



Российское общество
акушеров-гинекологов



НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

ГИНЕКОЛОГИЯ

КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ

Главные редакторы

Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов,
В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин

Ответственный редактор

И.И. Баранов

2-е издание,
переработанное
и дополненное

Подготовлено под эгидой

Российского общества акушеров-гинекологов



Москва

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	10
Участники издания	11
Благодарности	25
Список сокращений и условных обозначений	26
Раздел 1. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ	29
Глава 1. Клинические методы диагностики (<i>Манухин И.Б., Манухина Е.И., Нестерова Л.А., Гусева Е.В.</i>)	30
Глава 2. Лабораторные методы исследования	42
2.1. Определение гормонов в сыворотке крови (<i>Иванец Т.Ю.</i>)	42
2.2. Микробиологические методы исследования (<i>Припутневиг Т.В., Савигова А.М.</i>)	50
2.3. Иммунологические исследования (<i>Крегетова Л.В., Ванько Л.В.</i>)	61
2.4. Молекулярно-генетические методы в практике гинеколога (<i>Донников А.Е., Трофимов Д.Ю.</i>)	68
2.5. Цитологический метод в диагностике заболеваний шейки матки (<i>Минкина Г.Н.</i>)	75
Глава 3. Инструментальные методы исследования	80
3.1. Ультразвуковое исследование органов малого таза (<i>Демидов В.Н., Гус А.И.</i>)	80
3.2. Кольпоскопия (<i>Прилепская В.Н., Костава М.Н.</i>)	95
3.3. Биопсия шейки матки (<i>Байрамова Г.Р.</i>)	99
3.4. Зондирование матки (<i>Белоцерковцева Л.Д.</i>)	102
3.5. Аспирационная биопсия эндометрия (<i>Белоцерковцева Л.Д.</i>)	104
3.6. Гистероскопия (<i>Бреусенко В.Г., Каптушева Л.М., Баисова Б.И.</i>)	107
3.7. Гистеросальпингография, гидросонография (<i>Радзинский В.Е., Краснова И.А.</i>)	111
3.8. Лапароскопия как метод диагностики гинекологических заболеваний (<i>Каптушева Л.М., Штыров С.В.</i>)	123
3.9. Магнитно-резонансная томография органов малого таза (<i>Бытенко В.Г.</i>)	130
3.10. Ультразвуковое исследование молочных желез (<i>Габуния М.С.</i>)	145
Раздел 2. НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	149
Глава 4. Нормальный менструальный цикл (<i>Хашукоева А.З.</i>)	150

Раздел 3. ТАЗОВЫЕ БОЛИ	159
Глава 5. Тазовые боли (<i>Радзинский В.Е., Яроцкая Е.Л., Оразов М.Р.</i>)	160
Раздел 4. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	169
Глава 6. Эндокринные расстройства в репродуктивном периоде	170
6.1. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного периода (<i>Чернуха Г.Е.</i>)	170
6.2. Аменорея (<i>Чернуха Г.Е., Марченко Л.А.</i>)	175
6.3. Синдром поликистозных яичников (<i>Чернуха Г.Е.</i>)	185
6.4. Метаболический синдром (<i>Андреева Е.Н.</i>)	190
6.5. Предменструальный синдром (<i>Балан В.Е.</i>)	200
6.6. Синдром после тотальной овариоэктомии (<i>Юренева С.В.</i>)	207
6.7. Постгистерэктомический синдром (<i>Подзолкова Н.М.</i>)	217
6.8. Гиперпролактинемия (<i>Подзолкова Н.М.</i>)	220
Глава 7. Сексуальные нарушения у женщин (<i>Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф.</i>)	227
Глава 8. Патология пери- и постменопаузы	238
8.1. Климактерический синдром (<i>Юренева С.В.</i>)	238
8.2. Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде. Генитоуринарный синдром (<i>Балан В.Е., Юренева С.В.,</i> <i>Аполихина И.А., Ермакова Е.И.</i>)	253
8.3. Кровотечения в перименопаузе и постменопаузе (<i>Бреусенко В.Г.</i>)	265
8.4. Постменопаузальный остеопороз (<i>Юренева С.В.</i>) ...	269
Раздел 5. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	287
Глава 9. Доброкачественные заболевания половых органов	288
9.1. Гиперпластические процессы эндометрия (<i>Бреусенко В.Г., Чернуха Г.Е.</i>)	288
9.2. Миома матки (<i>Адамян Л.В., Стрижаков А.Н.,</i> <i>Пекарев О.Г., Тихомиров А.Л., Краснова И.А.,</i> <i>Кира Е.Ф.</i>)	293
9.3. Эндометриоз (<i>Адамян Л.В., Стрижаков А.Н.</i>)	314
9.4. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников (<i>Соломатина А.А.</i>)	329

Глава 10. Злокачественные новообразования	
женских половых органов	351
10.1. Рак вульвы (<i>Ашрафян Л.А.</i>)	351
10.2. Рак влагалища (<i>Жордания К.И., Паяниди Ю.Г.</i>) ...	359
10.3. Рак шейки матки (<i>Ашрафян Л.А.</i>)	362
10.4. Рак эндометрия (<i>Новикова Е.Г.</i>)	370
10.5. Рак маточной трубы (<i>Ашрафян Л.А.</i>)	378
10.6. Злокачественные новообразования яичников (<i>Жордания К.И., Паяниди Ю.Г.</i>)	381

**Раздел 6. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ
И ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ** 409

Глава 11. Нормальная микрофлора влагалища (<i>Савигова А.М.</i>)	410
--	-----

Глава 12. Бактериальный вагиноз и клинические формы воспалительных заболеваний органов малого таза	415
12.1. Бактериальный вагиноз (<i>Кира Е.Ф.</i>)	415
12.2. Вульвовагинальный кандидоз (<i>Байрамова Г.Р.</i>) ...	431
12.3. Вульвовагиниты (<i>Малышкина А.И.</i>)	442
12.4. Бартолинит (<i>Доброхотова Ю.Э.</i>)	450
12.5. Экзо- и эндоцервициты (<i>Зарогенцева Н.В.</i>)	456
12.6. Воспалительные заболевания матки	461
12.6.1. Острый эндометрит (<i>Духин А.О., Хамошина М.Б.</i>)	461
12.6.2. Хронический эндометрит (<i>Маргенко Л.А.</i>) ...	467
12.7. Гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза (<i>Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Белоцерковцева Л.Д., Шукина Н.А.</i>)	474

Глава 13. Инфекционно-воспалительные заболевания специфической этиологии.	496
13.1. Папилломавирусная инфекция половых органов (<i>Прилепская В.Н., Минкина Г.Н.</i>)	496
13.2. Генитальный герпес (<i>Маргенко Л.А.</i>)	504
13.3. Цитомегаловирусная инфекция (<i>Кузьмин В.Н.</i>) ...	512
13.4. Урогенитальная микоплазменная инфекция (<i>Кузьмин В.Н.</i>)	518
13.5. Урогенитальная хламидийная инфекция (<i>Баранов И.И., Дубровина С.О.</i>)	523
13.6. Урогенитальный трихомониаз (<i>Межевитинова Е.А.</i>)	527
13.7. Гонорея (<i>Евсеев А.А.</i>)	534

13.8. Туберкулез женских половых органов (Евсеев А.А.)	543
13.9. Сифилис (Евсеев А.А.)	550
13.10. ВИЧ-инфекция и СПИД (Баранов И.И., Рымашевский А.Н.)	559
Глава 14. Доброкачественные заболевания вульвы, влагалища и шейки матки	565
14.1. Дистрофические заболевания вульвы (Роговская С.И., Костава М.Н.)	565
14.2. Доброкачественные заболевания шейки матки	572
14.2.1. Эктопия цилиндрического эпителия шейки матки (Зарогенцева Н.В.)	572
14.2.2. Эрозия шейки матки (Зарогенцева Н.В.)	576
14.2.3. Эктропион (Зарогенцева Н.В.)	580
14.2.4. Лейкоплакия (Прилепская В.Н., Костава М.Н.)	583
14.3. Дисплазии шейки матки (Минкина Г.Н.)	590
Глава 15. Вакцинопрофилактика	596
15.1. Вакцины против папилломавируса как средство профилактики цервикального рака (Краснопольский В.И., Прилепская В.Н., Зарогенцева Н.В.)	596
Раздел 7. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	607
Глава 16. Пороки развития женских половых органов (Адамян Л.В., Хашукова А.З.)	608
Раздел 8. ПРОЛАПС И СВИЩИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ	629
Глава 17. Генитальные свищи (Краснопольский В.И., Буянова С.Н.)	630
Глава 18. Пропалс тазовых органов (Краснопольский В.И., Шукина Н.А.)	652
18.1. Манчестерская операция (Каптушева Л.М.)	662
Глава 19. Недержание мочи (Буянова С.Н., Аполихина И.А., Мгелиашвили М.В., Чегнева М.А.)	670
19.1. Слинговые операции (Каптушева Л.М.)	685
Раздел 9. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИИ	695
Глава 20. Острый живот в гинекологии (Савельева Г.М.)	696
20.1. Перфорация матки (Савельева Г.М., Каухова Е.Н.)	699

20.2. Апоплексия яичника (<i>Савельева Г.М.</i>)	702
20.3. Перекрут ножки опухоли яичников (придатков матки) (<i>Соломатина А.А., Малышкина А.И.</i>)	706
20.4. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла (<i>Савельева Г.М.</i>)	710
20.5. Внематочная беременность (<i>Стрижаков А.Н., Игнатко И.В.</i>)	713
20.6. Пельвиоперитонит, перитонит (<i>Савельева Г.М., Евсеев А.А.</i>)	724
Глава 21. Неотложные состояния в гинекологии	733
21.1. Самопроизвольный аборт в I триместре беременности (<i>Дикке Г.Б., Баранов И.И.</i>)	733
21.2. Шок геморрагический (<i>Пырегов А.В., Баранов И.И.</i>)	741
21.3. Сепсис и септический шок (<i>Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е.</i>)	746
Раздел 10. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	755
Глава 22. Техника оперативных вмешательств в гинекологии	756
22.1. Киста гартнерова хода (<i>Гришин И.И.</i>)	756
22.2. Рассечение перегородки влагалища (<i>Доброхотова Ю.Э.</i>)	758
22.3. Оперативные вмешательства на шейке матки (<i>Фирингенко С.В.</i>)	760
22.4. Операции при внутриматочных заболеваниях (<i>Бреусенко В.Г., Капнушева Л.М.</i>)	772
22.5. Операции на матке	785
22.5.1. Операции на матке с использованием лапароскопического доступа	785
Лапароскопическая миомэктомия (<i>Киселев С.И.</i>)	785
Лапароскопическая гистерэктомия (<i>Попов А.А.</i>)	790
Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (экстирпация матки) (<i>Хабас Г.Н.</i>)	794
22.5.2. Операции на матке с использованием лапаротомического доступа (<i>Чупрынин В.Д., Хилькевич Е.Г.</i>)	799
22.5.3. Влагалищная экстирпация матки (<i>Капнушева Л.М.</i>)	811

22.6. Операции на придатках матки	816
22.6.1. Операции на придатках с использованием лапароскопического доступа (Штыров С.В., Козагенов А.В.)	816
22.6.2. Операции на придатках с использованием лапаротомического доступа (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.)	825
22.7. Осложнения лапароскопических вмешательств и их профилактика (Азиев О.В.)	829
22.8. Эндovasкулярные вмешательства в гинекологию (Капранов С.А.)	838
22.9. Робот-ассистированная лапароскопия в гинекологии (Кира Е.Ф.)	851

Раздел 11. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

И КОНТРАЦЕПЦИЯ.	857
------------------------------	-----

Глава 23. Репродуктивное здоровье населения

России (Хамошина М.Б., Костин И.Н.)	858
---	-----

Глава 24. Предупреждение нежелательной

беременности. Методы контрацепции	860
---	-----

24.1. Гормональная контрацепция (Прилепская В.Н.) ...	860
---	-----

24.2. Внутриматочная контрацепция (Прилепская В.Н.)	880
---	-----

24.3. Барьерные методы контрацепции (Межевитинова Е.А.)	887
---	-----

24.4. Физиологические (естественные) методы контрацепции (Межевитинова Е.А.)	892
--	-----

24.5. Женская хирургическая контрацепция (Адамян Л.В., Данилов А.Ю.)	895
--	-----

24.6. Мужская контрацепция (Гамидов С.И.)	899
---	-----

Раздел 12. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.	901
---	-----

Глава 25. Бесплодный брак (Радзинский В.Е.,

Краснопольская К.В.)	902
----------------------------	-----

25.1. Трубное и перитонеальное бесплодие (Малышкина А.И.)	902
---	-----

25.2. Эндометриоз и бесплодие (Смольникова В.Ю.) ...	904
--	-----

25.3. Маточные формы бесплодия (Краснопольская К.В.)	914
--	-----

25.4. Мужское бесплодие (Гамидов С.И., Попова А.Ю., Шатылко Т.В.)	916
---	-----

25.5. Вспомогательные репродуктивные технологии (Краснопольская К.В.)	921
---	-----

25.6. Осложнения вспомогательных репродуктивных технологий (Калинина Е.А.)	930
25.6.1. Синдром гиперстимуляции яичников (Корнеева И.Е., Перминова С.Г.)	938
25.7. Онкофертильность (Курцер М.А., Короленкова Л.И.)	957

Раздел 13. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	963
------------------------------	-----

Глава 26. Нарушения полового развития и гинекологические заболевания детей и подростков	964
--	-----

26.1. Нарушение полового развития (Уварова Е.В., Кумыкова З.Х.)	964
26.2. Пороки (аномалии) развития влагалища и матки у девочек (Уварова Е.В., Чупрынин В.Д., Батырова З.К.)	981
26.3. Дисменорея пубертатного периода (Уварова Е.В., Хащенко Е.П.)	989
26.4. Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде (Уварова Е.В., Сальникова И.А.)	995
26.5. Олигоменорея и аменорея у подростков (Уварова Е.В., Андреева В.О., Хащенко Е.П.)	1005
26.6. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек (Уварова Е.В., Батырова З.К., Казакова А.В.)	1012
26.7. Сращения малых половых губ у девочек (Уварова Е.В., Батырова З.К., Латыпова Н.Х.)	1019
26.8. Сальпингит и сальпингоофорит у девочек (Хамошина М.Б.)	1022
26.9. Опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (Уварова Е.В., Соломатина А.А., Карагенцева И.В., Короткова С.А.)	1028

Раздел 14. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	1035
--	-------------

Глава 27. Доброкачественные заболевания молочных желез (Родионов В.В., Сметник А.А.)	1036
---	-------------

Клинические методы диагностики

1.1. АНАМНЕЗ

Правильно собранный анамнез позволяет поставить предварительный диагноз, определить характер поражения репродуктивной системы и запланировать последовательность применения методов диагностики.

Схемы сбора анамнеза:

- 1) основная жалоба;
- 2) сопутствующие жалобы;
- 3) перенесенные соматические и другие заболевания;
- 4) семейный анамнез;
- 5) образ жизни, питания, вредные привычки, условия труда и быта;
- 6) менструальная и репродуктивная функция, в том числе исходы предыдущих беременностей и родов, характер контрацепции;
- 7) гинекологические заболевания, в том числе секреторная и половая функции, заболевания мужа (партнера);
- 8) история настоящего заболевания.

У пациенток обычно бывает много жалоб, среди которых наиболее часто встречаются боли, бели, кровянистые выделения из половых путей, нарушения менструального цикла. Кроме основных жалоб, выделяют и сопутствующие, о которых пациентки сообщают после дополнительных наводящих вопросов.

Важное значение для выяснения характера гинекологических заболеваний имеют сведения о перенесенных соматических заболеваниях, их течении, приеме лекарственных средств, оперативных вмешательствах по поводу акушерско-гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Особое внимание

уделяется инфекционным заболеваниям, перенесенным в детском возрасте и в период полового созревания. Высокая частота инфекционных заболеваний нередко оказывает неблагоприятное влияние на процесс становления центров, регулирующих функцию репродуктивной системы, что вызывает расстройства менструального цикла, репродуктивной функции и развитие нейроэндокринных заболеваний.

Необходимо учитывать перенесенные не только острые инфекционные заболевания (скарлатина, паротит, корь, дифтерия, грипп), но и хронические — рецидивирующий тонзиллит, аденоиды, пиелонефрит, ревматизм, повторные проявления герпеса.

С учетом наследственной обусловленности многих заболеваний следует получить сведения о психических заболеваниях, эндокринных расстройствах (патология функции надпочечников, диабет, гипертиреоз и др.), о наличии опухолей (миома, рак половых органов и молочной железы), патологии сердечно-сосудистой системы у родственников первого, второго и более отдаленных поколений. Помимо обычных вопросов, касающихся семейного анамнеза, у женщин с нарушениями менструального цикла, бесплодием, избыточным оволосением необходимо выяснить, имеются ли у ближайших родственников (матери, отца, сестер, кровных родственниц матери и отца) ожирение, гирсутизм, олигоменорея, было ли невынашивание беременности на ранних сроках.

Важные сведения может получить врач, выясняя образ жизни, питания, вредные привычки пациентки. Повышение аппетита и жажда бывают признаками сахарного диабета (СД) и могут объяснить причины упорных кандидозов влагалища и зуда вульвы. Жалуясь на отсутствие менструации, девушки и молодые женщины обычно без наводящего вопроса не сообщают, а иногда и тщательно скрывают, что они соблюдают диету, добиваясь «модной» фигуры.

При сборе анамнеза необходимо интересоваться характером работы и условиями быта пациентки. Интенсивные занятия спортом, нерациональное питание, работа с органическими растворителями могут явиться причиной нарушения менструального цикла, ановуляции, бесплодия. Как правило, эти сведения больная не сообщает, не придавая им должного значения. Знакомление с профессией больной помогает объяснить возникновение дополнительных осложнений (интоксикация, нервные перегрузки, аллергия).

Для распознавания гинекологических заболеваний важнейшее значение имеют данные о менструальной, детородной, секреторной и половой функциях.

Возраст наступления менархе — первой менструации — один из основных признаков полового созревания женского организма. В среднем возраст наступления менархе составляет 12–13 лет и зависит от физического развития организма, питания, перенесенных заболеваний, наследственных факторов. Более поздний возраст наступления менархе, сочетающийся с отставанием в физическом развитии, может свидетельствовать о задержке полового развития. О преждевременном половом созревании можно думать в случаях несоответствия (опережения) биологического возраста календарному и при наступлении менархе до 12 лет.

В случае если пациентка находится в постменопаузальном периоде, уточняют возраст, в котором наступила менопауза, т.е. последняя менструация, которая в среднем бывает в возрасте 50,8 года. В результате нарушения функций нейрогуморальной регуляции, при наличии органической патологии половых органов и системных заболеваний возникают расстройства менструальной функции. В связи с этим пациентки могут предъявлять жалобы, связанные с различными изменениями менструального цикла:

- отсутствие менструального цикла в течение нескольких месяцев;
- изменение объема кровопотери (больше или меньше) и характера выделений (жидкая кровь или сгустки) при менструации;
- изменение характера менструального цикла (регулярный или нерегулярный);
- появление межменструальных (ациклических) кровяных выделений;
- болевой синдромом перед, во время и после менструации.

Нарушения менструального цикла могут быть симптомами функциональных или органических нарушений репродуктивной системы.

Полипы цервикального канала и/или эндометрия или гиперпластические процессы эндометрия могут быть причиной кровотечения в межменструальный период. У пациентки выясняют, не бывает ли кровяных выделений вне менструаций (меноррагии). Злокачественные опухоли шейки или тела матки могут также проявлять себя кровотечениями. Контактные кровотечения после или при половом акте наиболее характерны для рака шейки матки (РШМ). Кровотечения в постменопаузе могут быть проявлением рака тела матки. Гормонально-активные опухоли (гранулезотекочеточные, текомы) нередко сопровождаются маточными кровотечениями.

Распространенной причиной развития маточного кровотечения, особенно у подростков, являются нарушения гемостаза: болезнь Виллебранда, идиопатическая тромбоцитопеническая

пурпура и дефицит факторов II, V, VII, X свертывания. Заболевания печени могут влиять на метаболизм эстрогенов. Кроме того, может быть снижен синтез факторов свертывания в печени. При заболеваниях почек уменьшается экскреция эстрогенов и прогестерона. Часто приводит к развитию маточных кровотечений прием стероидных гормонов, нейролептиков, антикоагулянтов и цитостатиков.

Маточное кровотечение детородного возраста может быть связано с беременностью. Данные акушерского анамнеза должны включать сведения о количестве детей, их возрасте, массе тела при рождении, количестве самопроизвольных (СПА) и искусственных аборт, сроках беременности, когда они произошли, осложнениях. При опросе важно получить информацию о патологии во время беременности, родов и послеродового периода. Гинекологические заболевания могут быть как причиной нарушений репродуктивной функции (бесплодие, СПА, аномалии родовой деятельности), так и их следствием (воспалительные заболевания, возникшие после абортов и родов, нейроэндокринные нарушения после обильных кровотечений у рожениц и родильниц, последствия акушерских травм).

Следует выяснить, применяет ли женщина противозачаточные средства, какие именно (внутриматочные, гормональные, местные), их эффективность и побочные проявления. Эти данные могут объяснить осложнения, возникающие иногда в результате нерационального применения противозачаточных средств (воспалительные заболевания, расстройства менструального цикла).

Заболевания мужа (или полового партнера) интересуют акушера-гинеколога в связи с частотой гинекологических заболеваний, обусловленных инфекцией, передающейся половым путем. Следует выяснить наличие у мужа уретрита, орхита, результат анализа спермограммы, так как это может внести ясность в оценку причин бесплодия.

Перед переходом к обследованию следует кратко обобщить данные анамнеза, в связи с этим особое внимание уделяют истории настоящего заболевания. Уточняют длительность заболевания, факторы, способствующие началу заболевания, анализируют результаты проведенного обследования.

1.2. ОБЩИЙ ОСМОТР

Цель общего осмотра — изучение конституции пациентки, т.е. типа телосложения и связанных с ним функциональных особенностей.

1.2.1. Оценка антропометрических параметров

При осмотре женщины обращают внимание на рост и массу тела, телосложение, развитие жировой ткани и особенности ее распределения, проводят так называемую типобиологическую оценку. Различают мужской и евнухоидный типы телосложения. Мужской тип, в свою очередь, имеет две стадии оужествления:

- мужской тип: увеличение межакромиального расстояния, увеличение окружности грудной клетки, уменьшение межвертельного размера, увеличение длины тела (высокий рост, широкие плечи, узкий таз);
- вирильный тип: увеличение межакромиального размера, уменьшение длины ног, уменьшение межвертельного размера (средний рост, короткие ноги, длинное туловище, широкие плечи, узкий таз).

Совокупность признаков, наблюдающихся у женщин и характеризующихся появлением мужских черт, называют вирилизмом.

Для евнухоидного типа характерны увеличение длины тела, увеличение длины ног, равные межакромиальные и межвертельные размеры. При гиперандрогении (ГА) в пубертатном периоде в зависимости от степени ее выраженности формируется мужской или вирильный тип телосложения. При недостаточности гормональной функции яичников телосложение приобретает евнухоидные черты.

Определение длины и массы тела позволяет оценить степень превышения массы тела по индексу массы тела (ИМТ): отношение массы тела в килограммах к длине тела в метрах, возведенной в квадрат:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{длина тела в квадрате (м}^2\text{)}.$$

Частота метаболических нарушений (гипергликемия, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, гипертония, атеросклероз и др.) четко положительно коррелирует с ИМТ. В норме ИМТ женщины репродуктивного возраста должен составлять 20–26. ИМТ, равный 26–30, свидетельствует о низкой вероятности возникновения метаболических нарушений, свыше 30 — о средней степени риска их развития, свыше 40 — о высокой степени риска развития метаболических нарушений. Значения индекса от 30 до 40 соответствуют III степени ожирения (превышение массы тела на 50%), а значение индекса свыше 40 — о IV степени ожирения (превышение массы тела на 100%).

При избыточной массе тела необходимо выяснить, когда началось ожирение: с детства, в пубертатном возрасте, после начала половой жизни, после аборт или родов.

Помимо наличия ожирения, необходимо определить его тип, т.е. характер распределения жировой ткани. Тип ожирения определяется по отношению размеров объема талии к окружности бедер. Андроидный (мужской, кушингоидный, висцеральный) тип ожирения — с преимущественным отложением жировой ткани в области передней брюшной стенки живота, плечевом поясе, а также в мезентерии; отношение окружности талии к окружности бедер $>0,85$. Гиноидный (женский) тип ожирения характеризуется отложением жировой ткани в области бедер и ягодиц, отношение окружности талии к окружности бедер $<0,85$. Индекс окружности талии/окружности бедер $>0,85$ при наличии ожирения свидетельствует о риске развития таких метаболических нарушений, как инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия, нарушение толерантности к глюкозе по диабетическому типу и гиперлипидемия.

При необходимости проводят оценку фенотипических особенностей в целях выявления у больных дисплазий и дисморфий, характерных для разных форм нарушения развития половых желез (дисгенезия гонад). Важное диагностическое значение имеют микро- и ретрогнатия, арковидное нёбо, широкая плоская переносица, низко расположенные ушные раковины, низкий рост, короткая шея с кожными складками, идущими от сосцевидных отростков к плечам (крыловидные складки), бочкообразная грудная клетка с вдавлением тела грудины, вальгусная девиация локтевых суставов, гипоплазия ногтей, обилие родимых пятен.

1.2.2. Состояние кожи и кожных покровов

Кожа — зеркало эндокринной системы. Необходимо обращать внимание на характер оволосения, особенно избыточного, время его появления (до или после менархе), состояние кожи (повышенная сальность, наличие акне, фолликулов, повышенной пористости), наиболее хорошо заметное на лице и спине; следует отметить наличие полос растяжения на коже, их цвет, число и растяжение, время их появления, особенно у нерожавших женщин.

Оценка степени оволосения (гирсутизма) производится по балльной системе оценки (см. главу 6.3 «Синдром поликистозных яичников»).

1.3. ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА

Пальпацию живота необходимо проводить достаточно осторожно и по определенным правилам. В акте исследования должны участвовать не только концы пальцев, но и кисти обеих рук,

которыми постепенно исследуют весь живот. Особого внимания и осторожности требует пальпация тех участков, в которых отмечают болезненность.

Таблица 1.1. Характер болевого синдрома при острой патологии в брюшной полости

Причина боли	Характер боли
Прервавшаяся трубная беременность по типу трубного аборта	Схваткообразная боль внизу живота, больше с пораженной стороны
Прервавшаяся трубная беременность по типу разрыва трубы	Острая внезапная боль с пораженной стороны с геморрагическим шоком
Перекрыт ножки опухоли яичника	Резкая внезапная боль внизу живота. Часто сопровождается тошнотой и рвотой
Некроз миоматозного узла	Постепенно нарастающая боль внизу живота
Острый аппендицит	Боль в правой подвздошной области. Начинается в эпигастрии, а затем смещается в правую подвздошную область
Перфорация язвы	Интенсивная внезапная (кинжальная) боль
Почечная колика	Острая приступообразная боль в боковых отделах живота (больная мечется в постели). Иррадиация по внутренней поверхности бедер в пах, половые органы
Непроходимость кишечника	Острая схваткообразная боль, ослабевающая при давлении на живот
Тромбоз мезентериальных сосудов. Перитонит	Резкая боль по всему животу. Боль различной интенсивности и локализации по всему животу с симптомами разрушения брюшины
Острый панкреатит	Интенсивная боль в подложечной области с иррадиацией влево и за грудину. Опоясывающая боль

Нередко при пальпации живота обнаруживают образование, напоминающее опухоль. Однако это может оказаться не опухолью, а беременной маткой или переполненным мочевым пузы-

рем. В связи с этим каждая женщина перед гинекологическим исследованием должна опорожнить мочевой пузырь. Парадоксальная ишурия — особое состояние, при котором при самопроизвольном мочеиспускании пузырь полностью не опорожняется, хотя пациентка этого не ощущает. Катетеризация мочевого пузыря позволяет провести дифференциальную диагностику. При выявлении опухоли необходимо уточнить следующие ее особенности: размеры, консистенцию, болезненность, подвижность и особенно смещаемость полюсов. Если определяемая опухоль исходит из органов малого таза, то нередко выявляют значительно большую смещаемость ее верхнего полюса, в то время как нижний может быть фиксированным.

1.4. ПАЛЬПАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Важным этапом гинекологического обследования являются осмотр и пальпация молочных желез. Осмотр проводят в положении женщины стоя и лежа с последовательной пальпацией наружных и внутренних квадрантов железы. Необходимо обращать внимание на строение молочных желез, их размеры (гипоплазия, гипертрофия, трофические изменения).

У всех пациенток определяют, имеется ли отделяемое из сосков (цвет, консистенция и характер). Выделения коричневого цвета или с примесью крови указывают на возможный злокачественный процесс или папиллярные разрастания в протоках молочной железы; жидкое прозрачное или зеленоватое отделяемое характерно для кистозных изменений в органе. Большое диагностическое значение имеет обнаружение выделения молока или молозива при надавливании на околососковое поле. Наличие этого типа выделений при аменорее или олигоменорее позволяет заподозрить синдром галактореи–аменорее — одной из форм гипоталамических нарушений репродуктивной функции. Пальпация молочных желез позволяет заподозрить фиброзно-кистозную мастопатию.

При выявлении фиброзно-кистозной мастопатии необходимо назначить ультразвуковое исследование (УЗИ) и маммографию.

1.5. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Гинекологическое обследование проводят в следующем порядке: осматривают лобок, большие и малые половые губы, задний проход. Отмечают состояние кожи, характер оволосения, наличие объемных образований, пальпируют подо-

зрительные участки. Осматривают следующие анатомические структуры: малые половые губы, клитор, наружное отверстие мочеиспускательного канала, вход во влагалище, девственную плеву, промежность, задний проход. При подозрении на заболелание малых желез преддверия их пальпируют, надавливая на нижнюю часть мочеиспускательного канала через переднюю стенку влагалища. Если в анамнезе есть указания на объемные образования больших половых губ, пальпируют большие железы преддверия. При пальпации малых половых губ можно обнаружить эпидермальные кисты.

1.5.1. Осмотр наружных половых органов

Специальное гинекологическое исследование разделяют на три вида: влагалищное, ректальное и ректовагинальное. Влагалищное и ректовагинальное исследования по своим возможностям дают значительно больше информации, чем одно ректальное. Чаще ректальное исследование используют у девочек или у женщин, не живущих половой жизнью.

Наличие гипоплазии малых и больших губ, бледность и сухость слизистой оболочки влагалища служат клиническими проявлениями гипоэстрогении.

«Сочность», цианотичность окраски слизистой оболочки вульвы, обильный прозрачный секрет считают признаками повышенного уровня эстрогенов. Во время беременности цвет слизистых оболочек приобретает цианотичную окраску, интенсивность которой тем более выражена, чем больше срок беременности. Гипоплазия малых губ, увеличение головки клитора, увеличение расстояния между основанием клитора и наружным отверстием мочеиспускательного канала (более 2 см) в сочетании с гипертрихозом указывают на гиперандрогению. Эти признаки характерны для врожденной вирилизации, которую наблюдают только при одной эндокринной патологии — врожденной гиперплазии коры надпочечников (адреногенитальный синдром). Подобные изменения строения наружных половых органов при резко выраженной вирилизации (гипертрихоз, огрубение голоса, аменорея, атрофия молочных желез) позволяют исключить диагноз вирилизующей опухоли (как яичников, так и надпочечников), поскольку опухоль развивается в постнатальном периоде, а врожденная гиперплазия коры надпочечников — врожденная патология, развивающаяся антенатально, в период формирования наружных половых органов.

У рожавших обращают внимание на состояние промежности и половой щели.

При нормальных анатомических взаимоотношениях тканей промежности половая щель обычно сомкнута, и только при резком натуживании слегка раскрывается. При различных нарушениях целостности мышц тазового дна, развивающихся, как правило, после родов, даже легкое напряжение приводит к заметному зиянию половой щели и опущению стенок влагалища с образованием цисто- и ректоцеле. Нередко при натуживании наблюдают выпадение матки, непроизвольное мочеиспускание.

После осмотра и пальпации наружных половых органов переходят к осмотру влагалища и шейки с помощью зеркал.

1.5.2. Осмотр шейки матки при помощи зеркал

Женщинам, живущим половой жизнью, подходят влагалищные самодержащиеся зеркала Педерсона или Грейва, Куско, а также ложкообразное зеркало и подъемник. Створчатые самодержащиеся зеркала типа Куско применяют широко, так как при их использовании не нужен помощник и с их помощью можно не только осмотреть стенки влагалища и шейку матки, но и провести некоторые лечебные процедуры и операции.

Выбирают наименьшее зеркало, позволяющее произвести полноценный осмотр влагалища и шейки матки. Створчатые зеркала вводят во влагалище в сомкнутом виде косо по отношению к половой щели. Продвинув зеркало до половины, поворачивают его винтовой частью вниз, одновременно продвигают вглубь и раздвигают зеркало так, чтобы влагалищная часть шейки матки оказалась между раздвинутыми концами створок. При помощи винта фиксируют нужную степень расширения влагалища.

Во время исследования с помощью зеркал определяют состояние стенок влагалища (характер складчатости, цвет слизистой оболочки, изъязвления, разрастания, опухоли, врожденные или приобретенные анатомические изменения), шейки матки (величину и форму: цилиндрическая, коническая; форму наружного зева: круглая у нерожавших, в виде поперечной щели у рожавших; различные патологические состояния: разрывы, эктопии, эрозии, эктропион, опухоли), а также характер выделений.

Осматривая стенки влагалища и шейку матки при жалобах пациентки на кровяные выделения из наружного маточного зева вне менструации, следует исключить злокачественную опухоль шейки. При цервиците наблюдают слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, гиперемии, эрозии шейки матки. Полипы могут быть расположены как на влагалищной порции шейки матки, так и в ее канале. Они могут быть единичными и множественными.

В шейке матки могут визуализироваться закрытые железы (*ovulae nabothi*) и эндометриоидные гетеротопии. Отличительной особенностью последних является зависимость их размера от фазы менструального цикла, а также появление кровяных выделений из эндометриоидных гетеротопий незадолго до и во время менструации.

Особое внимание обращают на своды влагалища: осматривать их трудно, однако в них могут быть расположены объемные образования и остроконечные кондиломы. После удаления зеркал проводят бимануальное влагалищное исследование.

1.5.3. Бимануальное влагалищное исследование

Определяют размеры, форму, консистенцию как шейки матки, так и тела матки, пальпируют область придатков. В норме матка подвижна, длина ее вместе с шейкой составляет 7–10 см, у нерожавшей женщины несколько меньше, чем у рожавшей. Уменьшение матки возможно при инфантильности, в климактерическом периоде и постменопаузе. Увеличение матки наблюдают при опухолях (миома, саркома) и при беременности. Форма матки в норме грушевидная, несколько уплощенная спереди назад. При беременности матка шарообразная, при опухолях — неправильной формы. Консистенция матки в норме тугоэластичная, при беременности стенка размягчена, при фибромиомах — уплотнена. Матка может «флюктуировать», что характерно для гемато- и пиометры. Положение матки: наклон (*versio*), перегиб (*flexio*), смещение по горизонтальной оси (*positio*), по вертикальной оси (*elevatio, prolapsus, descensus*) — имеет очень большое значение. В норме матка расположена в центре малого таза, дно ее находится на уровне входа в малый таз. Шейка и тело матки образуют угол, открытый кпереди (*anteflexio*). Вся матка несколько наклонена кпереди (*anteversio*). Положение матки меняется при изменении положения туловища, при переполнении мочевого пузыря и прямой кишки. При опухолях в области придатков матка бывает смещена в противоположную сторону, при воспалительных процессах — в сторону воспаления.

Болезненность матки при пальпации отмечают только при патологических процессах. В норме, особенно у рожавших женщин, матка обладает достаточной подвижностью. При опущении и выпадении матки подвижность ее становится чрезмерной за счет расслабления связочного аппарата. Ограниченную подвижность наблюдают при инфильтратах параметральной клетчатки, связи матки с опухолями. После исследования матки приступают к пальпации придатков — яичников и маточных труб.

1.5.4. Ректовагинальное исследование

Обычно проводят в постменопаузе. Некоторые исследователи предлагают его проводить всем женщинам старше 40 лет для исключения сопутствующих заболеваний прямой кишки. При ректальном исследовании определяют тонус сфинктера прямой кишки, состояние сфинктера, исключают объемные образования (опухоль, геморроидальные узлы).

1.6. ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

В современной гинекологической практике используют метод измерения базальной температуры. Существует несколько типов кривых ректальной температуры, имеющих диагностическое значение.

- *Первый тип* (нормальный двухфазный менструальный цикл). Гипотермическая фаза после овуляции (примерно с 14-го дня менструального цикла) заканчивается гипертермической фазой, причем температура повышается не менее чем на 0,4–0,8 °С. Двухфазная кривая базальной температуры указывает на правильное чередование фолликулярной и прогестероновой фаз и подтверждает, что менструальный цикл овуляторный, а кровотечение — менструация.
- *Второй тип* (недостаточность прогестерона). Температурная кривая двухфазная, но температура в гипертермическую фазу повышается незначительно, на 0,2–0,3 °С.
- *Третий тип* (недостаточная насыщенность эстрогенами и недостаточность прогестерона). Наблюдают длительную гипотермическую фазу, гипертермическая фаза начинается лишь за несколько дней до менструации, базальная температура тела повышается на 0,2–0,5 °С.

Точным методом оценки функции яичников являются УЗИ и гистологическое исследование соскоба эндометрия.

Список литературы

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1000 с.
2. Гинекология: учебник / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 704 с.
3. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского, 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1136 с.