21. Ginekologia operacyjna

21.1. Operacyjne leczenie w ginekologii

Zbigniew Friebe

Wskazania do leczenia oper nego w ginek logii

U dużej liczby pacjentek ginekologicznych występują choroby, które wymagają korekcji za pomocą skutecznego leczenia operacyjnego, na przykład mięśniaki macicy, które mogą wymagać wycięcia macicy, albo zaburzenia statyki narządów płciowych pod postacią ich wypadania, wymagające wykonania plastyki dna miednicy mniejszej. Duża liczba pacjentek ginekologicznych poddawana jest operacyjnym metodom diagnostycznym.

Znacznie mniejsza liczba pacjentek ginekologicznych trafia do szpitala ze wskazań nagłych, wymagających natychmiastowej operacji, na przykład z powodu pękniętej ciąży ektopowej, czego skutkiem jest krwawienie do jamy otrzewnowej, powodujące szybko nasilające się objawy kliniczne w postaci ostrego niedokrwienia i silnego bólu brzucha.

Należy podkreślić, że operacyjne leczenie w celu usunięcia powstałych zmian narządów płciowych, a szerzej mówiąc – w miednicy mniejszej, jest na ogół sprawą względnie nieskomplikowaną, a wyniki w większości wykonywanych operacji są wystarczające i satysfakcjonujące. Ta oczywista prostota rozpoznawania i leczenia typowych chorób ginekologicznych nie powinna jednak powodować zaniedbywania koniecznej oceny ogólnego stanu zdrowia pacjentki, np. wykluczenia istnienia choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Podział operacji ginekologicznych

Wykonywane w ginekologii operacje można podzielić na dwie główne grupy:

Operacje diagnostyczne

- operacje diagnostyczne:
  (frakcjonowane łyżeczkowanie kanału szyjki i jamy macicy, diagnostyczna histeroskopia, pobranie wycinków z części pochwowej szyjki macicy, diagnostyczna konizacja szyjki macicy, diagnostyczna laparoskopia, nakłucie zatoki Douglasa, pobranie wycinków ze sromu);

Operacje terapeutyczne

- operacje terapeutyczne:
  - w leczeniu łagodnych guzów narządów płciowych (operacyjna histeroskopia, konizacja szyjki macicy, operacyjna laparoskopia, pochwowe wycięcie macicy, brzuszne wycięcie macicy, wycięcie mięśniaków z pozostawieniem macicy, zachowawcze operacje przydatków, uwolnienie zrostów w obrębie jamy otrzewnej, operacyjne leczenie torbieli gruczołu Bartholina, proste wycięcie sromu);
  - w leczeniu nowotworów złośliwych narządów płciowych (radykalne brzuszne wycięcie macicy sposobem Wertheima-Meigsa, radykalne pochwowe wycięcie macicy sposobem Schauty, radykalne pochwowe wycięcie macicy w asyście laparoskopowej, operacje umożliwiające ustalenie stopnia klinicznego zaawansowania choroby – badanie wymazów z jamy otrzewnej, cytologiczne badanie płynu z jamy otrzewnej, wycięcie węzłów chłonnych, biopsja otrzewnej, badanie cytologiczne płynu po płukaniu jamy otrzewnej, operacje cytoredukcyjne – pomniejszające masę guza, operacje wytrzewienia – przednie, tylne i całkowite, radykalne wycięcie sromu);
  - operacje w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu oraz w zaburzeniach statyki narządów płciowych;
  - operacje wad wrodzonych pochwy i macicy u dziewczynek.

Przedstawiona powyżej lista wykonywanych w ginekologii operacji nie wyczerpuje wszystkich możliwości. Nie zawiera bowiem tak istotnych metod operacyjnych, dotyczących głównie operacji wykonywanych w perinatologii, jak: cięcie cesarskie, nacięcie krocza, założenie szwu okrężnego na szyjkę i innych. Nie wspomina też o operacjach plastycznych szyjki i sromu, a także operacjach stosowanych w leczeniu przetok pochwowo-pęcherzowych i pochwowo-odbytniczych. Świadczy to o dużym zakresie możliwości operacyjnego leczenia w ginekologii, onkologii ginekologicznej oraz w perinatologii.

21.1.1. Kwalifikacja i przygotowanie pacjentki do operacji

Akceptacja proponowanego leczenia przez pacjentkę

Przystępując do opisu metod operacyjnych w ginekologii, należy zaznaczyć, że przyporządkowanie wykonywanych w ginekologii operacji do tych przeprowadzanych w celach diagnostycznych lub stosowanych jako postępowanie terapeutyczne jest zbytnim uproszczeniem. Nie chodzi bowiem tylko o opis i wykonanie wybranej techniki operacyjnej (w tym ograniczonym znaczeniu), ale raczej o podkreślenie faktu, że ostateczne działanie (przeprowadzenie operacji) musi być częścią całościowej koncepcji, uwzględniającej stanowisko z punktu widzenia lekarskiego, przy pełnym zrozumieniu pacjentki. Zrozumienie i akceptacja proponowanego leczenia operacyjnego przez pacjentkę, szczególnie w ginekologii, ma bardzo duże znaczenie. W przeważającej liczbie przypadków chodzi tu o dokładną analizę ryzyka i korzyści z ciężkiego okaleczenia, na które z medycznych powodów pacjentka wyraża zgodę.

Reakcja psychiczna pacjentki

Mimo wyrażenia zgody na leczenie operacyjne w obrębie narządów płciowych, pacjentka po operacji (szczególnie jeśli wykonano wycięcie macicy) może odreagować bardzo mocno, z dużym brakiem komfortu psychicznego, aż do depresji włącznie. Wykazano, że reakcja psychiczna na leczenie chirurgiczne jest związana m.in. z zaakceptowaniem okaleczenia jako następstwa przeprowadzonej operacji (pozostawienie blizny, konieczność wytworzenia sztucznego odbytu – stomii).

Czynniki ryzyka niekorzystnej reakcji psychicznej

Zbadano też, że istnieje co najmniej kilkanaście czynników ryzyka niekorzystnej reakcji psychicznej na operacyjne leczenie. Należą do nich: silne poczucie kobiecości, niekorzystna reakcja na stres, wcześniejsze epizody depresji, choroby psychiczne w rodzinie, uskarżanie się na różnego rodzaju dolegliwości, z których najważniejsze znaczenie przypisuje się bólom okolicy krzyżowej, liczba przebytych hospitalizacji i wykonanych wcześniej operacji, wiek poniżej 35 lat w momencie wykonania histerektomii, chęć posiadania dziecka, strach przed utratą libido, niepokój związany z brakiem oparcia ze strony męża, co może spowodować poczucie niepewności i zagrożenia trwałości związku małżeńskiego, a nawet wyznanie religijne. Dlatego przed wykonaniem planowanej operacji trzeba zrobić wszystko, aby osłabić negatywny wpływ koniecznego okaleczenia na psychikę pacjentki. Między innymi z tego powodu konieczne jest przeprowadzenie procedury uzyskania pisemnej zgody pacjentki na proponowane leczenie operacyjne. Wynik zabiegu operacyjnego z daleko idącymi konsekwencjami powinien być jasny dla lekarza i pacjentki, stąd pacjentka powinna być szczegółowo poinformowana o rodzaju operacji, szansach jej powodzenia, o stopniu ryzyka i ewentualnych powikłaniach.

21.1.1.1. Zgoda pacjentki na proponowane leczenie operacyjne w obrębie narządów płciowych

Zgoda pacjentki na proponowane leczenie

Zrozumienie zasad i przebiegu procedur operacyjnego leczenia w ginekologii przez pacjentkę, jest sprawą niezwykle istotną. Aby wynik leczenia chirurgicznego w ginekologii był satysfakcjonujący, spełnionych musi być jeszcze kilka innych warunków, o których musi pamiętać prowadzący terapię lekarz i ściśle je realizować. Dla lekarza odpowiedzialnego za cały proces terapeutyczny, szczególnie gdy proces ten opiera się na wykonaniu określonej procedury chirurgicznej, najważniejsze jest przestrzeganie wypełnienia wszystkich elementów niezbędnych dla osiągnięcia satysfakcjonującego rezultatu w postaci wyleczenia pacjentki przy jednoczesnym ograniczeniu stopnia okaleczenia do minimum.

21.1.1.2. Okres przedoperacyjny

Powszechnie uznaje się, że przy stosowaniu operacyjnych metod leczenia osiągnięty sukces terapeutyczny zależy od kilku kluczowych czynników, do których należą:

- prawidłowe ustalenie wskazań do wykonania operacji;
- umiejętności, doświadczenie i rozsądek operatora;
- wiedza chirurga o danym procesie chorobowym;
- w jakim stopniu zastosowane leczenie jest wystarczająco radykalne;
- ciężkość przebiegu choroby i kliniczny stopień jej zaawansowania.

Na rycinie 21.1. przedstawiono w schematyczny sposób piramidę osiągnięcia sukcesu przy stosowaniu operacyjnych metod leczenia w ginekologii. W piramidzie tej, obok elementów wymienionych wyżej, umieszczono dodatkowo element opieki pooperacyjnej. Tak więc, można powiedzieć, że dla prawidłowego przebiegu chirurgicznego leczenia w ginekologii konieczne jest właściwe przygotowanie chorej do operacji, wybranie odpowiedniej metody operacyjnej, prawidłowe wykonanie operacji i prawidłowa opieka pooperacyjna. W tabeli 21.1. przedstawiono praktyczne zalecenia dotyczące właściwego postępowania lekarskiego przy podjęciu decyzji zakwalifikowania i przeprowadzenia pełnego leczenia operacyjnego w ginekologii. Realizacja wszystkich elementów przedstawionych w tabeli stanowi gwarancję prawidłowo zorganizowanego procesu chirurgicznego leczenia na oddziałach ginekologii operacyjnej.

Ryc. 21.1. Piramida czynników, od których zależy osiągnięcie sukcesu w ginekologii operacyjnej.

Tabela 21.1. Zalecenia postępowania w realizacji leczenia operacyjnego w ginekologii

Postępowanie przedoperacyjne:

Wywiad
Badanie ogólne
Badanie ginekologiczne:

- badanie piersi
- badanie narządów jamy brzusznej
- badanie narządów miednicy mniejszej i odbytnicy;

Ustalenie wskazań (rozważenie korzyści względem ryzyka);
Wykonanie badań dodatkowych (laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, EKG itd. w zależności od szczegółowych wskazań);
Uzyskanie pisemnej zgody pacjentki na proponowane leczenie operacyjne.

Wykonanie operacji

Postępowanie pooperacyjne:

Postępowanie bezpośrednio po operacji (OIOM)
Rehabilitacja.

Poniżej opatrzono krótkim komentarzem tylko takie zalecenia jak: ustalenie wskazań do operacji ginekologicznej, uzyskanie pisemnej zgody pacjentki na proponowane leczenie oraz prawidłowe wykonanie operacji. Pozostałe zalecenia obejmujące pełen proces operacyjnego leczenia w ginekologii zostaną rozwinięte w dalszej części rozdziału.

Główne wskazania do leczenia operacyjnego w ginekologii

Do głównych wskazań leczenia operacyjnego w ginekologii (podobnie jak w całej chirurgii) należą:

- ratowanie życia;
- uwolnienie chorej od cierpienia;
- usunięcie deformacji utrudniającej normalne życie.

Ta uniwersalna lista wskazań jest pewnym uogólnieniem, które chociaż słuszne, nie do końca stanowi wskazówkę, jaką metodę operacji zastosować w zależności od stwierdzanej patologii w obrębie narządów płciowych. Niestety, ustalenie pełnej listy dopasowującej rodzaj zalecanej metody operacyjnej do określonego procesu patologicznego jest skomplikowane i wymaga dużej wiedzy i doświadczenia. Próbę ujednolicenia oraz wypracowania takiej listy podjęto w dalszej części rozdziału.

Ponieważ w ginekologii jedną z najczęściej wykonywanych operacji jest wycięcie macicy, poniżej przedstawiono główne zasady wykonania tej operacji, by mogła spełnić warunek prawidłowo wykonanej, a tym samym zwiększyć szansę na prawidłowy przebieg pooperacyjny.

Pełna lista zawiera następujące elementy:

- wycięcie macicy;
- operowanie z zachowaniem pełnej hemostazy pozwalającej na ograniczenie krwawienia do minimum;
- operowanie z zachowaniem zasad aseptyki, w celu ograniczenia zakażenia rany;
- operowanie bez zbędnych uszkodzeń narządów sąsiednich;
- na ile jest to możliwe, w wyniku operacji nie należy zmieniać stosunków anatomicznych;
- w stopniu możliwym do wykonania ocenienie i ewentualnie skorygowanie towarzyszących procesów patologicznych i wad.

Dla pełnego obrazu warunków, jakie muszą być spełnione, aby planowany proces chirurgicznego leczenia w ginekologii zakończył się powodzeniem, należy dodać jeszcze obowiązek prowadzenia pełnej dokumentacji diagnostycznej, zaleceń terapeutycznych i przebiegu leczenia. Tylko tak rozumiany proces leczenia operacyjnego stanowi pewną gwarancję powodzenia tak dla pacjentki, jak i leczącego ją chirurga ginekologa.

21.1.2. Metody operacyjne

21.1.2.1. Rodzaj dostępu operacyjnego

Rodzaje dostępów operacyjnych w ginekologii

Przy planowaniu chirurgicznych zabiegów w obrębie kobiecej miednicy mniejszej zawsze nasuwa się pytanie o najwłaściwszy rodzaj dostępu operacyjnego.

Wyróżnia się trzy główne rodzaje dostępu operacyjnego w ginekologii, do których należą:

- dostęp brzuszny (laparotomia);
- dostęp pochwowy;
- dostęp laparoskopowy.

Dostęp mieszany

Ponadto ostatnio rozwinięto metody operacyjne wymagające dostępu mieszanego, np. pochwowo-brzusznego (operacja sposobem Zacharina – przyszycie kikuta pochwy do mięśnia dźwigacza odbytu pochwowego powięzi przedkrzyżowej) oraz pochwowego w asyście laparoskopowej (radykalne pochwowe wycięcie macicy wraz z węzłami chłonnymi miednicy mniejszej i przyaortalnymi, z powodu raka szyjki macicy).

Dostęp pochwowy w asyście laparoskopowej

Czynniki wpływające na wybór dostępu

Właściwy wybór dostępu operacyjnego wymaga dużego doświadczenia ze strony chirurga. Na wybór rodzaju dostępu mają wpływ takie czynniki, jak:

- Rozpoznanie przedoperacyjne (przy rozpoznaniu nowotworów złośliwych zwykle wybierany jest dostęp brzuszny – laparotomia);
- Stwierdzenie zmienionych warunków anatomicznych (np. niemożność wykonania wycięcia macicy z dostępu pochwowego przy zwężeniu pochwy);
- Współistnienie dodatkowych procesów patologicznych (np. zapalenie wyrostka robaczkowego, zrosty, płyn w jamie otrzewnowej – *ascites* itp.);
- Szczególnie duże doświadczenie operatora w wykonywaniu określonego typu operacji (np. w wycięciu macicy z dostępu pochwowego lub wykonywaniu operacyjnej laparoskopii).

Tabela 21.2. Główne sposoby dostępu operacyjnego stosowane w ginekologii operacyjnej

Sposób dostępu operacyjnego	Zalety / wady
Dostęp brzuszny	
Nacięcie w linii środkowej	Zalety: najprostsze, najszybsze i najbardziej bezkrwawe nacięcie; szczególnie polecane tam, gdzie spodziewane są powikłania ze strony przewodu pokarmowego zmuszające do operowania w górnej części jamy brzusznej; Wady: zły efekt kosmetyczny, duże ryzyko przepukliny w bliźnie, zakażenia rany.
Nacięcie w linii przyśrodkowej	Zalety: w opinii chirurgów nacięcie jest lepsze niż w linii środkowej – powstała blizna jest mniej podatna na pęknięcia i powstawanie przepuklin; Wady: uszkadza mięsień prosty brzucha, nieco gorszy dostęp; większa utrata krwi z uszkodzonych naczyń perforujących;
Nacięcie Pfannenstiela	Zalety: dobry efekt kosmetyczny, rzadkie rozejście się rany i przepuklina pooperacyjna, lepsze ukrwienie rany; Wady: ograniczone pole operacyjne, zwiększone ryzyko bolesności rany, często wysięk surowiczy – zakażenie.
Dostęp pochwowy	Zalety: niewidoczna blizna, korzystniejsze gojenie u kobiet otyłych; Wady: bardzo ograniczone pole widzenia.
Laparoskopia	Zalety: dobra widoczność całego pola operacyjnego; małe blizny pooperacyjne; Wady: ograniczona ocena rozległości choroby w obrębie zmienionych tkanek.

21.1.2.2. Wybór rodzaju cięcia brzusznego

Kryteria wyboru cięcia

W wyborze cięcia w operacjach ginekologicznych najważniejsze są podstawowe kryteria, do których należą:

- czas otwarcia (otwarcie z cięcia poprzecznego zwykle trwa kilka do kilkunastu minut dłużej);
- kierowanie się zasadą jak najmniejszego uszkodzenia unerwienia w powłokach brzusznych;
- uzyskanie adekwatnego i w miarę możliwości komfortowego dostępu operacyjnego w zależności od potrzeb;
- wybór cięcia, które zminimalizuje możliwość infekcji i stworzy lepsze warunki gojenia się rany po jej zszyciu.

Znajomość anatomii

Przed ocenieniem dodatnich i ujemnych stron każdego z nacięć należy rozważyć pewne fakty anatomiczne. I tak, długość linii środkowej ograniczona jest tylko przez spojenie łonowe i wyrostek mieczykowaty. Linia środkowa przechodzi przez jeden z najbardziej pozbawionych naczyń odcinków ciała, co stanowi korzyść w postaci

23. Diagnostyka ginekologiczna

23.1. Badanie ginekologiczne

Eugeniusz Grys

Przed rozpoczęciem diagnozowania pacjentki ginekologicznej należy poznać anatomię oraz fizjologię narządów płciowych.

Narządy płciowe dzielą się na zewnętrzne i wewnętrzne. Narządy płciowe wewnętrzne to macica, pochwa i przydatki, na które składają się jajniki i jajowody. W przekroju podłużnym macicy wyróżnia się szyjkę i trzon; przekrój poprzeczny części pochwowej szyjki macicy pozwala wyodrębnić w niej tarczę (*ectocervix*) i kanał szyjki (*endocervix*), natomiast w przekroju poprzecznym trzonu macicy wyróżnia się błonę śluzową (*endometrium*), błonę mięśniową (*myometrium*) i otrzewną (*perimetrium*).

Należy zauważyć, że każda z wymienionych wyżej części narządów płciowych wewnętrznych stanowi w ginekologii niejako oddzielny narząd, dla którego istnieją odrębne procedury diagnostyczne i odrębne jednostki chorobowe; toteż inne procedury stosujemy w diagnostyce *endometrium*, inne w diagnostyce *myometrium*, jeszcze inne w diagnostyce szyjki macicy, choć wszystkie te struktury stanowią anatomicznie jedną całość – macicę.

Poznanie fizjologii, czyli zmian zachodzących w czasie życia kobiety oraz w cyklu miesiączkowym, jest niezbędne dla odróżnienia fizjologii od stanów nieprawidłowych (np. krwawienie miesiączkowe jest fizjologią, a krwawienie po menopauzie patologią).

Symptomatologia chorób ginekologicznych

Podstawowe objawy chorób ginekologicznych to:
- krwawienie lub jego brak;
- upławy;
- świąd, pieczenie;
- ból.

Istotne jest również zapoznanie się z grupami ryzyka schorzeń ginekologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych, metodami diagnostyki różnicowej (odróżnianie chorób ginekologicznych od schorzeń o etiologii urologicznej, chirurgicznej, internistycznej i ortopedycznej dających podobne objawy) oraz sposobami przeprowadzania badania, procedurami diagnostycznymi i algorytmami postępowania.

Elementy badania w gabinecie ginekologicznym

Podstawowe badanie w gabinecie ginekologicznym obejmuje:
- badanie podmiotowe (wywiad);
- badanie przedmiotowe ogólne;
- badanie sutków;
- badanie ginekologiczne:
  - oglądanie narządów płciowych zewnętrznych;
  - badanie we wziernikach z pobraniem rozmazu cytologicznego i ewentualnie biocenozy pochwy;
  - badanie wewnętrzne – dwuręczne;
  - badanie zestawione pochwa – odbytnica;
- badanie ultrasonograficzne.

Charakter badania ginekologicznego wymaga stworzenia odpowiednich warunków intymności i delikatności, co jest gwarancją uzyskania zaufania pacjentki i powodzenia terapii.

23.1.1. Badanie podmiotowe

Główne dolegliwości

Główna dolegliwość – opisana słowami chorej, należy ustalić porządek chronologiczny zdarzeń od momentu rozpoczęcia dolegliwości do chwili obecnej oraz charakter i stopień nasilenia objawów.

Wywiad miesiączkowy

Wywiad miesiączkowy – pierwsza miesiączka (rok życia), regularne czy nieregularne, długość cykli, długość trwania krwawienia miesięcznego, obfitość miesiączek, skrzepy, ból, plamienia międzymiesiączkowe, zespół napięcia przedmiesiączkowego, ostatnia miesiączka (data), terapia hormonalna, objawy zespołu klimakterycznego, krwawienie po menopauzie; zastosowanie znajdują tu następujące skróty [14/28/5] (14 oznacza wiek, kiedy wystąpiła pierwsza miesiączka, 28 długość cyklu, natomiast 5 czas trwania krwawienia) lub [12/14–60/3] (miesiączki nieregularne, krwawienia w odstępach od 14 do 60 dni).

Wywiad ciążowy

Wywiad ciążowy – ciąże wymienione po kolei z uwzględnieniem czasu ich trwania, sposobu ukończenia, zabiegi położnicze, powikłania, masa płodu, Apgar, rozwój dziecka. Zastosowanie znajdują tu następujące skróty: [1–2–3] (gdzie 1 to liczba ciąż zakończonych porodem o czasie (między 37. a 42. tygodniem ciąży), 2 to liczba porodów przedwczesnych (22.–37. tydzień ciąży), natomiast 3 oznacza liczbę poronień (0–22 tydzień ciąży), w tej ostatniej liczbie ujmuje się ciąże ektopowe.

Wywiad ogólny

Wywiad ogólny – dotyczący schorzeń o etiologii ginekologicznej, zabiegów operacyjnych w obrębie miednicy mniejszej, hormonoterapii; następnie należy zadać pytania o uprzednie leczenie operacyjne oraz ogólny stan zdrowia; nudności, wymioty, zaburzenia łaknienia, utratę masy ciała, zaburzenia w oddawaniu stolca, gorączkę.

Wywiad rodzinny

Wywiad rodzinny – należy uwzględnić szczególnie choroby o prawdopodobnej etiologii genetycznej – nowotwory, cukrzyca, nadciśnienie; wyznanie (np. świadkowie Jehowy a transfuzja) i poprzednie małżeństwa (niepłodność).

23.1.2. Badanie przedmiotowe ogólne

Badanie przedmiotowe

W badaniu tym szczególną uwagę należy zwrócić na:
- głowę i szyję (tarczyca, węzły nadobojczykowe);
- brzuch (blizny, rozstępy, poszerzone naczynia, przepukliny);
- badanie palpacyjne (*ascites*, guzy, wątroba, pęcherzyk żółciowy, śledziona, nerki, objawy otrzewnowe);
- pachwiny (węzły chłonne, przepukliny);
- kończyny (obrzęk, żylaki, zapalenia żył).

23.1.3. Badanie gruczołów sutkowych

Badanie gruczołów sutkowych

W gabinecie lekarskim powinno być wykonywane w momencie zgłoszenia się pacjentki, niezależnie od fazy cyklu. Należy jednak informować o konieczności samodzielnego badania raz w miesiącu po miesiączce, pacjentki niemiesiączkujące powinny wybrać konkretny dzień miesiąca. Badanie polega na palpacji sutków w różnych pozycjach ciała: stojącej, leżącej, na boku, z uniesionymi i opuszczonymi rękami, następnie palpacji dołów pachowych oraz ucisku brodawek w celu sprawdzenia ewentualnego wycieku.

23.1.4. Badanie ginekologiczne

Badanie ginekologiczne

Przeprowadza się na fotelu ginekologicznym, pacjentka znajduje się w pozycji leżącej, z nogami podpartymi i odpowiednio odwiedzionymi, miejsce musi być odpowiednio oświetlone (lampa). Pacjentka przed badaniem powinna oddać mocz i w miarę możliwości opróżnić jelito grube z zalegających mas kałowych.

Etapy badania ginekologicznego

Etapy badania ginekologicznego:

- oglądanie narządów płciowych zewnętrznych;
- badanie we wzierniku (oglądanie części pochwowej szyjki macicy i ścian pochwy, pobranie rozmazów cytologicznych, cytohormonalnych i bakteriologicznych); należy dobrać odpowiedni rozmiar wziernika;
- w odróżnieniu nabłonka fizjologicznego od patologicznego pomocne mogą być test Schillera (próba jodowa) i test z 3% kwasem octowym:
  - test Schillera: po naniesieniu płynu Lugola na tarczę części pochwowej szyjki macicy nabłonek wielowarstwowy płaski zawierający glikogen zabarwia się pod wpływem jodu na kolor ciemnobrązowy, miejsca niepokryte nabłonkiem wielowarstwowym płaskim pozostają odbarwione;
  - test z 3% kwasem octowym opiera się na odwracalnej, kilkuminutowej denaturacji białek i kwasów nukleinowych zawartych w komórkach, po naniesieniu tej substancji na powierzchnię szyjki macicy miejsca pokryte nabłonkiem prawidłowym różnią się zabarwieniem i strukturą od ognisk patologicznych;
- badanie wewnętrzne – dwuręczne (palpacja: pochwa, macica, jajniki) (ryc. 23.1).

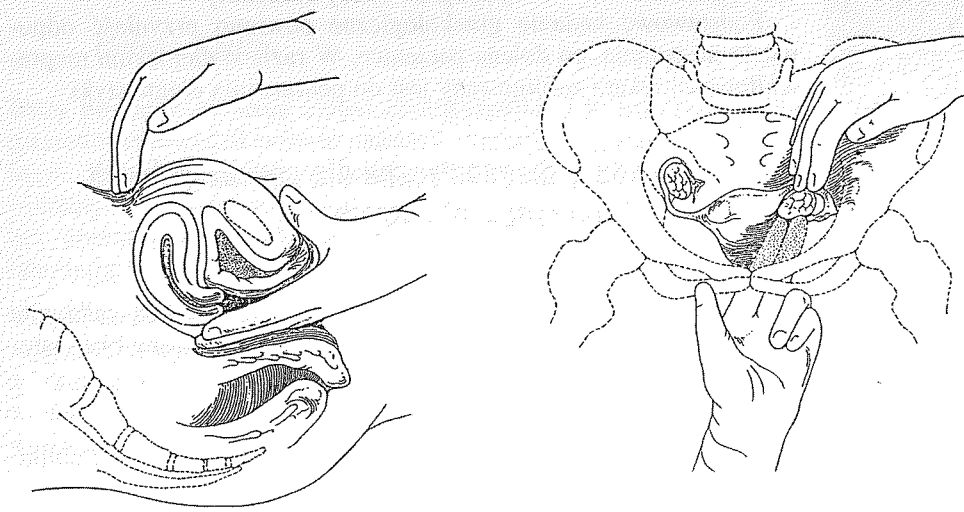
Badanie we wziernikach

Test Schillera

Test z 3% kwasem octowym

Badanie dwuręczne

Po rozdzieleniu warg sromowych mniejszych, które nie powinny być „wciągane" do pochwy ze względu na dolegliwości bólowe, palce środkowy i wskazujący wprowadzamy po tylnej ścianie do pochwy poniżej szyjki macicy. Następnie unosząc macicę, staramy się zbliżyć rękę wewnętrzną do zewnętrznej, wyczuwając pomiędzy nimi trzon macicy i przydatki. W warunkach prawidłowych trzon macicy powinien być ruchomy, niebolesny, mieć wielkość około 4–5 cm, powierzchnię gładką, równą, konsystencję porównywaną do twardości nosa, jajniki powinny stanowić struktury badalne przy macicy, kształtu owalnego o wielkości około 2–3 cm. Badanie nie powinno być bolesne dla pacjentki. Niekiedy badanie wewnętrzne może być bardzo trudne (gruba, napięta powłoka brzucha, obrona mięśniowa) i wówczas palpacja tak macicy, jak i przydatków jest niemożliwa – nie jest błędem w sztuce opis „macica i przydatki niebadalne", w tej sytuacji należy poszerzyć diagnostykę o badania dodatkowe – głównie badanie ultrasonograficzne.



Ryc. 23.1. Schemat badania wewnętrznego.

- Istnieje możliwość wykonania badania wewnętrznego przez pochwę przy użyciu jednego palca lub – u dziewczynek czy kobiet będących dziewicami, z mało podatną błoną dziewiczą – przez odbytnicę.

23.1.5. Badanie zestawione: pochwa – *per rectum*

Badanie zestawione

Przypomina ono badanie ginekologiczne, z tym że palec środkowy zostaje umieszczony w odbytnicy (żel), natomiast wskazujący w pochwie; badanie umożliwia dokładną palpację zatoki Douglasa, tylnej ściany pochwy i odbytnicy (obecność guzów i krwi w stolcu).

23.1.6. Badanie ultrasonograficzne

Badanie US

Powinno być zawsze nieodłączną częścią badania klinicznego, gdyż: nie ma innej alternatywy dla oceny niektórych struktur narządów płciowych wewnętrznych (np. endometrium, wnętrza jajnika); zmniejsza ryzyko pomyłek i niedokładności diagnostycznych badania palpacyjnego. Badanie to wykonujemy zazwyczaj przy użyciu