

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2009

УДК 618.1-07(091)(075.8)
ББК 52.1 я 73
С 92

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве методических рекомендаций 20.05.2009 г., протокол № 9

А в т о р ы: Н. С. Акулич, Л. Н. Васильева, В. С. Вербицкий, Л. С. Гуляева

Р е ц е н з е н т ы: проф. каф. акушерства и гинекологии Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук Л. Ф. Можейко; доц. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, канд. мед. наук М. Л. Тесакова

Схема написания истории болезни гинекологической больной : метод.
С 92 рекомендации / Н. С. Акулич [и др.]. – Минск : БГМУ, 2009. – 22 с.

ISBN 978-985-528-080-5.

Издание переработано и подготовлено с учетом современных требований к написанию истории болезни гинекологической больной. Оно содержит последовательность сбора анамнеза, общих, специальных и дополнительных методов исследования; сведения о заболеваниях для дифференциальной диагностики, план ведения пациентки.

Предназначено для студентов 5-го курса лечебного и педиатрического факультетов.

УДК 618.1-07 (091)(075.8)
ББК 52.1 я 73

ISBN 978-985-528-080-5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Титульный лист оформляется следующим образом:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Ф. И. О., ученая степень и звание
зав. кафедрой акушерства и гинекологии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ № _____

Ф. И. О. гинекологической больной

Заключительный клинический диагноз:

Ф. И. О. куратора, курс, группа _____

Ф. И. О., ученая степень и звание
преподавателя _____

Минск 2009

Общие сведения

1. Ф. И. О. гинекологической больной.
2. Возраст.
3. Дата и время поступления.
4. Домашний адрес.
5. Место работы и профессия.
6. Семейное положение.
7. Диагноз направившего учреждения.
8. Жалобы при поступлении:

а) на **боли** — симптом требует тщательной оценки. При опросе уточняются:

– локализация (внизу живота над лоном, в области наружных половых органов, в паховой, гипогастральной, пояснично-крестцовой областях);

– характер (ноющие, схваткообразные, тянущие, давящие; тупые, острые);

– длительность;

– время возникновения;

– интенсивность (сильные, умеренные, слабые);

– наличие иррадиации (в пояснично-крестцовую, гипогастральную область, нижние конечности, область наружных половых органов, прямую кишку, мочевого пузыря);

– связь с половым актом, мочеиспусканием, дефекацией; менструальным циклом (возникают во время, до или после менструации, не связаны с ней);

– изменение общего состояния при болях (слабость, головокружение, обмороки, отсутствие или снижение аппетита, головная боль, повышение температуры тела, ознобы, тошнота, рвота, частота и характер рвотных масс);

б) **бели**:

– время возникновения;

– источник (вестибулярные, влагалищные, шеечные, маточные, трубные);

– характер (пенистые, зеленоватого цвета, сливкообразные, творожистые, гнойные, сукровичные (вестибулярные, влагалищные); слизистые, слизисто-гнойные (шеечные); сукровичные, кровянистые, цвета «мясных помоев», слизисто-гнойные, крошковидные, водянистые (маточные); водянистые (трубные));

– с запахом или без;

– интенсивность (обильные, умеренные, незначительные);

в) кровотечения:

- источник (наружные половые органы, влагалище, шейка, тело матки);
- время возникновения;
- длительность, объем кровопотери;
- связь с менструальным циклом (меноррагия (гиперменоррея) — обильное и более 7 дней длящееся кровотечение с регулярными интервалами; полименоррея — маточное кровотечение, возникающее с регулярными короткими интервалами (менее 21 дня); метроррагия — продолжительное маточное кровотечение с нерегулярными короткими интервалами; межменструальные кровотечения появляются между регулярными менструациями). Особое внимание необходимо уделять ювенильным кровотечениям, которые, как правило, приводят к вторичной анемии; кровотечениям у женщин детородного возраста после задержки менструации, у женщин климактерического периода;

г) зуд:

- интенсивность;
- характер;
- время возникновения.

Этот симптом может быть признаком как воспалительного процесса (раздражение наружных половых органов обильными белями), так и другой патологии (психоневроз, сахарный диабет, кожные заболевания, недостаток витамина А, аллергическая реакция на лекарственные препараты и др., возрастные изменения у пожилых женщин и т.д.);

д) нарушение функции соседних органов:

- мочевыводящих путей (учащение, затруднение мочеиспускания, боли при нем, полное или неполное недержание мочи);
- кишечника (запоры, понос, недержание кала и газов, боли, тенезмы при дефекации, кровотечения из прямой кишки).

Общий анамнез

1. Условия труда и быта.
2. Производственные вредности.
3. Питание.
4. Перенесенные оперативные вмешательства и заболевания (в том числе детские инфекции, туберкулез, кожные и венерические заболевания).
5. Наследственные заболевания (психические, эндокринные нарушения, новообразования и др.).
6. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков).
7. Переливания компонентов крови (причины, наличие осложнений).

8. Аллергологический анамнез (непереносимость лекарственных препаратов, продуктов питания, бытовой химии).

9. Лечение гормональными препаратами (цель, длительность применения препарата, результаты, осложнения).

Гинекологический анамнез

1. Менструальная функция:

- время начала первой менструации (менархе);
- установление менструального цикла (сразу, в течение 1 года или более длительного промежутка времени);
- продолжительность менструального цикла (в норме 21–35 дней); длительность менструации (в норме 3–7 дней); количество теряемой крови во время менструации (в норме 50–150 мл);
- наличие болевого синдрома и его связь с менструацией (до, во время или после нее);
- изменения менструального цикла после начала половой жизни, родов, аборт, перенесенных гинекологических заболеваний, в связи с данным гинекологическим заболеванием. В случае нарушения менструальной функции уточняется длительность и характер патологии (аменорея, гипоменструальный синдром, меноррагия, меж-, пред- и постменструальные кровотечения, альгодисменорея и т. д.). Если менструации отсутствуют, необходимо уточнить, когда они прекратились;
- дата последней нормальной менструации.

2. Половая функция:

- возраст начала половой жизни;
- наличие случайных половых связей;
- контактные кровянистые выделения;
- болезненность при половых сношениях; затруднения или невозможность полового акта;
- методы контрацепции (при гормональной — указывать препараты, которые применялись), ее длительность и эффективность, возможные осложнения;
- здоровье мужа.

3. Репродуктивная функция:

- количество беременностей, когда, как и на каком сроке закончилась каждая;
- период от начала половой жизни до наступления первой беременности; возможная причина длительного отсутствия беременности;
- наличие осложнений во время беременности, родов, в послеродовом периоде, во время и после вакуум-аспирации или аборта.

4. Перенесенные гинекологические заболевания, методы и результаты их лечения. При расспросе следует учитывать, что гинекологические заболевания могут быть следствием или причиной заболеваний других органов.

5. Развитие настоящего заболевания:

- время возникновения;
- связь с другими факторами (роды, аборт, менструация, травма, охлаждение, стресс, экстрагенитальные заболевания и др.);
- течение заболевания;
- применявшиеся ранее методы обследования;
- проводимое лечение и его эффект.

Объективное исследование

1. Общее состояние женщины. Определяется: тип конституции (нормостенический, инфантильный, интерсексуальный, астенический), телосложения (женский, мужской, вирильный, евнухоидный); строение скелета и его дефекты, фенотипические особенности (наличие дисплазий и дисморфий (микро- и ретрогнатия, арковидное небо, широкое переносье, короткая шея, низкое расположение ушных раковин, бочковидная грудная клетка, гипоплазия ногтей, обилие родимых пятен и др.)); окраска кожных покровов и видимых слизистых оболочек; состояние кожных покровов (повышенная сальность, пористость, наличие акне, фолликулитов, наличие полос растяжения, их цвет, количество, расположение); степень развития жировой ткани и ее распределение (в виде «фартучного ожирения», в области тазобедренных суставов, на плечах, груди, животе, бедрах и др.); особенности распределения волосяного покрова (гипертрихоз, гирсутизм, вирилизм); рост, масса, температура тела.

2. Обследование молочных желез: развитие, величина и форма, консистенция, симметричность расположения, состояние кожи, ареол и сосков, наличие уплотнений и опухолевидных образований, отделяемого из сосков, его цвет, консистенция, характер, количество.

3. Исследование по органам и системам:

а) состояние сердечно-сосудистой системы: характер пульса, АД, границы и тоны сердца;

б) состояние дыхательной системы: частота дыханий в минуту, аускультация легких;

в) состояние пищеварительной системы: аппетит, глотание (затруднено или нет), состояние слизистой полости рта, языка.

Расстройства функции кишечника:

- запоры — возникают при перегибах матки кзади, новообразованиях матки и яичников, сдавливающих прямую кишку, воспалитель-

ных процессах, особенно локализующихся в тазовой клетчатке и брюшине, а также при общей интоксикации;

– понос — наблюдается в острой стадии воспалительных заболеваний, при пельвиоперитоните и параметрите, туберкулезном поражении придатков матки и тазовой брюшины, особенно если одновременно поражен кишечник;

– недержание кала и газов — является симптомом полного разрыва промежности и наличия кишечно-влагалищных свищей;

– боли при дефекации — обычно наблюдаются при трещинах в заднем проходе и геморроидальных узлах или возникают рефлекторно при воспалении придатков матки;

– тенезмы при дефекации — могут возникнуть при наличии гноя в дугласовом кармане, при переходе рака шейки (тела) матки на стенку прямой кишки;

– кровотечения из прямой кишки — типичны для геморроя, полипов, рака прямой кишки;

г) *состояние мочевыделительной системы*: характер мочеиспускания, цвет мочи, наличие отеков, симптома поколачивания.

Расстройства функции мочевыводящих путей:

– учащение мочеиспускания — наблюдается при опущениях передней стенки влагалища, перегибах матки кзади, миомах матки, опухолях яичников, давящих на мочевой пузырь, переходе рака матки на мочевой пузырь, а также при циститах, уретритах;

– недержание мочи (полное или неполное) — при опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря; пузырно-влагалищных, шейечно-пузырных, мочеточниково-влагалищных свищах;

– затруднение мочеиспускания — задержка мочи (ишурия) — при полном выпадении матки или ее вывороте, связано с изменением положения мочевого пузыря, перегибом уретры; возникает также при ущемлении в малом тазу беременной матки или опухолей внутренних половых органов и сочетается с частыми позывами;

– боли при мочеиспускании — при распространении на мочевой пузырь злокачественных новообразований матки или яичника; жжение и резь при мочеиспускании — при уретрите; боли при наполнении и опорожнении мочевого пузыря — при тазовом перитоните и распространении воспалительного процесса из параметральной клетчатки на клетчатку мочевого пузыря;

д) *состояние центральной нервной системы*: ясное или затемненное сознание, бред, коматозное состояние, потеря и восстановление памяти; ориентировка во времени и пространстве и т. д.;

е) *состояние эндокринных желез* необходимо оценивать с учетом конституциональных и других особенностей.

4. Исследование живота:

– при осмотре живота в положении стоя и лежа обращают внимание на размеры, конфигурацию, наличие вздутия, симметричность, степень участия брюшных покровов в дыхательных экскурсиях, изменение формы живота при перемене положения;

– при пальпации живота в горизонтальном положении после опорожнения мочевого пузыря и кишечника, при согнутых ногах, что способствует расслаблению мышц передней брюшной стенки, определяют состояние брюшной стенки (тонус, мышечная защита или напряжение мышц брюшной стенки, диастаз прямых мышц); болезненные участки, наличие перитонеальных симптомов, опухолей в брюшной полости, инфильтратов и по возможности их величину, форму, границы, консистенцию, болезненность, подвижность, наличие симптома «баллотирования»;

– при перкуссии живота уточняют границы и контуры отдельных органов, опухолей, инфильтратов; выявляют свободную жидкость в брюшной полости;

– при аускультации живота выявляют кишечные шумы, а также проводят дифференциальную диагностику опухолей внутренних органов с беременностью.

Специальное гинекологическое исследование

Перед проведением гинекологического исследования обязательно нужно опорожнить мочевой пузырь, желательна и кишечника.

1. Осмотр и пальпация наружных половых органов, вульвы и входа во влагалище. Определяются:

– тип оволосения (женский, мужской, смешанный) и степень (нормальное, скудное, избыточное);

– правильность строения и развития больших и малых половых губ, клитора, наружного отверстия уретры, расстояние между основанием клитора и наружным отверстием уретры (в норме не более 2 см), промежности (высокая, низкая);

– окраска слизистых (бледная, цианотичная, в норме розовая);

– степень смыкания половой щели (сомкнута, зияет); степень опущения стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании);

– наличие патологических процессов в области наружных половых органов и вульвы (опухоли, изъязвления, участки депигментации, кондиломы, свищи, рубцы, признаки воспаления, варикозное расширение вен);

– состояние девственной плевы или ее остатков;

– состояние выводных протоков больших желез преддверия влагалища, парауретральных ходов (в норме чистые; наличие гиперемии, гнойных выделений);

– наличие уплотнений, опухолевидных образований, язв и их отношение к окружающим тканям, болезненность, флюктуация, кровоточивость (определяют при пальпации наружных половых органов);

– варикозные узлы, трещины, кондиломы, выделения крови, гноя или слизи из прямой кишки (выявляют при осмотре заднепроходного отверстия).

2. Осмотр слизистых оболочек влагалища и шейки матки ложкообразными зеркалами: складчатость слизистой влагалища (в норме выражена), окраска слизистых (цианотичная, гиперемированная, в норме розовая), наличие язв, герпетических высыпаний, патологических разрастаний, рубцов, разрывов; наличие и характер выделений (в норме бели); форма влагалищной части шейки матки (коническая, цилиндрическая, бочкообразная), форма наружного зева шейки матки (овальная, щелевидная), наличие разрывов, эктропиона, псевдоэрозии, лейкоплакии, полипов и других патологических изменений, характер выделений из канала шейки матки.

3. Влагалищное и бимануальное (влагалищно-брюшно-стеночное) исследование: состояние входа во влагалище (свободный или нет), стенок и сводов влагалища (складчатость стенок, глубина, сглаженность сводов, наличие пороков развития, рубцов, опухолевидных образований (их величина, форма, отношение к мочевому пузырю, прямой кишке и костям таза, консистенция, болезненность)).

4. Исследование шейки матки: расположение (в норме наружный маточный зев обращен к заднему своду влагалища), форма, величина (длина), консистенция, характер поверхности (гладкая, при эрозии шероховатая), подвижность и болезненность при смещении, раскрытие наружного зева и канала шейки матки (в норме закрыты); наличие разрывов шейки матки и их глубина.

5. Исследование тела матки:

– положение матки — отношение к стенкам таза и тела матки к шейке матки (нормальное — anteversio-anteflexio, наклонение — versio, перегиб — flexio), смещение по вертикальной и горизонтальной оси;

– величина матки (нормальная, уменьшенная при гипоплазии и атрофии; увеличенная при беременности, миоме, гематометре, пиометре и др.);

– форма матки (грушевидная, уплощенная в передне-заднем направлении (в норме); шарообразная при беременности, аденомиозе; неправильная при опухолях и аномалиях развития и др.);

– консистенция матки (обычная, размягченная (беременность), флюктуирующая (гематометра, пиометра), неоднородная (миома, метрит));

– подвижность матки (нормальная (смещается при движении вверх, к лону, крестцу, влево, вправо), ограниченная или отсутствует (опухоли, спайки, инфильтраты), чрезмерная (расслабление связочного аппарата при опущении и выпадении матки));

– болезненность матки при пальпации и смещении (в норме безболезненная).

6. Исследование придатков матки (труб и яичников). Маточные трубы в норме не пальпируются. Яичники в норме определяются сбоку от матки ближе к стенке таза в виде небольших продолговатых безболезненных образований. Описывают наличие патологических образований (кистома, тубоовариальное образование) в области придатков.

ТЕХНИКА ОСМОТРА ШЕЙКИ МАТКИ ВЛАГАЛИЩНЫМИ ЗЕРКАЛАМИ

Левой рукой разводят большие и малые половые губы, широко обнажая вход во влагалище, затем вводят заднее зеркало (ложкообразное) соответственно направлению влагалища (спереди сверху — кзади вниз). Зеркало располагается на задней стенке влагалища, оно слегка оттесняет кзади промежность. Параллельно заднему зеркалу вводят переднее (используют плоский подъемник), которым поднимают кверху переднюю стенку влагалища. Если нужно увеличить доступ к шейке, в боковые своды влагалища вводят плоские пластинчатые зеркала.

Кроме ложкаобразных зеркал (Симпсона) и плоских подъемников, применяют створчатые зеркала (цилиндрические, Куско), которые до сводов влагалища вводят в сомкнутом виде, далее створки раскрывают, после чего шейка матки становится доступной для осмотра; стенки влагалища осматривают, постепенно выводя из него зеркало.

ТЕХНИКА ВЛАГАЛИЩНОГО И БИМАНУАЛЬНОГО (ВЛАГАЛИЩНО-БРЮШНО-СТЕНОЧНОГО, ДВУРУЧНОГО) ИССЛЕДОВАНИЯ

Большим и указательным пальцами левой рукой раздвигают половые губы и вводят во влагалище средний палец правой руки, которым слегка оттягивают кзади промежность, затем вводят указательный палец правой руки и оба пальца продвигают по оси влагалища до упора (спереди сверху — кзади вниз), при этом большой палец направляется к симфизу, мизинец и безымянный пальцы прижимаются к ладони, тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность. Пальпируют область тазового дна, бартолиновых желез, прощупывают уретру, определяют состояние влагалища, исследуют влагалищную часть шейки матки. Затем переходят к двуручному исследованию, для чего левую руку располагают над лобком, правую переводят в передний свод, несколько отодвигая шейку матки кзади. Пальпируют тело матки обеими руками. Далее приступают к обследованию придатков. Пальцы постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза: пальцы правой руки переводят в соответствующий заднебоковой свод, а левой — в подвздошную область. Продвигая руки навстречу друг другу до соприкосновения у крестцово-подвздошного сочленения, смещают их кпереди. Такие движения повторяют два-три раза, пока не исследуют область от угла матки до боковой стенки таза.

Дополнительные методы обследования

1. Ректальное (прямокишечное) исследование проводится у девочек и девушек, а также у женщин при атрезии, аплазии, стенозе влагалища. Данный метод позволяет обследовать заднюю поверхность матки, опухоли и инфильтраты в области придатков, позадматочном пространстве, состояние крестцово-маточных связок, параректальной клетчатки. При исследовании, которое проводят II пальцем правой руки, смазанным вазелином, легко достигается и ощупывается шейка матки, крестцово-маточные связки, тазовая клетчатка. Свободной рукой (прямокишечно-брюшно-стеночное исследование) исследуют тело матки и придатки.

2. Ректо-влагалищное исследование проводится при патологических процессах в стенке влагалища, прямой кишке, в окружающей клетчатке. Указательный палец вводят во влагалище, средний — в прямую кишку.

3. Зондирование матки производится специальным металлическим маточным зондом, изготовленным из гнущегося металла, что позволяет изменять его форму в соответствии с направлением угла между шейкой и телом матки и предупреждает повреждение матки (перфорацию). Длина зонда — 20–25 см, диаметр — 1–6 мм, на поверхность зонда нанесена шкала в сантиметрах. Данный метод позволяет выявить проходимость, длину, форму шеечного канала, состояние его стенок, наличие в них патологических включений; направление и длину полости матки, наличие фиброматозных узлов, пороки развития матки. Зондирование применяется как с диагностической целью, так и перед некоторыми оперативными вмешательствами.

4. Исследование с помощью пулевых щипцов производят дополнительно к бимануальному, когда требуется уточнить связь опухоли с половыми органами, степень смещения матки (полное или неполное выпадение) или подвижность ее при ретрофлексии.

5. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и полости матки широко применяется в гинекологической практике для выяснения состояния эндометрия и эндоцервикса. Данный метод является одним из видов биопсии. Его производят при маточном кровотечении для своевременного распознавания злокачественных опухолей тела и шейки матки, при подозрении на остатки плодного яйца, патологию эндометрия и др.

6. Биопсия — прижизненное взятие небольшого объема ткани для последующего гистологического исследования. Оптимально выполнять *прицельную* биопсию, которая производится под визуальным контролем с помощью кольпоскопа или гистероскопа. В гинекологической практике осуществляют *эксцизионную* биопсию путем иссечения участка ткани (предпочтительнее скальпелем); *пункционную*, при которой материал для

исследования получают путем пункции. Биопсию выполняют чаще всего при подозрении на злокачественные процессы, локализующиеся в области наружных половых органов, влагалища, шейки матки.

7. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища (*кульдоцентез*) производится при подозрении на внутрибрюшное кровотечение, при воспалительных заболеваниях, сопровождающихся скоплением выпота в дугласовом пространстве (с целью выяснения характера выпота — кровь, серозная жидкость, гной).

8. Эндоскопические методы диагностики:

а) кольпоскопия простая — ориентировочный осмотр шейки матки с помощью кольпоскопа, в процессе которого определяют форму, величину шейки и наружного зева, цвет, рельеф слизистой оболочки, границу плоского эпителия шейки матки и цилиндрического эпителия цервикального канала; *расширенная* — осмотр шейки после обработки 3%-ным раствором уксусной кислоты, которая вызывает кратковременный отек эпителия и набухание клеток шиповидного слоя, сокращение подэпителиальных сосудов и уменьшение кровоснабжения; осмотр шейки после обработки 3%-ным раствором Люголя (проба Шиллера), в результате чего здоровые клетки, содержащие гликоген, окрашиваются в темно-коричневый цвет (в норме); *кольпомикроскопия* — осмотр шейки люминесцентным кольпомикроскопом после окрашивания ее 0,1%-ным раствором гематоксилина;

б) гистероскопия (жидкостная и газовая) применяется для выявления внутриматочной патологии;

в) лапароскопия (диагностическая и лечебная) — осмотр органов малого таза и при необходимости брюшной полости на фоне пневмоперитонеума;

г) кульдоскопия — осмотр органов малого таза с помощью эндоскопа, введенного в брюшную полость через задний свод влагалища;

д) вагиноскопия — осмотр при помощи вагиноскопа слизистой оболочки влагалища, шейки матки, оценка симптома «зрачка», осмотр при подозрении на инородное тело во влагалище. Исследование проводится у девочек под наркозом.

9. Ультразвуковое исследование. В современной клинической практике применяются два метода — *трансабдоминальное* (через переднюю брюшную стенку) и *трансвагинальное* (датчик вводят во влагалище).

10. Рентгенологические методы исследования:

а) гистеросальпингография, или метросальпингография (ГСГ, или МСГ), применяется для выявления анатомических изменений в полости матки, спаечного процесса в области малого таза, для установления проходимости маточных труб;

б) *пневмопельвиография, биконтрастная гинекография* — для дифференциальной диагностики опухолей матки и придатков, при подозрении на множественную миому матки с субмукозным расположением узлов, аномалиях развития половых органов, бесплодии;

в) *вагинография* — при подозрении на аномалии развития половых органов, особенно в детском и юношеском возрасте; для выяснения состояния созданного искусственного влагалища;

г) *тазовая флебография* — для выявления опухолей матки и придатков, выяснения стадии распространения процесса, диагностики tuboовариальных образований, при подозрении на трубную беременность;

д) *тазовая лимфография* — для уточнения стадии распространения злокачественного процесса, определения радикальности проведенной операции и оценки лучевого лечения;

е) *рентгенография черепа и турецкого седла* — для уточнения состояния гипоталамо-гипофизарной системы;

ж) *рентгеноскопия желудка и кишечника* обязательно производится у женщин при наличии опухолей яичника;

з) *экскреторная урография, ирригоскопия* (по показаниям);

и) *компьютерная томография (КТ)* — метод, при котором тонкий пучок рентгеновского излучения падает на исследуемый участок тела с большого числа различных направлений, причем рентгеновский излучатель движется вокруг исследуемого объекта. Для каждого органа и ткани разработан коэффициент абсорбции в норме и при патологии, который измеряется в единицах Хаунсфилда (Н). С помощью КТ можно получить срез исследуемого органа в сагитальной, фронтальной и любой другой заданной плоскости; получаемые структуры не накладываются друг на друга; дается полное пространственное представление об исследуемом органе, патологическом очаге. Лучевая нагрузка ниже, чем при других рентгеновских процедурах. В гинекологической практике, кроме КТ *внутренних половых органов*, как дополнительный метод диагностики, применяется КТ *области турецкого седла, почек, надпочечников*.

11. Радионуклидное исследование эндометрия — метод, основанный на свойстве введенного в организм изотопа фосфора (^{32}P) накапливаться в активно делящихся клетках, тканях опухолей, особенно злокачественных, в количестве, большем, чем в интактных тканях того же органа. Метод дает ориентировочное представление о степени пролиферации клеточных элементов эндометрия в месте локализации патологического процесса при его очаговом характере. Метод может быть скрининговым или использоваться для контроля у женщин, получающих гормональную терапию по поводу гиперпластических процессов.

12. Тесты функциональной диагностики (методы определения гормональной функции яичников):

а) *цитологическое исследование отделяемого влагалища*: мазок берут из бокового свода влагалища и определяют насыщенность организма женщины эстрогенами, при этом различают 4 степени эстрогенной насыщенности (резкая, умеренная, легкая недостаточность, достаточная насыщенность);

б) *определение кариопикнотического индекса (КПИ)* — соотношения клеток с пикнотическим ядром и поверхностных клеток, выраженного в процентах в I фазе менструального цикла КПИ — 20–30 %; во время овуляции — 60–80 %; во II фазе КПИ снижается;

в) *симптом «зрачка»*. При нормальном менструальном цикле наружное отверстие цервикального канала начинает расширяться с 5-го дня за счет накопления стекловидной прозрачной слизи, приобретая вид зрачка; максимальное количество слизи наблюдается в овуляцию, затем ее количество уменьшается и маточный зев постепенно закрывается;

г) *симптом «папоротника» (симптом кристаллизации шейчной слизи)* максимально выражен в период овуляции;

д) *симптом растяжения шейчной слизи*. Из цервикального канала берут слизь с помощью пинцета, разводят его бранши и измеряют длину слизистой нити; максимальное растяжение (10–12 см) наблюдается на момент овуляции;

е) *измерение базальной (ректальной) температуры*. По результатам измерений вычерчивается кривая базальной температуры, для установления характера кривой измерения необходимо проводить в течение 3 месяцев.

13. Лабораторные методы исследования:

а) *общеклинические лабораторные исследования* (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, РВ, ВИЧ, коагулограмма, определение уровня сахара в крови, КОС) проводятся по показаниям;

б) *бактериологическое исследование* — для определения степени чистоты влагалищного содержимого (1-я и 2-я степени относятся к норме, 3-я и 4-я свидетельствуют о наличии воспалительного процесса во влагалище); *бактериоскопическое исследование* — для выявления вида возбудителя заболевания, характеристики его свойств, чувствительности к антибиотикам;

в) *цитологическое исследование* — для ранней диагностики патологических изменений в эпителие. Материал для исследования:

- мазок с эктоцервикса и из канала шейки матки;
- мазок из пораженного участка слизистой;
- аспират из полости матки;
- пунктат осумкованных образований;
- асцитическая жидкость;

г) *определение гормонов в плазме крови (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрогены, прогестерон, тестостерон, кортизол, инсулин и др.) и в моче (17-КС, прегнандиол);*

д) *функциональные пробы — для уточнения функционального состояния различных отделов репродуктивной системы и выяснения резервных возможностей гипоталамуса, гипофиза, надпочечников, яичников, эндометрия; проводят пробы с гестагенами, с эстрогенами и гестагенами, с дексаметазоном, с кломифеном, с люлиберином, с гонадотропинами.*

14. Медико-генетическое обследование: определение полового X- и Y-хроматина, кариотипа, дерматоглифическое исследование. Показаниями к медико-генетическому обследованию являются различные формы отсутствия или задержки полового развития, аномалии развития половых органов, первичная аменорея, привычное невынашивание, бесплодие и др.

Дифференциальный диагноз

1. Нарушенная внематочная беременность:

- угрожающий выкидыш при маточной беременности;
- неполный выкидыш;
- апоплексия яичника;
- воспалительный процесс придатков матки;
- перекрут ножки опухоли яичника;
- острый аппендицит;
- острая кишечная непроходимость;
- почечно-каменная болезнь.

2. Начавшийся самопроизвольный выкидыш:

- нарушенная трубная беременность;
- шеечная беременность;
- пузырьный занос;
- субмукозная миома матки;
- аденомиоз;
- полипы эндометрия;
- дисфункциональное маточное кровотечение;

3. Неполный выкидыш:

- нарушенная трубная беременность;
- шеечная беременность;
- пузырьный занос;
- хорионэпителиома;
- рождающаяся подслизистая миома матки;
- дисфункциональное маточное кровотечение;
- эндометрит.

- 4. Острый воспалительный процесс придатков матки:**
- внематочная беременность;
 - эндометриоз придатков матки;
 - перекрут ножки кисты яичника;
 - дисфункциональное маточное кровотечение;
 - острый аппендицит;
 - острая кишечная непроходимость;
 - некроз фиброматозного узла.
- 5. Острый эндометрит:**
- неполный выкидыш;
 - рождающаяся подслизистая миома матки;
 - некроз фиброматозного узла;
 - аденомиоз матки;
 - рак матки;
 - острый аппендицит;
 - воспалительные заболевания кишечника.
- 6. Миома матки:**
- маточная беременность;
 - киста яичника;
 - аденомиоз;
 - пузырный занос;
 - хорионэпителиома;
 - полипы эндометрия;
 - рак матки.
- 7. Киста яичника:**
- рак яичника (первичный, метастатический);
 - субсерозная миома матки;
 - прогрессирующая внематочная беременность;
 - эндометриоз придатков матки;
 - аппендикулярный инфильтрат;
 - опущение почки.
- 8. Полип шейки матки:**
- эрозированный эктропион;
 - рождающаяся подслизистая миома матки;
 - полип эндометрия;
 - рак шейки матки.
- 9. Полип эндометрия:**
- рождающаяся подслизистая миома матки;
 - аденомиоз;
 - рак эндометрия;
 - гиперплазия эндометрия.

10. Киста бартолиновой железы:

- острый бартолинит;
- липома половых губ;
- киста гартнерова хода;
- рак вульвы.

11. Дисфункциональное маточное кровотечение:

- рак матки;
- начавшийся выкидыш;
- нарушенная внутриматочная беременность;
- аденомиоз;
- полип эндометрия;
- миома матки;
- воспалительный процесс придатков матки.

12. Рак шейки матки:

- эрозия шейки матки;
- эрозированный эктропион;
- эндоцервицит;
- полип шейки матки;
- эндометриоз шейки матки;
- шеечная миома;
- шеечная беременность.

13. Рак тела матки:

- полип эндометрия;
- аденомиоз;
- миома матки;
- маточная беременность;
- метроэндометрит.

14. Рак яичника:

- киста яичника;
- фиброма яичника;
- эндометриоз придатков матки;
- субсерозная миома матки;
- внутриматочная беременность;
- аппендикулярный инфильтрат;
- опухоль кишечника.

Предварительный диагноз и его обоснование

Обоснование диагноза проводят с учетом анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования.

Пример: на основании анамнеза — ... (конкретно для данного диагноза), объективного и специального гинекологических исследований — ... ,

лабораторно-диагностических методов исследования — ..., проведенной дифференциальной диагностики выставлен предварительный диагноз —...

Лечение данного заболевания

Указать и обосновать методы лечения заболевания, применение лекарственных средств с указанием цели, дозы, кратности и способа введения, длительности курса лечения.

При выполнении оперативных вмешательств (РДВ, кульдоцентез, гистероскопия, гистерорезектоскопия, лапароскопические или лапаротомные вмешательства и др.) обосновать их необходимость (показания, условия, метод обезболивания). Далее описать операцию с указанием времени ее проведения.

Дневники наблюдения

Дневники наблюдения пишутся ежедневно.

В них указывают жалобы и общее состояние больной. Отмечают артериальное давление, пульс, частоту дыханий, температуру, состояние языка. Вносят данные пальпации живота. Оценивают состояние имеющихся послеоперационных ран (на передней брюшной стенке, промежности). Описывают, на какие сутки сняты швы, как зажила рана (первичным, вторичным натяжением). Отмечают наличие патологических выделений из половых путей, их интенсивность (обильные, умеренные, скудные) и характер (кровянистые, серозно-кровянистые, гнойные и др.). Описывают функцию мочевого пузыря и кишечника.

В конце каждого дневника должна быть подпись куратора.

Заключительный клинический диагноз

Необходимо записать заключительный клинический диагноз.

Прогноз. профилактика

Необходимо указать прогноз для жизни, здоровья и трудоспособности пациентки. Определить методы профилактики данного заболевания, длительность диспансерного наблюдения, критерии излеченности.

Эпикриз

В эпикризе указываются:

1. Ф. И. О. пациентки, возраст, домашний адрес.
 2. Дата и время поступления. Дата выписки. Лечебное учреждение и отделение, где находилась пациентка.
 3. Диагноз направившего учреждения.
 4. Заключительный клинический диагноз.
 5. Проведенное обследование и лечение. Проведенные трансфузии компонентов крови, осложнения.
 6. Ответ гистологического исследования биопсийного материала.
 7. Проведенные оперативные вмешательства, осложнения. Состояние раны на промежности или передней брюшной стенке при выписке, сняты ли швы.
 8. Проведенные консультации специалистов, в т. ч. смежных.
 9. Гинекологический статус при выписке.
 10. Длительность больничного листа или справки, дата следующего посещения акушера-гинеколога, если пациентка продолжает болеть.
 11. Анализ эффективности лечения больной в стационаре.
 12. Рекомендации при выписке:
 - по режиму труда и отдыха, питанию, гигиене;
 - длительности полового покоя;
 - методу и продолжительности контрацепции;
 - необходимому амбулаторному лечению (обосновать применение лекарственных средств с указанием цели, дозы, кратности и способа введения, длительности курса лечения; обосновать назначение ФТЛ, санаторно-курортного лечения и др.);
 - необходимости оперативного лечения;
 - длительности диспансерного наблюдения.
- В конце ставится подпись куратора.

Оглавление

| | |
|--|----|
| Общие сведения..... | 4 |
| Общий анамнез..... | 5 |
| Гинекологический анамнез..... | 6 |
| Объективное исследование..... | 7 |
| Специальное гинекологическое исследование..... | 9 |
| Дополнительные методы обследования..... | 12 |
| Дифференциальный диагноз..... | 16 |
| Предварительный диагноз и его обоснование..... | 18 |
| Лечение данного заболевания..... | 19 |
| Дневники наблюдения..... | 19 |
| Заключительный клинический диагноз..... | 19 |
| Прогноз. Профилактика..... | 19 |
| Эпикриз..... | 20 |

Учебное издание

Акулич Наталья Станиславовна
Васильева Людмила Николаевна
Вербицкий Вячеслав Сигизмундович
Гуляева Людмила Станиславовна

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная вёрстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 21.05.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 0,9. Тираж 250 экз. Заказ 732.
Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

