

# ГИНЕКОЛОГИЯ

---

## УЧЕБНИК

**4-е издание, переработанное  
и дополненное**

**Под редакцией  
академика РАМН, профессора Г.М. Савельевой,  
профессора В.Г. Бреусенко**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 «Лечебное дело» и 060103.65 «Педиатрия» по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Регистрационный номер рецензии 051 от 14 февраля 2011 года  
ФГУ «Федеральный институт развития образования»



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
2014

## МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

### 1.1. Анамнез и осмотр

При сборе анамнеза у гинекологических больных обращают внимание на:

- возраст;
- жалобы;
- семейный анамнез;
- образ жизни, питание, вредные привычки, условия труда и быта;
- перенесенные заболевания;
- менструальную и репродуктивную функции, метод контрацепции;
- гинекологические заболевания и операции на половых органах;
- историю настоящего заболевания.

Общение с больными — неотъемлемая часть работы врача. Его умение вести диалог, внимательно слушать и правдиво отвечать на вопросы помогает понять пациентку, разобраться в причинах ее болезни и выбрать оптимальный метод лечения. Больная должна чувствовать, что врач готов ее выслушать и сохранить все сказанное ею в тайне, как того требует клятва Гиппократова.

Раньше врач всегда выступал в роли наставника, дающего больной руководство к действию. Сейчас больные предпочитают более равноправные отношения, они ожидают не команд, а советов, требуют уважения к своему, пусть непрофессиональному, мнению. Больная должна принимать активное участие в выборе метода лечения, а также знать о возможных последствиях и осложнениях того или другого метода. Врачу нужно получить от пациентки письменное согласие на проведение различных манипуляций и операций.

При сборе анамнеза следует обращать особое внимание на **жалобы больной**. Основными у гинекологических больных являются жалобы на боли, бели, кровотечение из половых путей, бесплодие и невынашивание беременности. Сначала выясняют время появления первой менструации (менархе), установились менструации сразу или спустя какое-то время, каковы их продолжительность и величина кровопотери, ритмичность появления менструаций. Затем уточняют, изменились ли менструации после начала половой жизни (коитархе), родов, аборт, как проходят менструации во время настоящего заболевания, когда была последняя менструация и каковы ее особенности.

Все многочисленные нарушения менструальной функции можно разделить на аменорею и гипоменструальный синдром, меноррагию, метроррагию и альгодисменорею.

**Аменорея** — отсутствие менструаций; наблюдается до периода полового созревания, во время беременности и лактации. Эти виды аменореи представляют собой физиологическое явление. Патологическая аменорея возникает после установления менструального цикла в связи с общими и гинекологическими заболеваниями различного генеза.

**Гипоменструальный синдром** выражается в уменьшении (гипоменорея), укорочении (олигоменорея) и урежении (опсоменорея) менструаций. Обычно этот синдром возникает при тех же заболеваниях, что и патологическая аменорея.

**Меноррагия** — кровотечение, связанное с менструальным циклом. Меноррагии возникают циклически и проявляются увеличением кровопотери во время менструации (гиперменорея), большей продолжительностью менструальных кровотечений (полименорея) и нарушениями их ритма (пройменорея). Сравнительно часто эти нарушения сочетаются. Возникновение меноррагии может зависеть как от снижения сократимости матки вследствие развития воспалительных процессов (эндо- и миометрит), опухолей (миома матки), так и от нарушений функции яичников, связанных с неправильным созреванием фолликулов, желтого тела или отсутствием овуляции.

**Метроррагия** — ациклическое маточное кровотечение, не связанное с менструальным циклом и обычно возникающее при различных расстройствах функции яичников вследствие нарушения процессов овуляции (дисфункциональные маточные кровотечения), при подслизистой миоме матки, раке тела и шейки матки, гормонально-активных опухолях яичника и некоторых других заболеваниях.

**Менометроррагия** — кровотечение в виде обильной менструации, продолжающееся в межменструальный период.

**Альгодисменорея** — болезненная менструация. Обычно боли сопровождают начало менструального кровотечения и реже наблюдаются на протяжении всей менструации. Болезненные менструации являются следствием недоразвития половых органов (инфантилизм), неправильного положения матки, наличием эндометриоза, воспалительных заболеваний внутренних половых органов и др.

Патологические выделения из половых органов носят название *белей*. Бели могут быть как симптомом гинекологических заболеваний, так и проявлением патологических процессов, не связанных с половой системой. Бели могут быть скудными, умеренными, обильными. Они могут быть молочно-желтоватого, зеленого, желто-зеленого, серого, «грязного» (с примесью крови) цвета. Консистенция белей бывает густая, тягучая, сливкообразная, пеннистая, творожистая. Важно обращать внимание на запах выделений: он может отсутствовать, бывает выраженным, резким, неприятным. У пациентки узнают, не увеличивается ли количество выделений в определенные периоды менструального цикла (особенно в связи с менструацией), не связаны ли выделения с половым актом или сменой партнера, не появляются

ли контактные кровотечения после полового акта, а также под воздействием провоцирующих факторов (после стула, поднятия тяжестей).

Оценка **репродуктивной (детородной) функции** больной позволяет получить данные о ее гинекологическом благополучии или неблагополучии.

При этом важно выяснить:

- на каком году половой жизни и в каком возрасте наступила первая беременность;
- сколько было всего беременностей и как они протекали, не было ли пузырного заноса, внематочной беременности и других осложнений;
- сколько было родов и когда, не было ли осложнений во время родов и в послеродовом периоде, если были, то какие, было ли оказано оперативное пособие;
- сколько было аборт (искусственных в больнице, по медицинским показаниям, внебольничных, самопроизвольных) и когда, были ли осложнения во время аборта или в послеабортном периоде, какое лечение проводилось;
- когда была последняя беременность, в каком возрасте, как протекала и чем закончилась: родами срочными или преждевременными, аборт (искусственным или самопроизвольным, не было ли осложнений во время родов (аборт) или в послеродовом (послеабортном) периоде, если были, то какие, чем и как лечилась больная.

При осмотре определяют следующие характеристики.

- Тип телосложения: женский, мужской (высокий рост, длинное туловище, широкие плечи, узкий таз), евнухоидный (высокий рост, узкие плечи, узкий таз, длинные ноги, короткое туловище).
- Фенотипические особенности: ретрогнатия, арковидное небо, широкое плоское переносье, низко расположенные ушные раковины, низкий рост, короткая шея с кожными складками, бочковидная грудная клетка и др.
- Оволосение и состояние кожных покровов.
- Состояние молочных желез. Оценка молочных желез — обязательная составляющая в работе акушера-гинеколога. Осмотр молочных желез производится в двух положениях: 1-е — женщина стоит, руки свисают вдоль туловища; 2-е — поднимает руки и кладет их на голову. При осмотре оценивают: размер молочных желез, их контуры, симметричность, состояние кожных покровов (цвет, наличие отека, изъязвлений), состояние соска и ареолы (размер, расположение, форма, выделения из соска или изъязвления). Выделения из соска могут быть водянистыми, серозными, геморрагическими, гнойными, молочными. Геморрагические выделения характерны для внутрипротоковой папилломы, гнойные — для мастита, молочные — для гиперпролактинемии различного генеза. При наличии выделений необходимо сделать мазок-отпечаток на предметном стекле.

Рентгеновская маммография — наиболее распространенный и высокоинформативный метод исследования молочных желез. Проведение обзорной маммографии целесообразно в 1-ю фазу менструального цикла. Примене-