

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичному засіданні
кафедри акушерства та
гінекології УМСА
“___” _____ 200
протокол № _____.
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
V курсу медичного факультету

ТЕМА: МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ
Кількість навчальних годин 2

I. ТЕМА: Методи дослідження в гінекології.

II. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Методи обстеження застосовуються з метою діагностики та диференційної діагностики в гінекологічній практиці. В гінекології дворучного пальпаторного дослідження частіше не достатньо за рахунок метеоризму, ожиріння та інших причин. Іноді пухлини чи інші патологічні утворення дуже малі і виявити їх звичайними методами не можливо. Допоміжні методи обстеження в гінекології дозволяють отримати об'єктивну інформацію щодо положення, розмірів, співвідношення та консистенції утворювань, розташованих у малому тазі.

II. Навчальні ЦІЛІ:

2.1. Лікар повинен знати:

методи діагностики, які використовуються в гінекології;
покази, техніку проведення кольпоскопії;
покази та протипокази, техніку проведення гістероскопії, лапароскопії;
діагностичну цінність гістеросальпінгографії;
тести функціональної діагностики;
бактеріологічний та бактеріоскопічний методи дослідження.

2.2. Лікар повинен вміти:

зібрати акушерсько-гінекологічний анамнез;
провести його аналіз;
провести загальний огляд пацієнтки;
провести гінекологічне обстеження;
проведення кольпоскопії;
взяти мазки на флору та цитологію;
оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.
самостійно оцінити основні параметри ультразвукового дослідження при різних нозологіях;
виконувати основні ендоскопічні методи;
оцінити результати кольпоцитології;
рентгенологічні методи, інтерпретація результатів;
гормональні методи дослідження;

провести кольпоскопію;
оцінити результати гістероскопії та лапароскопії;
оцінити результати гістеросальпінгографію;
оцінити результати тестів функціональної діагностики;
оцінити результати бактеріологічного та бактеріоскопічного дослідження.

III. Матеріали методичного забезпечення заняття

3.1. Матеріали контролю базисної (вихідного рівня) підготовки студентів: тестові завдання.

Контрольні питання:

Збір анамнезу та типологічна оцінка гінекологічних хворих.
Гормональні методи діагностики. Тести функціональної діагностики.
Ендоскопічні методи дослідження в гінекології.
Діагностична лапароскопія. Покази, проти покази, методика проведення.
Рентгенологічні методи дослідження в гінекологічній практиці.
Радіонуклідне дослідження (сканування) і динамічна сцинтиграфія матки і маткових труб.
Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
Особливості УЗ-діагностики при гінекологічних захворюваннях.

Тестові завдання I рівня.

Які клітини у вагінальному мазку переважають під час вагітності:

- A. поверхневі ороговіваючі;
- B. проміжні;
- C. базальні;
- D. парабазальні;
- E. поверхневі неороговіваючі.

Тестові завдання II рівня.

Які інструментальні методи дослідження дозволяють діагностувати остеопороз при невеликій втраті кісткової маси:

- рентгенографія хребта;
- комп'ютерна томографія хребта;
- рентгенографія кисті;
- моно-і біфотонна абсорбціометрія.

3.2. Матеріали для методичного забезпечення основного етапу заняття: медичні картки стаціонарних хворих, таблиці, діапозитиви.

3.3. Матеріали для заключного етапу заняття:

Контрольні питання:

Збір анамнезу та типологічна оцінка гінекологічних хворих.
Гормональні методи діагностики. Тести функціональної діагностики.
Ендоскопічні методи дослідження в гінекології.
Діагностична лапароскопія. Покази, протипокази, методика проведення.
Рентгенологічні методи дослідження в гінекологічній практиці.
Радіонуклідне дослідження (сканування) і динамічна сцинтиграфія матки і маткових труб.
Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
Особливості УЗ-діагностики при гінекологічних захворюваннях.

Тестові завдання I рівня.

Температурний тест дозволяє:

- A. виявити однофазний менструальний цикл;
- B. визначити тривалість фаз циклу;
- C. встановити характер порушення менструального циклу;
- D. визначити час овуляція;
- E. все перераховане вище вірно.

Який з тестів функціональної діагностики свідчить про наявність двофазного менструального циклу?

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

Основним методом діагностики дисплазії і преінвазивного рака вульви є:

- A. біопсія з подальшим гістологічним дослідженням;
- B. вульвоскопія;
- C. радіоізотопне дослідження;
- D. цитологічне дослідження мазків-відбитків;
- E. флюоресцентна мікроскопія вульви.

Тестові завдання II рівня.

Які тести функціональної діагностики відображають естрогенну насиченість організму?

Симптом «зіниці».

Каріопікнотичний індекс.

Симптом кристалізації шийного слизу (симптом «папороті»).

Базальна температура

Які ускладнення можливі при проведенні гістросальпінгографії?

Перфорація матки.

Анафілактичний шок.

Гостре запалення матки і її додатків.

Поранення внутрішньої клубової артерії

Перерахуйте найбільш інформативні ехографічні ознаки дифузної форми аденоміозу:

округла форма матки;

зменшення передне заднього розміру матки;

наявність в міометрії аномальних кістозних порожнин діаметром до 5 мм;

деформація серединного М-відлуння.

Задачи III рівня.

У жінки 32 років виявлено при огляді шийки матки в дзеркалах гіперемію цервікального каналу та піхвової частини матки. За допомогою якого методу можна встановити патологію шийки матки

A. Діагностичне вишкрібання матки та шийки

B. Кульдоскопія

C. Кольпоцитологія

D. Кольпоскопія з біопсією та подальшим гістологічним дослідженням

E. Ультразвукове дослідження

3.1 БАЗОВІ ЗНАННЯ. ВМІННЯ.

Дисципліни	Знати	Вміти
Пропедевтика	Скарги Анамнез Об'єктивний огляд Обстеження	Зібрати анамнез Провести перкусію, аускультацию, пальпацію. Пояснювати дані аналізів. Інтерпретувати результати лабораторних методів дослідження.
Мікробіологія	Класифікацію мікроорга-нізмів, методику їх куль-тивування.	Користуватись хірургіч-ним інструментом.
Хірургія	Назву іструментів.	

3.2 ТЕЗИ ЗМІСТУ ТЕМИ

Опитування та фізичне обстеження хворої проводять самі лікарі почергово, під контролем викладача. Для оцінки правильності обстеження постійно залучаються інші лікарі. При опитуванні хворих увага лікарів звертається на етіологічні фактори розвитку даної патології.

Дослідження гінекологічних хворих повинно починатися з ретельного збору скарг та анамнестичних даних. Огляд хворих передбачає визначення типологічної оцінки (з використанням морфограм), оцінки стану шкіри, підшкірної клітковини, молочних залоз. Огляд зовнішніх та внутрішніх статевих органів надає значну інформацію щодо постановці діагнозу і подальшого обстеження жінки. Важливе місце посідають гормональні методи дослідження. До них відносяться тести функціональної діагностики (феномен зіниці, феномен папороті, кількість шийкового слизу, натягування шийкового слизу), кольпоцитологічне дослідження (індекс дозрівання, каріопікнотичний, еозінофільний, атрофічний індекси), а також визначення основних статевих гормонів в плазмі крові та їх метаболітів в сечі. Дані дослідження поєднують з проведенням функціональних проб, які підвищують інформативність даних, вказують на рівень зрушень репродуктивної системи.

Перспективне місце в гінекології займають ендоскопічні методи дослідження. Кольпоскопія – метод візуального дослідження піхвової частини шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів за допомогою кольпоскопа. Поділяється на просту, розширену, хромокольпоскопію, мікрокольпоскопію. Метод гістероскопії продовжує удосконалюватися. Більшість авторів вказують на високу діагностичну цінність даного методу щодо виявлення злоякісних процесів слизової матки, субмукозної міоми, гіперплазії та поліпів ендометрію, аномалій розвитку матки, залишків плідного яйця, сінехій, аденоміозу, контроль за терапією гіперпластичних процесів. В теперішній час широко застосовують контактну, газову, рідинну гістероскопію. Розтягнення порожнини матки виконується за допомогою безперервного введення ізотонічного розчину NaCl, що зумовлює добру видимість та можливість маніпулювання. Усувається таке ускладнення, як газова емболія при використанні повітря чи іншого газу. Оптимальні умови для проведення маніпуляцій у фазі проліферації, так як тонкий ендометрій забезпечує кращий огляд утворень та доступ до них. Ускладнення: запальні процеси, газова емболія, перфорація матки, але вони складають десяти долі відсотку і не зменшують діагностичної цінності г.

Лапароскопія – метод огляду органів малого тазу і черевної порожнини на фоні пневмоперітонеума (в черевну порожнину вводять інертний газ: CO₂, NO₂, O₂, повітря). Показами до лапароскопії являється необхідність диференціальної діагностики пухлин матки та яєчників, утворювань запальної етіології, підозра на ендометріоз, склерокістоз яєчників, уточнення форми непліддя. Екстрені покази: диференційна діагностика гострих хірургічних та гінекологічних утворювань, підозра на розрив кісти, піосальпінкса, трубно вагітність, апоплексію. Протипокази: важка соматична патологія, метеоризм, злукова хвороба, вагітність. Хвору готують так як на звичайну операцію, використовують різні види знеболення. Ускладнення можуть бути пов'язані з наркозом, накладенням пневмоперітонеума, введенням троакару, маніпуляціями під час самого дослідження, приєднанням інфекції.

Кульдоскопія – огляд органів малого тазу за допомогою ендоскопа, який вводиться в черевну порожнину через розріз заднього склепіння піхви. Виконується у колінно-локтьовому положенні. Створюється спонтанний пневмоперітонеум, що робить можливим огляд простору Дугласа. Протипокази: фіксована ретрофлексія, злуки, пухлинні утворення малого тазу, соматична патологія, геморагічні діатези.

УЗД органів малого тазу дозволяє діагностувати захворювання матки і додатків, виявити аномалії розвитку статевих органів, оцінити функціональний стан органів репродуктивної системи. У здорових жінок репродуктивного віку довжина матки складає 5,5-8,3 см, шийка 2,5-3,5 см, ширина матки – 4,6-6,2 см, передньо-задній розмір 2,8-4,2 см. Серединне маткове М-ехо – ехографічне зображення, яке виникає в центрі матки в результаті відображення ультразвуку від її стінок, ендометрію або будь-яких патологічних структур. Воно змінюється на протязі менструального циклу. У фазі проліферації М-ехо має вигляд тонкої ехопозитивної лінії. У фазі секреції ехопозитивна смужка поширюється, навколо неї з'являється зона зниженої ехогенності. Товщина ендометрію наприкінці фази секреції – 15 мм, діаметр фолікула за день до овуляції – 26-27 мм. Гістеросальпінгографія – контрастне зображення порожнини матки і маткових труб, застосовується для виявлення прохідності маткових труб, анатомічних змін у порожнині матки, злукового процесу у порожнині малого тазу. Дослідження проводять на 5-7-й дні менструального циклу за допомогою водорозчинних або жиророзчинних рентген контрастних речовин. Пертурбація – визначення прохідності маткових труб шляхом введення повітря. Гідротубація – визначення прохідності маткових труб шляхом введення рідких лікарських сумішей.

Зондування матки дозволяє визначити прохідність каналу шийки матки, довжину, конфігурацію стінок порожнини матки. Цю процедуру обов'язково виконують при лікувально-діагностичному вишкрібанні матки.

Пункцію черевної порожнини виконують через задне склепіння піхви. Отриманий матеріал підлягає візуальному, цитологічному і лабораторному дослідженню. Діагностична лапаротомія дозволяє встановити характер захворювання коли іншими методами встановити не вдається. Радіонуклідне дослідження (сканування) і динамічна сцинтиграфія матки і маткових труб дають змогу моделювати механізм транспортування сперматозоїдів у порожнину матки, маткові труби і, через них, у маткову порожнину.

Комп'ютерна томографія – пошарове рентгенологічне дослідження тканин з комп'ютерним аналізом його результатів. За допомогою даного дослідження отримують повздовжнє зображення досліджуваної області, реконструюють зрізи. К.т. дає просторове уявлення про досліджуваний орган і патологічне вогнище, а також кількісну інформацію про щільність певного шару, що дозволяє судити про характер враження.

3.3. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

7.1. Основна:

Бодяжина В.І., Жмакін К.Н. Гінекологія. – М.: Медицина, 1998.-С. 96-110.

Вихляева В.М. Руководство по гинекологической эндокринологии. – М.- 1997. – С. 1-175.

Запорожан В.Н., Цегельський М.Р. Акушерство та гінекологія.-К., 1996.-С.124-132.

Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – С-нт Пб: СОТИС, 1995. – Кн. 1 – С.42-64.

7.2. Додаткова:

А.Н. Стрижаков, А.Г. Бунин, М.В. Медведев Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике.-М.

Медицина, 1990.-с.14-71.

С.Г. Хачкурузов. УЗИ в гинекологии. Симптоматика, диагностические трудности и ошибки. СПб., 1999. –с. 56-65.

А.Н. Стрижаков, А.Г. Бунин, М.В. Медведев. Антенатальная кардиология. – М.: Медицина, 1991. – с. 44-82.
Эндоскопия в гинекологии. Под ред. проф. Г.М. Савельевой. М.: Медицина, 2000. – с. 23-34.

