведення гінекологічного огляду.

Потім заняття проводяться у відділеннях, де студенти розподіляються на підгрупи по 2-3, проводять курацію хворих під керівництвом викладача в гінекологічному відділенні.

В другій половині заняття проводиться визначення кінцевого рівня засвоєння матеріалу, розв'язуванням ситуаційних задач.

1. Підготовчий етап — мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.

2. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація гінекологічних хворих. Самостійне розв'язування ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану ведення та обстеження гінекологічних хворих.

3. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

#### **VII. Методичне забезпечення.**

Місце проведення заняття — учбова кімната, жіноча консультація, відділення оперативної та консервативної гінекології, лабораторія.

Оснащення — таблиці, слайди, муляжі, інструментарій.

#### **VIII. Контрольні запитання та завдання.**

1. Назвіть найважливіші симптоми гінекологічних захворювань.  
2. Які загальні методи обстеження гінекологічних хворих ви знаєте?  
3. Скарги, анамнез хвороби, анамнез життя, спеціальний анамнез у гінекологічної хворої.

4. Особливості об'єктивного огляду у гінекологічної хворої.

5. Оцініть стан молочних залоз і оволосіння у гінекологічних хворих.

6. Основні методи гінекологічного обстеження жінки (зовнішній огляд жіночих статевих органів, дзеркальне, бімануальне, ректальне обстеження).

7. Інструментальні методи дослідження в гінекології.

8. Методика взяття виділень для бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження?

9. Які ви знаєте ступені чистоти піхвового вмісту?

10. Які ви знаєте діагностично-лікувальні методи, що застосовуються в гінекології?

11. Техніка проведення біопсії.

12. Кольпоскопія. Які ви знаєте види кольпоскопічних досліджень в гінекології? Техніка проведення кольпоскопії.

13. Ендоскопічні методи дослідження в гінекології.

14. Рентгенологічні методи дослідження в гінекології.

15. Апаратні (УЗД, комп'ютерна томографія) методи дослідження в гінекології.

16. Методи обстеження по прохідності маткових труб.

17. Гормональні методи обстеження.

18. Тести функціональної діагностики (симптоми зіниці, папороті, натягання слизу, вимірювання базальної температури).

#### **XI. Завдання для позааудиторної роботи.**

1. Періоди життя і типи конституції жінки.

2. Основні гінекологічні операції.

3. Експертиза тимчасової втрати працездатності у разі гінекологічних захворювань.

4. Медична деонтологія в акушерстві та гінекології.

## **XII. Тестові завдання**

1. За допомогою якого метода діагностується прохідність труб?

- A. Ультразвукового дослідження.
- B. Кольпоскопії.
- C. Метросальпінгографії.
- D. Бімануального обстеження.

2. Температурний тест дозволяє:

- A. Виявити однофазний менструальний цикл.
- B. Визначити тривалість фаз менструального циклу.
- C. Встановити характер порушення менструального циклу.
- D. Визначити час овуляції.
- E. Все перераховане вище є правильним.

3. Який з тестів функціональної діагностики дозволяє визначити двофазність менструального циклу:

- A. Симптом зіниці.
- B. Каріопікнотичний індекс.
- C. Базальна термометрія.
- D. Симптом папороті.
- E. Все перераховане вище.

4. Які тести функціональної діагностики відображають естрогенну насиченість організму:

- A. Симптом зіниці.
- B. Каріопікнотичний індекс.
- C. Симптом кристалізації шийкового слизу.
- D. Базальна температура.

5. Які ускладнення можливі при проведенні гістеросальпінгографії:

- A. Перфорація матки.
- B. Анафілактичний шок.
- C. Гостре запалення матки і її додатків.
- D. Поранення внутрішньої клубової артерії.

6. Про наявність овуляції можна судити за результатами всіх нижчеперахованих досліджень, крім:

- A. Аналізу графіка базальної температури;
- B. Фолікулограми;
- C. Гістологічного дослідження зскрібка ендометрію;
- D. Лапароскопії (виявлення стигм на поверхні яєчників);
- E. Визначення концентрації статевих стероїдних гормонів в крові на 12-14 день менструального циклу.

7. Які додаткові методи дослідження необхідно використовувати для уточнення генезу аменореї:

- A. УЗД внутрішніх статевих органів;

- В. обстеження за тестами функціональної діагностики;
- С. краніографію;
- Д. функціональні гормональні проби;
- Е. всі перераховані вище.

8. Який з методів обстеження найбільш інформативний в діагностиці трубно-перитонеального безпліддя:

- А. кімопертубація;
- В. гістросальпінгографія;
- С. трансвагінальна ехографія;
- Д. лапароскопія із хромосальпінгоскопією;

9. Хвора 27 років звернулась зі скаргами на неплідність протягом 4 років. В анамнезі: штучний аборт, який ускладнився запаленням додатків матки. Менструальний цикл не порушений. Базальна температура 2-х фазна. При УЗД: матка, яєчники без патологічних змін. Спермограма чоловіка в межах норми. Яке дослідження найбільш доцільне для встановлення діагнозу?

- А. Метросальпінгографія.
- В. Кольпоскопія.
- С. Рентген черепа.
- Д. Пункція через заднє склепіння піхви.

10. На прийом до гінеколога звернулась жінка, яка страждає непліддям із затримкою менструації. Який тест на вагітність буде більш надійний в ранніх термінах?

- А. Дослідження хоріонічного гонадотропіну у крові.
- В. Дослідження концентрації естрогенів в крові.
- С. Імунний тест гальмування гемаглютинації.
- Д. Реакція Фрідмана

### **ХІІІ. Ситуаційні задачі**

Задача 1.

Хвора 25 років скаржиться на біль в правій здухвинній ділянці протягом 10 днів. Затримка місячних 5-6 тижнів. Р.в: матка та яєчники не збільшені, болючість в правому склепінні піхви. Заподозрена правобічна позаматкова вагітність. Вкажіть оптимальний метод обстеження.

Задача 2.

Хвора 18 років скаржиться на затримку менструації на 14 днів. Порушення менструального циклу відмічає вперше. Статеве життя регулярне, від вагітності не охороняється. АТ 120/80 мм. рт. ст., пульс 72/хв. задовільних властивостей. При трансвагінальному УЗД - підозра на прогресуючу трубну вагітність. Яка тактика лікаря є найбільш вірною?

Задача 3.

Під час проведення штучного аборту в термін 7 тижнів при розширенні каналу матки розширювачем Гагара №8 лікар запідозрив перфорацію матки. Яка першочергова тактика лікаря для підтвердження діагнозу?

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### Основна

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров'я України», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
7. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskivskyi et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
8. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

### Додаткова

1. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
2. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
3. МОЗ України Наказ № 869 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Гіперплазія ендометрія"» від 05.05.2021
4. МОЗ України Наказ № 1039 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді» від 17.06.2022
5. МОЗ України Наказ № 1218 «Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром» від 13.07.2022
6. МОЗ України Наказ № 1730 «Ектопічна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 24.09.2022

7. МОЗ України Наказ № 2264 «Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні вагінальні виділення»» від 15.12.2022
8. Методи контрацепції відповідно до періодів життя: навчальний посібник.- К., 2013.- 255 с.
9. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
10. Сучасні аспекти планування сім'ї: навчальний посібник.- К.,2012.- 307с.
11. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
12. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.
13. ESHRE. Management of women with premature ovarian insufficiency. 2015. 161p.
14. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014:400-12.
15. International evidencebased guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Monash University, Melbourne Australia 2018:198 p.
16. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
17. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
18. Методи контрацепції відповідно до періодів життя: навчальний посібник.- К., 2013.- 255 с.
19. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.