

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

В двух томах

## Том II. Гинекология

a LANGE medical book

# CURRENT Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment

9th Edition

**Alan H. DeCherney, MD**

*Professor, Department of Obstetrics & Gynecology,  
David Geffen School of Medicine at UCLA,  
Los Angeles, California*

**Lauren Nathan, MD**

*Associate Professor, Department of Obstetrics  
& Gynecology, David Geffen School of Medicine  
at UCLA, Los Angeles, California*

**Lange Medical Books/McGraw-Hill**

Medical Publishing Division

New York Chicago San Francisco Lisbon London Madrid  
Mexico City Milan New Delhi San Juan  
Seoul Singapore Sydney Toronto

Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

В двух томах

## Том II. Гинекология

**Учебное пособие**

*Перевод с английского*

*Под общей редакцией акад. РАМН **А.Н.Стрижакова***

*Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по предмету «Гинекология» по специальности 060101.65 «Лечебное дело»*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2009

УДК 618.1  
ББК 57.1  
Ч-49

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Перевод с английского: Р.В.Парменов  
Редактор перевода: В.А.Климов*

Регистрационный номер рецензии 386 от 18 ноября 2008 г. ФГУ ФИРО

**ДеЧерни А.Х.**

Ч-49

Акушерство и гинекология : учеб. пособие : в 2 т. / Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан ; пер. с англ. ; под общ. ред. акад. РАМН А.Н.Стрижакова. — М. : МЕДпресс-информ, 2009.

ISBN 5-98322-326-7

Т. II : Гинекология. — 696 с. : ил.

ISBN 5-98322-328-3

Том II «Гинекология» книги «Акушерство и гинекология: диагностика и лечение» является практическим руководством для врачей, а также учебным пособием для студентов медицинских вузов.

В книге подробно освещены вопросы общей и онкологической гинекологии, репродуктивной эндокринологии и бесплодия, контрацепции и планирования семьи, детской и подростковой гинекологии, урогинекологии и др. В отдельных главах раскрываются психологические аспекты гинекологии, проблемы домашней жестокости и полового насилия.

Наряду с акушерами-гинекологами этой книгой могут пользоваться семейные врачи, медицинские сестры, другие работники здравоохранения, связанные с проблемой охраны здоровья женщин.

УДК 618.1  
ББК 57.1

ISBN 0-8385-1401-4  
ISBN 5-98322-328-3 (Т. II)  
ISBN 5-98322-326-7

© 2003 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

# Содержание

## ЧАСТЬ V. ОБЩАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

<b>31. Гинекологический анамнез, обследование и диагностические методы</b> . . . . .	7
<i>Charles Kawada, MD</i>	
<b>32. Роль методов визуализации в гинекологии</b> . . . . .	31
<i>Robert A.Graebe, MD</i>	
<b>33. Детская и подростковая гинекология</b> . . . . .	40
<i>Lisbeth Chang, MD; David Muram, MD</i>	
<b>34. Нарушения менструальной функции; патологические маточные кровотечения</b> . . . . .	76
<i>Taaly Silberstein, MD</i>	
<b>35. Контрацепция и планирование семьи</b> . . . . .	92
<i>Michell Grewal, MD; Ronald T.Burkman, MD</i>	
<b>36. Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища</b> . . . . .	119
<i>Tricia T.Marcusen, MD; David L.Barclay, MD</i>	
<b>37. Доброкачественные заболевания шейки матки</b> . . . . .	152
<i>Edward Evantash, MD; Edward C.Hill, MD; Martin L.Pernoll, MD</i>	
<b>38. Доброкачественные заболевания тела матки</b> . . . . .	172
<i>Sanas Memarzadeh, MD; Michael S.Broder, MD; MSHS, Alvin S.Wexler, MD; Martin L.Pernoll, MD</i>	
<b>39. Доброкачественные заболевания яичников и маточных труб</b> . . . . .	194
<i>Karen Purcell, MD, PhD; James E.Wheeler, MD</i>	
<b>40. Инфекции, передающиеся половым путем, и инфекционные заболевания тазовых органов</b> . . . . .	206
<i>Steven W.Ainbinder, MD; Susan M.Ramin, MD</i>	
<b>41. Антимикробная химиотерапия</b> . . . . .	249
<i>Ronald S.Gibbs, MD</i>	
<b>42. Эндометриоз</b> . . . . .	271
<i>Sanas Memarzadeh, MD; Kenneth N.Muse, MD; Michael D.Fox, MD</i>	
<b>43. Слабость поддерживающего аппарата органов малого таза</b> . . . . .	293
<i>Christopher M.Tarnay, MD; Clyde H.Dorr, II, MD, FACOG</i>	
<b>44. Урогинекология</b> . . . . .	318
<i>Christopher M.Tarnay, MD; Narender N.Bhatia, MD</i>	
<b>45. Периоперационный период в гинекологии</b> . . . . .	340
<i>Michael P.Aronson, MD, FACOG; Brendan P.Garry, MD; Mikio Nihara, MD, MPH</i>	
<b>46. Интраоперационные и послеоперационные осложнения в гинекологии</b> . . . . .	367
<i>Michael P.Aronson, MD, FACOG, FACS; David Chelmow, MD; Sondra B.Lee, MD</i>	
<b>47. Хирургическое лечение в гинекологии</b> . . . . .	389
<i>Dipika Dandade, MD; L.Russell Malinak, MD; James M.Wheeler, MD, MPH</i>	

**ЧАСТЬ VI. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ**

<b>48. Предраковые заболевания и рак вульвы и влагалища</b> . . . . .	416
<i>Wendy A.Satmary, MD; Sanaz Memarzadeh, MD; Donna M.Smith, MD; David L.Barclay, MD</i>	
<b>49. Предраковые заболевания и рак шейки матки</b> . . . . .	437
<i>Christine H.Holschneider, MD</i>	
<b>50. Предраковые и злокачественные заболевания тела матки</b> . . . . .	466
<i>Oliver Dorigo, MD; Annkathryn Goodman, MD</i>	
<b>51. Предраковые и злокачественные заболевания яичников и маточных труб</b> . . . . .	491
<i>Oliver Dorigo, MD; Vicki V.Baker, MD</i>	
<b>52. Трофобластическая болезнь</b> . . . . .	512
<i>Tricia E.Markusen, MD; April Gale O'Quinn, MD</i>	
<b>53. Лучевая терапия злокачественных гинекологических заболеваний</b> . . . . .	527
<i>Julie Jolin, MD; Harrison G.Ball, MD</i>	
<b>54. Химиотерапия злокачественных заболеваний женских половых органов</b> . . . . .	535
<i>Oligo Dorigo, MD; April Gale O'Quinn, MD; Simie Degefu, MD</i>	

**ЧАСТЬ VII. РЕПРОДУКТИВНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ И БЕСПЛОДИЕ**

<b>55. Бесплодие</b> . . . . .	551
<i>Niloofer Eskandari, MD; Mary Cadieus, MD</i>	
<b>56. Аменорея</b> . . . . .	568
<i>Donelle Laughlin, MD; Ian H. Thorneycroft, MD, PhD</i>	
<b>57. Гирсутизм</b> . . . . .	582
<i>M.K.Guess, MD; D.Ellene Andrew, MD; Carol L. Gagliardi, MD; Adelina M.Emmi, MD</i>	
<b>58. Экстракорпоральное оплодотворение и вспомогательные репродуктивные технологии</b> . . . . .	599
<i>Catherine M. Marin, MD; Alan H. DeCherney, MD; Alan S. Penzias, MD; Ian H. Thorneycroft, MD, PhD</i>	
<b>59. Менопауза и постменопауза</b> . . . . .	608
<i>Norma L Jones, MD; Howard L Judd, MD</i>	
<b>60. Молочные железы</b> . . . . .	642
<i>Matthew M. Poggi, MD, Kathleen F. Harney, MD</i>	

**ЧАСТЬ VIII. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ**

<b>61. Психологические аспекты гинекологии</b> . . . . .	671
<i>Alexandra Haessler, MD; Miriam B. Rosenthal, MD</i>	
<b>62. Домашняя жестокость и половое насилие</b> . . . . .	687
<i>Michael C. Lu, MD, MPH; Jessica S. Lu, MPH; Vivian P. Halfin, MD</i>	

# ЧАСТЬ V

## Общая гинекология

### Гинекологический анамнез, обследование и диагностические методы

31

*Charles Kawada, MD*

Гинеколог должен найти подход к пациентке не только как к больной, нуждающейся в медицинской помощи в связи с конкретной возникшей проблемой, но и как к женщине, на здоровье которой могут оказывать воздействие самые разные факторы. В данной главе обсуждаются общий подход к гинекологическим больным и диагностические мероприятия, позволяющие определить причину жалоб пациентки. Хотя некоторые аспекты общего медицинского осмотра освещаются в других разделах, всегда следует помнить о необходимости общей оценки состояния здоровья и самочувствия пациентки.

#### **ПЕРИОДИЧЕСКИЕ СКРИНИНГОВЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ (ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ)**

В настоящее время основная задача врача — рекомендовать всем больным периодическое медицинское обследование, частота которого зависит от выявленного заболевания.

Периодические скрининговые обследования позволяют диагностировать заболевания, которые легко выявить и лечить на ранних стадиях: сахарный диабет, инфекционные и опухолевые заболевания мочевого тракта, артериальная гипертензия, пониженное питание и ожирение, нарушение функции или опухоли щитовидной железы, опухоли молочной железы, органов брюшной полости и малого таза. Эти заболевания могут быть диагностированы в процессе общей оценки здоровья пациентки с повышенным вниманием к недавно возникшим нарушениям или изменениям. Взвешивание, измерение артериального давления и анализ мочи требуют всего лишь нескольких минут, но позволяют выявить отклонения от предшествующих результатов обследования. Затем необходимо провести исследования щи-

вовидной железы, молочных желез, брюшной полости и малого таза, а также цитологическое исследование мазка по Папаниколау (PAP-мазок). Желательно исследование *per rectum*, а женщинам старше 40 лет — проведение стандартного теста на скрытую кровь (Hemoccult).

Врач также должен помнить о других заболеваниях, не имеющих соматическую природу. До тех пор пока пациентка не нуждается в помощи психиатра или другого специалиста, врачу следует быть готовым выступать в роли советчика и беседовать с больной о ее проблемах без спешки в специально оговоренные часы, оказывать поддержку и любую необходимую для нее помощь.

#### **АНАМНЕЗ**

Для адекватной оценки состояния гинекологической больной при сборе анамнеза крайне важно установить контакт с пациенткой. Женщина должна иметь возможность рассказать свою историю заинтересованному слушателю, который не позволяет себе жестами или мимикой проявлять отсутствие интереса или скуку. Не следует прерывать рассказ больной, так как при подобной манере разговора можно упустить важные моменты и проблемы, которые могли быть причиной данного обращения.

Нижеприведенные правила отличаются от стандартного сбора анамнеза заболевания, так как при обследовании гинекологической больной причина проблемы может быть определена при правильном сборе анамнеза именно в предлагаемом порядке.

#### **Общая информация**

##### **А. ВОЗРАСТ**

Возраст пациентки определяет подход к оценке жалоб, так как проблемы и подход к ним

меняются в зависимости от периода жизни женщины (половое созревание, подростковый период, детородный возраст, годы перед и после менопаузы).

### **Б. Последняя нормальная менструация**

Важно определить дату начала последней нормальной менструации. Отсутствие менструации, нерегулярность менструаций, неустойчивый менструальный цикл и другие нарушения могут быть крайне важными симптомами, которые легче выявить, если известна дата начала последней нормальной менструации.

### **В. Беременность и роды**

Процесс сбора акушерского анамнеза подробно представлен в главе 9, однако анамнез репродуктивной функции должен быть отражен при гинекологическом обследовании. Стандартной системой записи служит четырехзначный код, включающий число беременностей, закончившихся своевременными родами, число преждевременных родов, число аборт и число живых детей; например, 2–1–1–3 означает, что у пациентки две беременности закончились своевременными родами, были одни преждевременные роды, один аборт и в настоящее время у нее трое детей<sup>1</sup>.

### **Основная жалоба**

Основную жалобу лучше всего выявить с помощью следующих вопросов: «Что вас беспокоит?» или «Чем я могу вам помочь?» Важно внимательно выслушать ответ на этот вопрос и позволить пациентке полностью объяснить причину ее беспокойства. Больную можно прерывать только для уточнения имеющих кардинальное значение моментов.

### **История настоящего заболевания**

Каждая проблема пациентки требует детального обсуждения, включающего ответ на следующие вопросы: в чем конкретно заключается проблема, точная локализация симптома, дата и время его первого появления, уменьшается или усиливается данный симптом с момента возникновения, продолжительность симптомов с момента их возникновения, связаны ли они или влияют на них какие-либо факторы. Например, следует четко описать локализацию, длительность и интенсивность боли. Часто для оценки интенсивности боли используется вопрос, касающийся влияния

боли на повседневную жизнь пациентки: «Боль настолько сильная, что вы не можете стоять или ходить?»

Важно смотреть в глаза пациентке и слушать каждое ее слово. Не следует полагаться на опыт больной и ее знания анатомии и медицинской терминологии. Также для врача важно соотносить в разумных пределах использование терминологии в своей речи со знаниями и словарным запасом пациентки. Общение с больной в такой манере может помочь врачу собрать точный анамнез и установить необходимый контакт.

Помимо особенностей физиологии и ритма жизни симптомы могут быть также связаны с переходом на новую работу, началом новых взаимоотношений или наличием сложности во взаимоотношениях с партнером, режимом физических нагрузок, приемом новых лекарственных препаратов и другими изменениями в жизни пациентки.

### **История жизни**

После того как врач убедился в получении полной информации, касающейся настоящего заболевания, и сделал соответствующие выводы, можно приступать к сбору анамнеза жизни.

### **А. Контрацепция**

В рамках сбора анамнеза важно выяснить, нуждается ли и применяет ли пациентка какой-либо вид контрацепции. Если она использует контрацепцию, выясняется степень ее удовлетворенности данным методом. У больных, принимающих оральные контрацептивы, необходимо выяснить, какой препарат используется, его дозировки, наличие значительных временных суточных колебаний при приеме данных препаратов пациенткой, влияние приема оральных контрацептивов на другие физиологические проявления в прошлом и в настоящем. Также крайне важно при сборе анамнеза и при последующем объективном обследовании убедиться, что у больной отсутствуют противопоказания для использования данной формы контрацепции.

### **Б. Лекарственные препараты и вредные привычки**

Должны быть зафиксированы любые лекарственные препараты, назначенные врачом, принимаемые в настоящее время или в период возникновения симптомов. Особое внимание

<sup>1</sup> Крайне важно уточнить осложнения акушерского анамнеза: самопроизвольные аборты, замершие беременности. — *Примеч. ред.*



необходимо уделить приему гормональных средств, стероидов и других веществ, которые могут влиять на репродуктивную функцию женщины. Следует задать пациентке вопрос относительно применения наркотиков. Необходимо уточнить, курит пациентка или нет, и если курит, то как много и как долго. Также важно задать вопрос относительно употребления алкоголя. Это идеальный момент для объяснения пациентке риска для здоровья, которому она подвергается вследствие вредных привычек.

### **В. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Важно выяснить наличие в анамнезе серьезных соматических и психических заболеваний и факты госпитализации по их поводу, особенно это касается основных органов и систем организма. Также следует исключить наличие серьезных эндокринологических проблем в анамнезе, уточнить, не предшествовали ли появлению симптомов значимая потеря или прибавка в весе. Кроме того, очень важно выяснить, когда в последний раз проводилось объективное обследование больной, включающее исследования органов малого таза и мазков по Папаниколау.

### **Г. ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Хирургический анамнез включает все оперативные вмешательства с датами их проведения, сопутствующие послеоперационные или анестезиологические осложнения.

### **Д. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Следует опросить больную о всех возможных аллергических реакциях на лекарственные препараты и виды продуктов, подробно описать характеристики аллергической реакции (например, сыпь, нарушение пищеварения) и приблизительное время ее начала. Необходимо отметить результаты всех тестов, подтвердивших или опровергнувших наличие аллергии.

### **Е. КРОВОТОЧИВОСТЬ**

Важно уточнить отсутствие или наличие повышенной кровоточивости во время оперативных вмешательств или при незначительных травмах. Можно задать вопросы о легком возникновении синяков или появлении кровотечения из десен при чистке зубов. Заподозрив проблемы со свертыванием крови, врач должен провести соответствующие лабораторные исследования.

### **Ж. АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ**

Акушерский анамнез включает все беременности пациентки, описанные в хронологическом порядке, даты родов, пол и вес детей, продолжительность беременностей, длительность родов, вид родоразрешения, тип анестезии и любые осложнения.

### **З. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Первую часть гинекологического анамнеза занимают сведения о менструальном цикле: возраст менархе, частота, регулярность, продолжительность и характер менструальных кровотечений, наличие болей или других симптомов во время менструации, возраст наступления менопаузы. Менструальный анамнез часто служит важным ключом к диагнозу.

Также следует собрать подробную информацию, касающуюся перенесенных заболеваний, передающихся половым путем. Хотя ранее чаще всего отмечались только гонорея и сифилис, в настоящее время документируются ВИЧ, гепатит, герпес, хламидиоз и папилломавирусная инфекция. Любая терапия или госпитализация для лечения сальпингита, эндометрита, тубоовариального абсцесса, а также попытки оценить влияние этих заболеваний на внематочную беременность, бесплодие и вид контрацепции должны быть подробно отражены в истории болезни.

Хотя эпизоды вагинита не столь важны, как перечисленные выше заболевания, все же о них не стоит забывать. Рекомендуется обсудить частоту подобных эпизодов и лекарственные средства, использованные для их устранения. Если вагиниты имели место, важно уточнить, были ли это патологические изменения или скорее неправильно расцененное физиологическое состояние.

### **И. СЕКСУАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ**

Сексуальный анамнез — неотъемлемая часть общего гинекологического анамнеза, при сборе которого врач не может выступать в роли судьи, ставить пациентку в неловкое положение или критиковать.

Следует задать следующие вопросы: «Вы сексуально активны в настоящее время?», «Вас удовлетворяют настоящие взаимоотношения, если нет, то почему?» Важен вопрос, касающийся гетеросексуальности и гомосексуальности женщины, однако его часто трудно задать, так как для некоторых пациенток он может быть оскорбительным. Тем не менее не стоит однозначно предполагать, что отноше-

ния могут быть только гетеросексуальными, так как это полностью нарушит контакт гомосексуальной женщины с врачом.

## К. СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

Социальный анамнез может стать продолжением ранее задаваемых вопросов, затрагивавших супружеский и сексуальный анамнез. Знание рода занятий больной (включая степень физических нагрузок), некоторых деталей ее образования и социальной активности может помочь оценить связь пациентки с окружающим ее миром.

Следует подробно оценить заинтересованность пациентки в ее здоровье, включая ее внимание к питанию и знание основ правильного питания, понимание важности скрининговых обследований, физической активности и отдыха.

## Наследственный анамнез

Наследственный анамнез должен включать состояние здоровья ближайших родственников (родителей, братьев и сестер, бабушек и дедушек и детей). В случаях предполагаемых генетических заболеваний рекомендуется составлять родословную трех поколений.

Следует оценить частоту в семье пациентки заболеваний сердца, почечной или сосудистой гипертензии, сахарного диабета (инсулинзависимого и инсулиннезависимого), сосудистых или гематологических заболеваний. Если больную беспокоит гирсутизм или, как ей кажется, избыточный рост волос, важно уточнить наличие подобного типа оволосения у членов ее семьи. Также необходимо выяснить наследственный анамнез рака молочной железы или яичников, так как наличие этих заболеваний у ближайших родственников может потребовать дополнительного обследования и более тщательного наблюдения. Имеют значение возраст наступления менопаузы и наличие остеопороза у матери и бабушки.

## ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Объективное обследование лучше проводить в условиях, удобных и эстетически приятных для пациентки. Адекватная одежда и ширмы помогают избежать смущения и чувства неловкости. Часто ассистент врача сопровождает пациентку в зону переодевания и дает подробные инструкции о том, что нужно снять и как надеть больничную одежду, а затем может помочь в процессе одевания.

У врача может быть ассистентка в комнате осмотра, но остается она в кабинете или нет, зависит от местных законов и желаний пациентки и врача. Ассистент не требуется по закону, но врач, женщина или мужчина, решает этот вопрос в зависимости от ситуации: ассистент должен присутствовать при обследовании, если пациентка испытывает слишком большой страх или настроена на соблазнение врача. Если пациентка просит о присутствии ее партнера, родственника или подруги, ее просьба удовлетворяется, кроме ситуаций, когда, по мнению врача, могут возникнуть некоторые неловкости или присутствие может отрицательно повлиять на обследование или сбор анамнеза.

## Общее обследование

Общее обследование следует проводить ежегодно и по мере необходимости. Оно дает более полную информацию, показывает скрупулезность врача и позволяет установить контакт с пациенткой.

## А. ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Частью любого обследования (осуществляется ли оно в связи с определенной проблемой, является ли ежегодным или это повторный осмотр по поводу ранее диагностированного заболевания) должно стать взвешивание пациентки и измерение артериального давления. Женщинам в постменопаузе также следует записывать рост для фиксации его изменения вследствие остеопороза или перелома позвонков. До опорожнения мочевого пузыря перед обследованием рассматривается целесообразность сдачи мочи для общего анализа, посева или теста на беременность.

Обследование грудной клетки включает осмотр кожи и оценку симметричности дыхательных движений. Аускультация и перкуссия легких необходимы для исключения первичных легочных заболеваний, таких как бронхиальная астма и пневмония. Обследование сердца требует проведения перкуссии для определения его размеров и аускультации для диагностики аритмий и значимых сердечных шумов.

## Обследование молочных желез (см. также гл. 60)

Обследование молочных желез — стандартная часть общего осмотра. В США рак молочной железы диагностируется в течение жизни

у 1 из 8 женщин. Лечащие врачи должны объяснить женщинам методику самообследования, так как хорошее обучение женщины — наиболее точный метод скрининга злокачественных молочных желез.

Во время объективного обследования легче всего объяснить частоту и методику самообследования молочных желез. Пациентке рекомендуется проводить исследование, стоя перед зеркалом, отмечая изменения или втяжения кожи, а затем тщательно пальпируя все квадранты молочных желез. Большинство женщин предпочитают делать это намыленными руками во время приема душа или ванны. Обследование следует повторять в одно и то же время ежемесячно, оптимально — спустя неделю после начала менструации, когда в молочных железах меньше всего узлов. Женщины в постменопаузе проводят самообследование ежемесячно в один и тот же день.

Начало проведения маммографий и их частота зависят от индивидуальных особенностей женщины и от наследственного анамнеза. Пациенткам с наличием у родственников рака молочной железы, в особенности если рак молочной железы развился до менопаузы у матери, тети или сестры, маммография должна проводиться раньше. Обычно маммография назначается каждые 1–2 года всем женщинам в возрасте от 40 до 50 лет, а затем исследование проводится ежегодно<sup>1</sup>. В настоящее время ультразвуковое исследование позволяет достоверно отличить солидные образования от кисты; эта методика дополняет, но не заменяет маммографию. И самообследование молочных желез, и маммография, и ультразвуковое исследование дополняют друг друга, все они должны применяться для ранней диагностики рака молочной железы.

Правильная техника исследования молочных желез представлена на рисунке 31-1. При выявлении изменений решается вопрос о необходимости проведения маммографии (или других визуальных методов диагностики) или направления, если гинеколог не владеет техникой проведения биопсии молочной железы, к хирургу, специализирующемуся на хирургии молочных желез. Необходимо внимательно осмотреть кожные покровы, в особенности экзематозные изменения в области

соска; если они не поддаются простым методам лечения, целесообразно проведение биопсии<sup>2</sup>. Экзематозные изменения в области соска или ареолы могут быть симптомом рака Педжета.

### Обследование живота

Пациентка должна лежать на спине и полностью расслабиться; колени могут быть слегка согнуты для расслабления мышц живота. Осмотр позволяет выявить участки изменения контуров или цвета кожи. После осмотра, но до пальпации (пальпация может изменить характер кишечной активности) производится аускультация. Пальпация всего живота, сначала легкая, затем более глубокая, обеспечивает диагностику участков ригидности, мышечной защиты, объемных образований и болезненности. Если пациентка жалуется на боль в животе или выявляется внезапная болезненность, врач должен попросить больную указать точку максимальной боли или болезненности одним пальцем. Пальпация надлобковой области предназначена для выявления увеличенных размеров матки, яичников и мочевого пузыря. При глубокой пальпации зону болезненности пальпируют последней, иначе может возникнуть произвольная мышечная защита. В заключение при обследовании живота врач внимательно определяет изменения всех органов брюшной полости: печени, желчного пузыря, селезенки, почек и кишечника. В некоторых случаях в диагностике заболевания может помочь изменение рефлексов мышц живота. Перкуссия живота осуществляется для определения увеличения органов брюшной полости, диагностики опухоли или асцита.

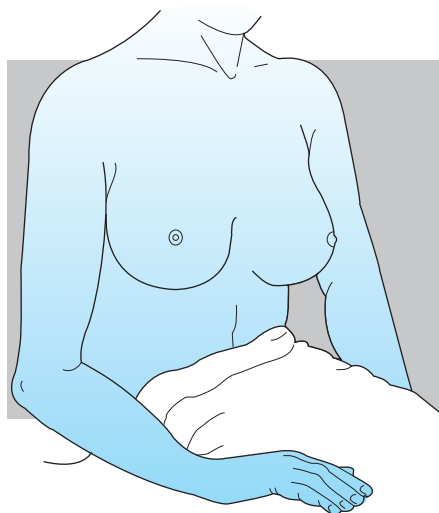
### Гинекологический осмотр

Гинекологического осмотра боятся большинство женщин<sup>3</sup>, и поэтому нужно создать условия, чтобы этот страх уменьшился или исчез. Особенно пугает женщину первый осмотр в ее жизни, поэтому важно, чтобы врач постарался развеять этот страх и создать атмосферу доверия и сотрудничества. Обычно к врачу проникаются доверием уже во время сбора анамнеза, безболезненного и корректного общего обследования, и гинекологический осмотр перестает быть сложной задачей. Расслабляющая

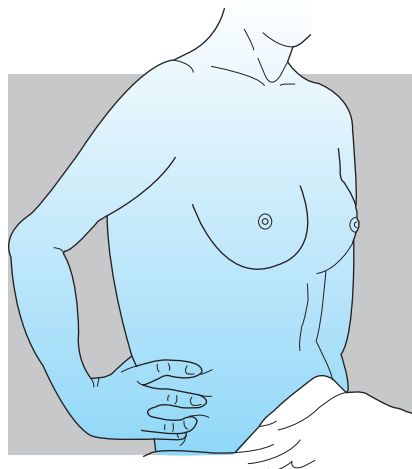
<sup>1</sup> С 35 до 45 лет — 1 раз в 2 года, затем ежегодно. — *Примеч. ред.*

<sup>2</sup> Всем пациенткам с экзематозными изменениями в области соска до начала лечения показано проведение биопсии. — *Примеч. ред.*

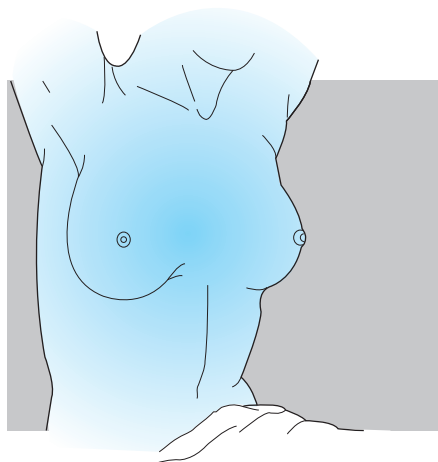
<sup>3</sup> Лучше будет звучать — к гинекологическому осмотру относятся настороженно большинство женщин. — *Примеч. ред.*



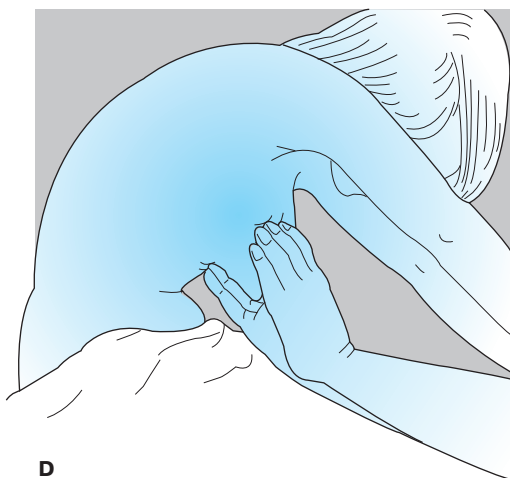
A



B



C



D

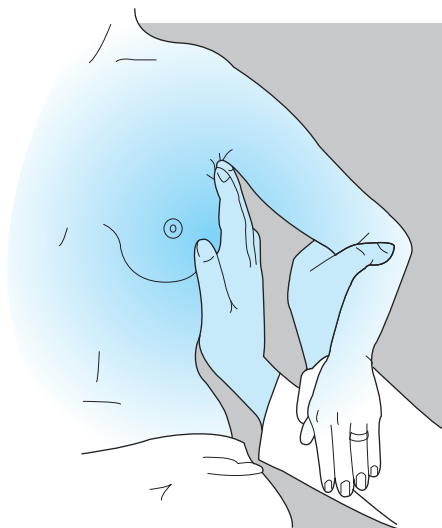
**Рис. 31-1.** Обследование молочных желез врачом. **А:** Пациентка сидит, руки сложены по бокам. Осмотр проводится в условиях хорошего освещения, отмечаются выпуклости, западения и участки сморщивания кожи. **В:** Пациентка сидит, руки на бедрах так, чтобы растянулись грудные мышцы. Вновь производится осмотр. **С:** Пациентка сидит, руки за головой. Вновь производится осмотр молочных желез, а также подмышечных впадин. **Д:** Пациентка сидит, наклонившись вперед, руки на плечах врача или на собственных коленях. Производится пальпация двумя руками, особое внимание обращается на основание железы.

атмосфера, медицинская сестра или сопровождающее лицо, если необходимо; теплые инструменты и мягкое неторопливое обращение, сопровождающееся объяснениями и подбадриваниями, могут помочь добиться расслабления пациентки и сотрудничества. Это особенно важно при первом гинекологическом осмотре в жизни женщины. Часто в этих случаях осмотр проводится одним пальцем и с использованием узких зеркал. В некоторых

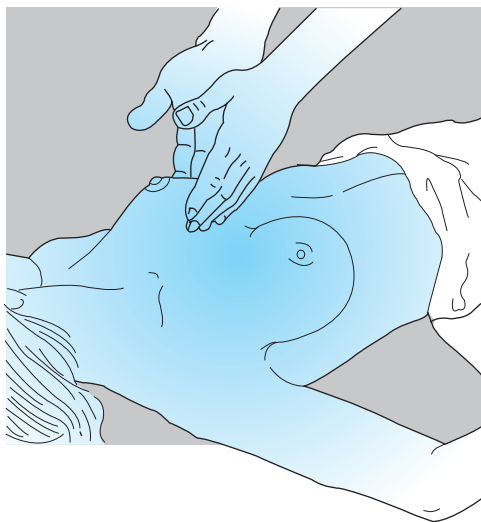
ситуациях влагалищное исследование невозможно; единственным способом остается пальпация структур полости малого таза через прямую кишку. Для более детального гинекологического осмотра возможно применение наркоза.

#### **А. НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ (РИС. 31-2)**

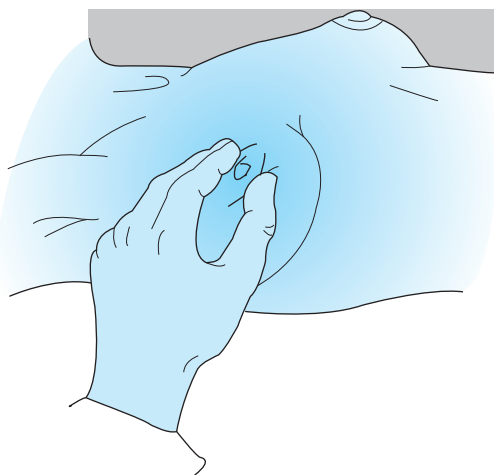
В зоне лобкового оволосения обращается внимание на характер роста волос (мужской или



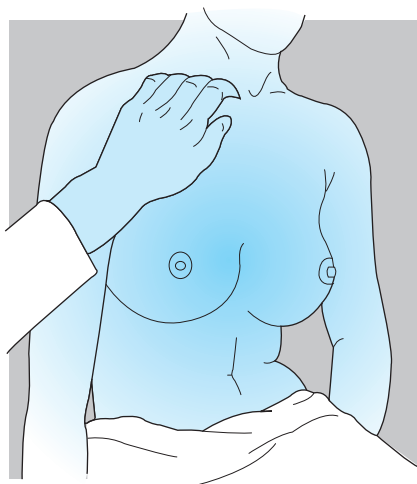
E



F

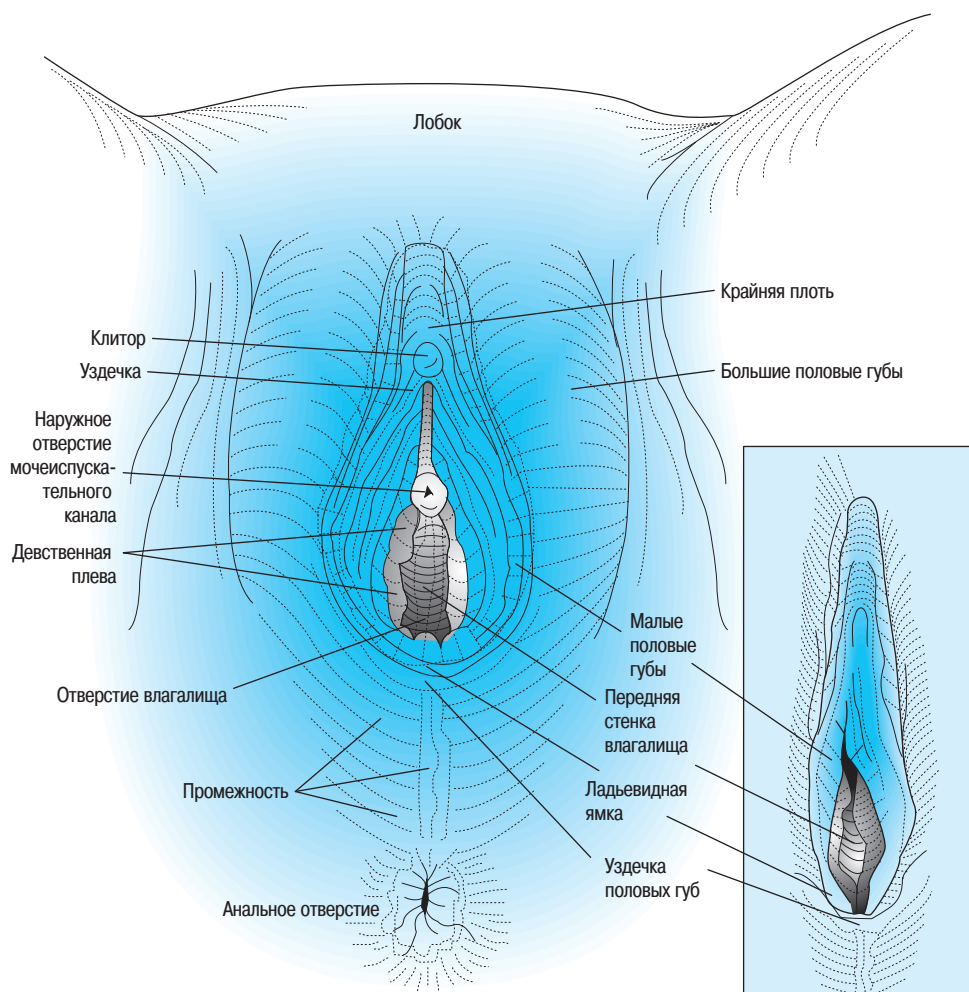


G



H

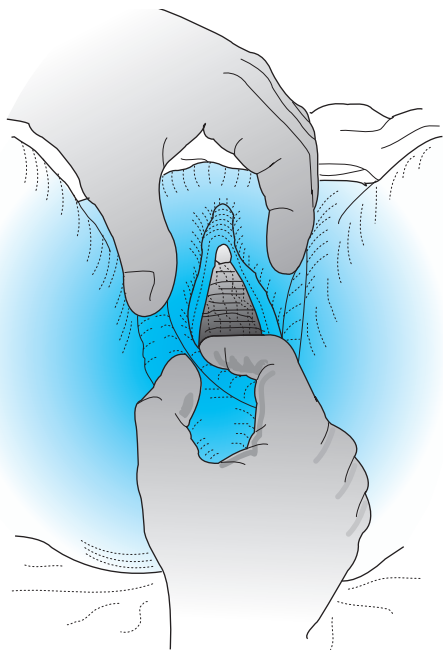
**Рис. 31-1** (продолжение). **Е:** Пациентка сидит, руки отведены на 60–90°. Пальпация подмышечных впадин. **F:** Пациентка лежит на спине, руки вытянуты по бокам. Производится пальпация каждого отдела молочной железы двумя руками (обычно каждого квадранта, но при очень больших молочных железах – более мелких участков). Повторение этапов С, Е и F в положении пациентки на спине, руки над головой. **G:** Пациентка лежит на спине, руки вдоль туловища. Для выявления объемных образований и определения выделения жидкости из соска большим и указательным пальцами пальпируется участок под ареолой и соском. **Н:** Пациентка сидит или лежит. Пальпируются надключичные области.



**Рис. 31-2.** Наружные половые органы зрелой женщины в норме. (Цит. по: Benson RC: *Handbook of Obstetrics & Gynecology*, 8th ed. Lange, 1983; с разрешения.)

женский), наличие лобковых вшей, инфицированных волосяных фолликулов и других изменений. Для исключения признаков дерматита и изменения окраски осматривается кожа вульвы, лобка и промежности. Головка клитора может быть обнажена осторожным отведением окружающих складок кожи. Клиитор располагается в месте слияния двух губ; он не должен превышать 2,5 см в длину, большая часть клитора находится подкожно. Большие и малые половые губы, как правило, имеют одинаковый размер справа и слева, но возможны и умеренные различия. Небольшие бугристости и подкожные узелки могут быть либо кистами сальных желез, либо опухолями. Часто в этой области обнаруживаются наружные кондиломы. Уретра, расположенная ниже клитора, имеет тот же цвет,

что и окружающие ткани, без бугристостей. В норме железы преддверия (бартолиновы железы) не видны и не пальпируются; таким образом, увеличение их размеров может указывать на нарушение их функционирования. Область желез преддверия пальпируется между указательным пальцем, введенным во влагалище, и большим пальцем, осторожно оценивая увеличение или болезненность (рис. 31-3). Покраснение кожи промежности может быть вызвано инфекцией вульвы и влагалища. Рубцы свидетельствуют о перенесенных акушерских или хирургических вмешательствах. В это же время осматривается область заднего прохода для исключения наличия геморроя, трещин, раздражения и перианальных инфекций (например, кондилом или герпетической сыпи).



**Рис. 31-3.** Пальпация желез преддверия.

### **Б. ДЕВСТВЕННАЯ ПЛЕВА**

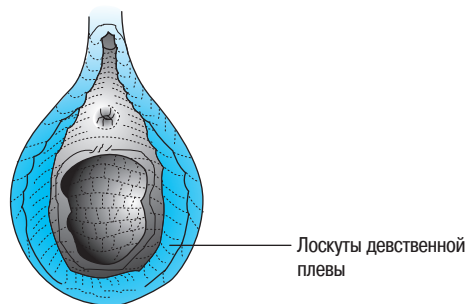
Неразорвавшаяся девственная плева может иметь самые различные формы; к патологическим относятся только полностью закрытая, решетчатая девственная плева и девственная плева с перегородками. После разрыва девственная плева также может принять различный вид (рис. 31-4). После рождения нескольких детей девственная плева иногда совсем исчезает.

### **В. ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ АППАРАТ ПРОМЕЖНОСТИ**

Для выявления слабости поддерживающего аппарата промежности врач разводит половые губы двумя пальцами и просит пациентку натужиться. Это позволяет диагностировать уретроцеле, цистоцеле, ректоцеле, пролапс матки, хотя иногда для выявления значимого пролапса требуется осмотр в вертикальном положении (см. гл. 43).

### **Г. УРЕТРА**

Покраснение уретры может указывать на инфекционный процесс, карункулы и злокачественные новообразования. Парауретральные железы располагаются ниже уретры и опорожняются в уретру сразу за отверстием мочеоточника. Отведение половых губ улучшает обзор,



**Рис. 31-4.** Разорванная девственная плева (рожавшая женщина).

однако уретра может обнажиться (в результате давления, производимого обследующим пальцем, так как движение идет от проксимальной к дистальной части уретры) и спровоцировать появление выделений из уретры или парауретральных желез.

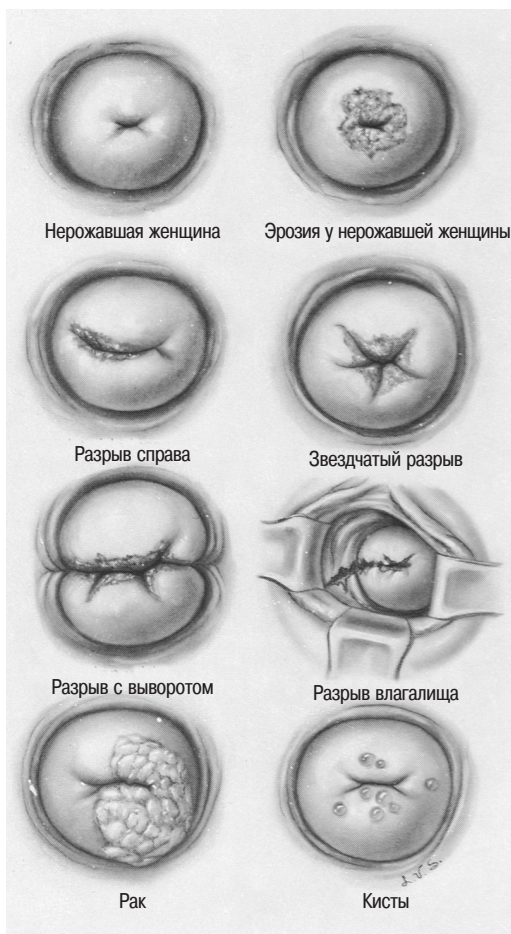
### **Влагалищное исследование**

Сначала влагалище должно быть осмотрено с помощью зеркал и взят мазок для цитологического исследования по Папаниколау. Зеркала смачиваются теплой водой, применение геля в качестве смазки не рекомендуется. Зеркала осторожно вводятся во влагалище таким образом, чтобы были хорошо видны шейка и свод влагалища (см. рис. 31-5). После взятия PАП-мазка при удалении зеркал стенки влагалища внимательно осматриваются еще раз (см. рис. 31-6). Тип используемых зеркал зависит от предпочтений врача; для осмотра сексуально активных женщин наиболее удобны зеркала Pederson, хотя иногда для полноценного осмотра требуются более широкие зеркала Graves (см. рис. 31-7). При небольшом входе во влагалище предпочтительно использование узких зеркал Pederson. Для максимального расширения имеются экстраширокие зеркала Graves. Для осмотра влагалища у детей возможно применение зеркал Huffman или носовых зеркал, большого отоскопа или воздушного цистоскопа Kelly.

Затем влагалище пальпируется; если вход во влагалище не слишком узок, исследование проводится указательным и средним пальцами. Стенки влагалища должны быть гладкими, эластичными и безболезненными.

### **Бимануальное исследование**

Матку и придатки следует поместить между двумя пальцами, находящимися во влагалище, и ладонью другой руки, расположенной на

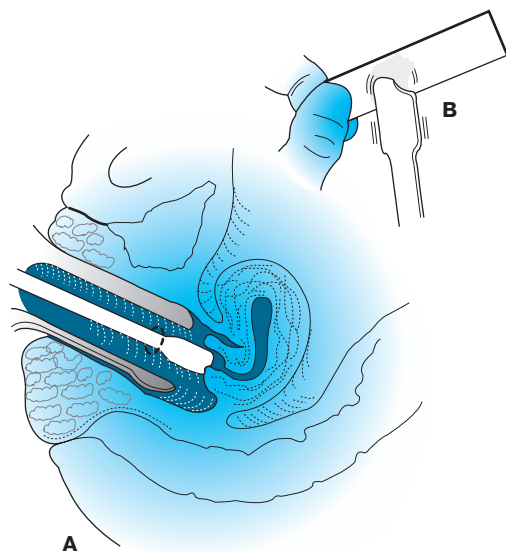


**Рис. 31-5.** Шейка матки: норма и патологические изменения.

животе (рис. 31-8). Осторожная пальпация и перемещение органов малого таза позволяют оценить их расположение, размер, форму, мобильность, консистенцию и болезненность. Исключение составляют пациентки с ожирением или неготовые помочь врачу при осмотре, случаи напряжения мышц живота вследствие страха или болезненности. Болезненность может определяться при прямой пальпации и при движении и растяжении структур малого таза.

## А. ШЕЙКА МАТКИ

Шейка матки представляет собой структуру, плотность которой обычно описывается как консистенция кончика носа. В норме она имеет круглую форму и приблизительно 3–4 см



Необходимый материал:

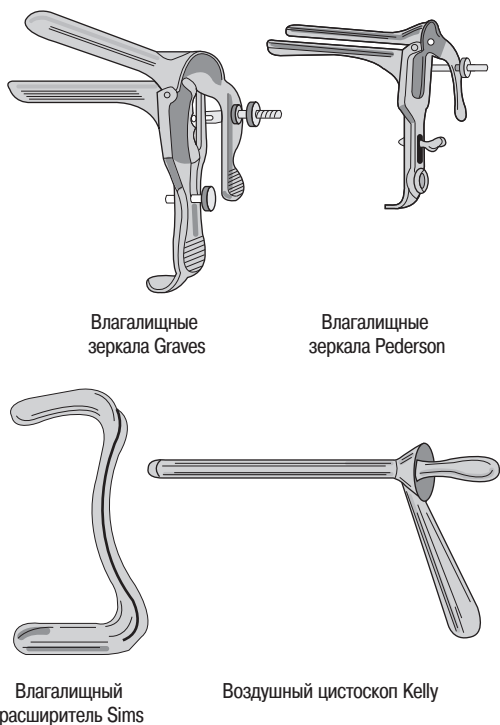
- Один цервикальный шпатель, язычковый зажим, ватный тампон или маленькая щеточка, специально для получения клеток канала шейки матки.
- Одно стекло (один конец матовый). На матовом конце надписывается имя пациентки.
- Одни зеркала (без смазки).
- Одна бутылка-фиксатор (75% раствор этилового спирта) или фиксатор-спрей, например Aqua-Net или Cyto-Spray.

**Рис. 31-6.** Подготовка мазка по Папаниколау. **А.** Получение соскоба с поверхности шейки матки со всей области перехода плоскоклеточного эпителия в цилиндрический с прокручиванием на 360°. **В.** Помещение материала на стекло и размазывание для получения тонкого препарата. Для получения материала из цервикального канала используется смоченный в физиологическом растворе аппликатор с ватным тампоном или небольшая эндоцервикальная щеточка, которые вводятся в канал шейки матки и прокручиваются на 360°. Помещение соскоба на то же стекло и быстрая фиксация. (Цит. по: Benson RC: *Handbook of Obstetrics & Gynecology*, 8th ed. Lange, 1983; с разрешения.)

в диаметре. Различные формы шейки матки представлены на рисунке 31-5. Отверстие цервикального канала имеет округлую форму<sup>1</sup> и кажется закрытой. У рожавшей женщины отверстие цервикального канала имеет щелевидную форму. Изменение формы или появление узелков, возможно, обусловлено образованием одной или нескольких наботковых кист. Уплотнение шейки матки делает необходимым исключение опухоли и даже рака.

<sup>1</sup> У нерожавших женщин. — Примеч. ред.





**Рис. 31-7.** Зеркала. (Цит. по: Benson RC: *Handbook of Obstetrics & Gynecology*, 8th ed. Lange, 1983; с разрешения.)

Шейка достаточно подвижна относительно тела матки и может быть смещена на 2–4 см во всех направлениях без возникновения чувства дискомфорта. (При обследовании пациентки целесообразно предупредить ее, что она может чувствовать движение матки, но, как правило, этот маневр безболезнен.) Ограничение подвижности шейки или тела матки нередко связано с воспалением, новообразованием или хирургическим вмешательством в анамнезе.

## Б. Тело матки

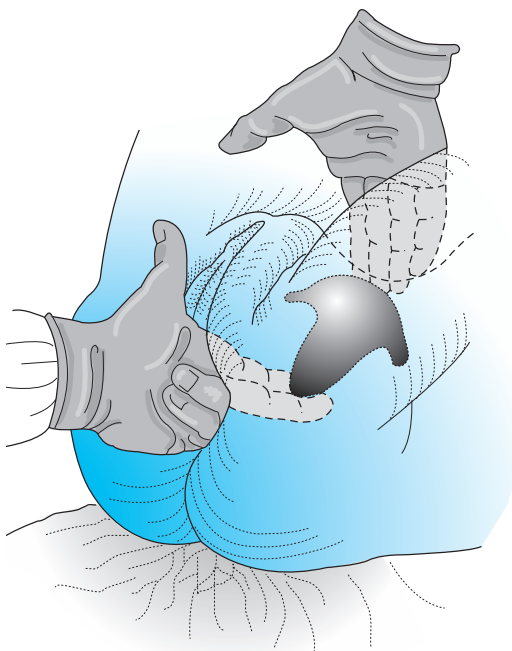
Тело матки по размеру составляет приблизительно половину кулака пациентки и весит около 70–90 г. Она имеет ровные контуры и безболезненна при надавливании и смещении. У большинства женщин матка наклонена вперед (положение *anteversio*); приблизительно у трети женщин матка находится в положении *retroversio* (см. гл. 43). Как правило, ретроверсия не относится к патологии. В некоторых случаях ретроверсия может быть следствием спаек на фоне эндометриоза или сальпингита. Обычно документируются размер, форма, положение, консистенция и подвижность матки.

## В. Придатки матки

Придатки матки (фаллопиевы трубы и яичники) у большого числа женщин с избыточной массой тела пальпировать не удается, так как в норме диаметр трубы составляет всего лишь 7 мм, а максимальный поперечник яичника не превышает 3 см. Однако у очень стройных женщин яичники пальпируются почти всегда, а в некоторых случаях могут быть обнаружены и маточные трубы. У женщин в постменопаузе придаточные структуры, как правило, не пальпируются. Необычная болезненность или увеличение любой придаточной структуры требует дальнейшего диагностического поиска; также показанием для дальнейшего обследования является обнаружение опухолевого образования в области придатков.

## Ректовагинальное исследование

После завершения бимануального гинекологического осмотра всегда, особенно женщинам после 40 лет, проводится ректовагинальное исследование. Обильно смазанный гелем средний палец осторожно вводят в прямую кишку для определения болезненности, опухолевых образований или неровности стенки. После небольшого продвижения среднего пальца в прямую кишку, указательный палец вводится во влагалище на полную глубину



**Рис. 31-8.** Бимануальное влагалищное исследование.

ДеЧерни Алан Х., Натан Лорен

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ:  
Диагностика и лечение

Том II  
Гинекология

*Учебное пособие*

*Перевод с английского*

*Под общ. ред. акад. РАМН А.Н.Стрижакова*

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *О.А.Эктова*

Корректор: *Т.В.Редькина*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, Д.В.Давыдов*

ISBN 5-98322-328-3



Лицензия ИД № 04317 от 20.04.01 г.  
Подписано в печать 28.01.09. Формат 70×100/16.  
Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 56,11.  
Гарнитура Таймс. Тираж 3000 экз. Заказ №В-84

Издательство «МЕДпресс-информ».  
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3  
Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63  
E-mail: office@med-press.ru  
www.med-press.ru

Отпечатано в ОАО ПИК «Идел-Пресс»  
в полном соответствии с качеством предоставленных материалов.  
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2