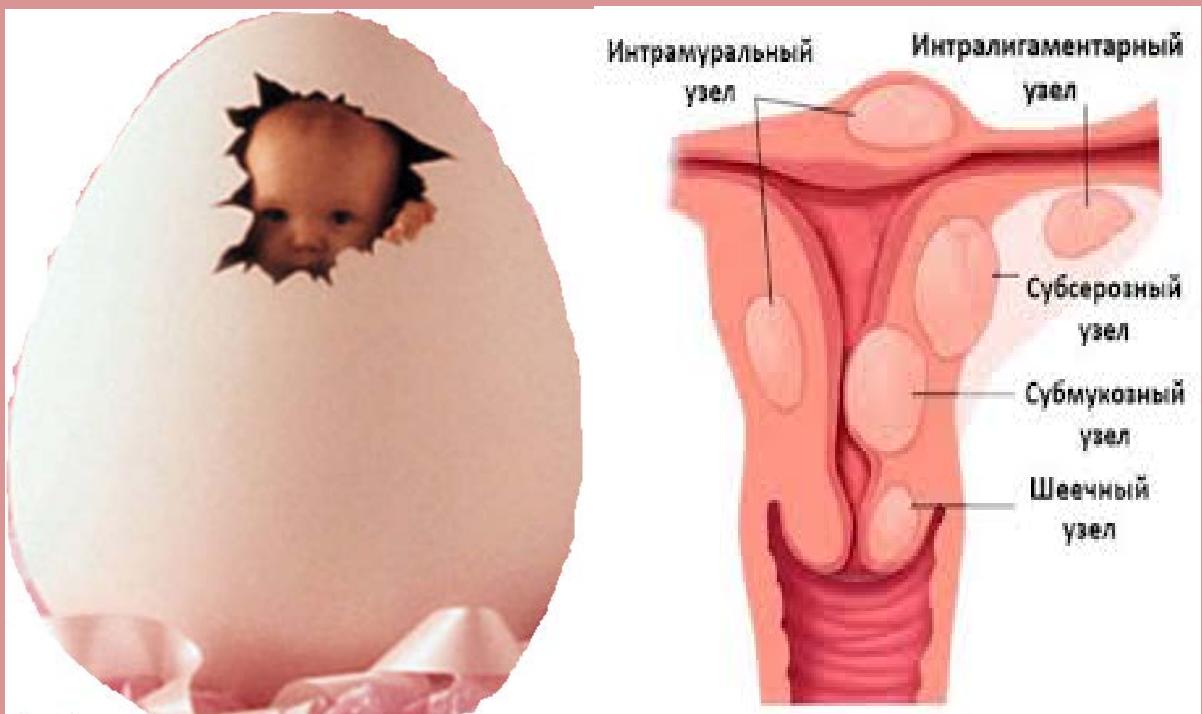




*Учебно-методическое пособие
по предмету ТИНЕКОЛОГИИ для студентов
5-курса лечебного и медико-педагогического
факультета*



**Кафедра Акушерства и гинекологии Бухарского Государственного
Медицинского института имени**

Абу Али ибн Сины

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор учебных работ

DSc профессор Жарилласинова Г.Ж.

2021 год.

*Учебно-методическое пособие
по предмету ГИНЕКОЛОГИИ для студентов
5-курса лечебного и медико-педагогического факультета*

Бухара -2021 год

**Кафедра Акушерства и гинекологии Бухарского Государственного
Медицинского института имени**

Абу Али ибн Сины

Область знаний: 700000–Здравоохранение и гуманитарное обеспечение.

Система образования: 720000 – Здравоохранение.

Направления образования: 5510100 –Лечебное дело.

Название предмета: Гинекологии

Составители: PhD. Доцент Дустова Н.К.

Рецензенты: д.м.н., проф. А.Р. Облокулов

д.м.н. Ш.И.Наврузова

I. Выписка из ГОС высшего образования о содержании дисциплины (стандарт учебной дисциплины)

Дебеков

ТАСДИҚЛАЙМАН:
Узбекистон Республикаси
Олий ва ўрта маҳсус таълим вазирининг
ўринбосари, "Узлуксиз таълим тизими
стандартлари"ни стандартлаштириш бўйича
техник қўмита раиси

201 йил "___" _____

O'z DSt ___:20 ___ " 55101100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича бакалаврнинг
тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйиладиган талаблар"
Давлат таълим стандарти лойиҳасини "Узлуксиз таълим тизими стандартлари"ни
стандартлаштириш бўйича техник қўмитада техник экспертизадан ўтказиш бўйича
Хуоса

Ўзбекистон стандартлаштириш, метрология ва сертификатлаштириш агентлиги
Олий ва ўрта маҳсус таълим, Халқ таълими вазирликларининг 2009 йил 4 маидаги
"Узлуксиз таълим тизими стандартлари"ни стандартлаштириш бўйича техник қўмитасини
ташкил этиш тўғрисида"ги 123, 112, 163-сонли кўшма бўйруғига асосан таисерланган O'z
DSt ___:20 ___ "55101100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича бакалаврнинг
тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйиладиган талаблар" Давлат
таълим стандартининг лойиҳаси "Ўзстандарт" агентлиги билан келишилган шакл асосида
техник экспертизадан ўтказилди.

O'z DSt ___:20 ___ " 55101100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича
бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйиладиган
талаблар" Давлат таълим стандартининг лойиҳаси Республикадаги кадрлар
тайёрловчилари ва истеъмолчилари билан ўзаро келишилган.

Техник экспертизадан ўтказилган O'z DSt ___:20 ___ "55101100 - Даволаш иши
таълим йўналиши бўйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар
мазмунига қўйиладиган талаблар" Давлат таълим стандарти лойиҳаси Ўзбекистон
Республикаси Конунчилигига, стандартлаштириш давлат тизими, ўлчов бирликларини
таъминлаш давлат тизими, сертификатлаштиришнинг миллий тизими
стандартлаштиришнинг тармоқлараро тизими талабларига мос келади ва "Ўзстандарт"
агентлигига давлат рўйхатидан ўтказишига тавсия этилади.

Техник қўмита раиси
ўринбосари

Р.Ражаббаев

Техник қўмита масъул котиби

Р.Ражаббаев

Олий таълим стандартларини
стандартлаштириш бўйича
кичик қўмита котиби

А.А.Умаров

Ишчи турух:

О.Р.Тешаев

А.И.Искандаров

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ, ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ, БУХОРО ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
УСЛУБИЙ КЕНГАШЛАРИНИНГ КЕЛИШУВ БАЁННОМАСИ

4 август 2011 й.

Тошкент ш.

Раис: Тешаев О.Р. – ТТА ўкув ишлари бўйича проректори
Котиба: доц. Одилбекова Д.Б.

ҚАТНАШДИЛАР:

- Тошкент педиатрия тиббиёт институти ўкув ишлари бўйича проректори профессор Искандаров А.И.
- БухТИ ўкув ишлари проректори проф. Хидоятов Б.А.

КУН ТАРТИБИ:

Янгиланган олий таълим йўналишлари ва мутахассисликлари Классификаторига мувофиқ «Даволаш иши», «Касбий таълим (даволаш иши)», «Тиббий профилактика иши», «Стоматология», «Олий хамширалик иши» йўналишлари бўйича ишлаб чиқилган Давлат таълим стандартлари ва ўкув режаларини тасдиқлаш учун тавсия этиш.

ЭШТИЛДИ:

Кун тартибидаги ушбу масала юзасидан хар бир йўналиш бўйича ишчи турух ракбарлари (Абдуллаев С.П., Зуфаров П.С., Дўстмуҳамедов М.З. Нурузова З.А., Холматова Б.Т.)нинг ахбороти тингланди. Тешаев О.Р. тајибрланган давлат таълим стандартлари ва ўкув режалари лойиҳалари юзасидан фикр-мулоҳазалар билдиришни йигилганлар мухокамасига кўйиши мухокамада: Искандаров А.И., Хидоятов Б.А., Тешаев О.Р. иштирок этиди.

Мухокама этилган масала юзасидан мажлис
карор килади:

«Даволаш иши», «Касбий таълим (даволаш иши)», «Тиббий профилактика иши», «Стоматология», «Харбий тиббиёт» йўналишлари бўйича янгиланган Олий таълим йўналишлари ва мутахассисликлари классификаторига мувофиқ ишлаб чиқилган Давлат таълим стандартлари ва ўкув режалари йигилишда билдирилган таклифларни инобатга олган ҳолда тасдиқлаш учун тақдим этилсин.



Тешаев О.Р.

Одилбекова Д.Б.

10

Тошкент тиббиёт академияси бакалавриат таълим йўналишлари бўйича
ДТСларининг ишлаб чикувчилар ва кадрлар истеъмолчилари ўртасида
келишув
ДАЛОЛАТНОМАСИ

Тошкент шаҳри

август 2011 йил

Биз куйида имзо қўювчилар – Ўзбекистон Республикаси Соглиқни
саклаш вазирлигининг Фан ва ўқув юртлар Бош бошкармаси бошлиғи
Ш.Э.Атаханов, ЎзР ССВ Бош Давлат санитария врачи, вазир муовини
С.С.Сайдалиев, ЎзР ССВ Бош стоматологи С.Н.Максудов, ТТА ўқув ишлари
бўйича проректор О.Р.Тешаевлар Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб
чикилган куйидаги таълим йўналишларининг ДТСлари мазмунни билди-
танишшиб, келишув хақида ушбу далолатномани туздик:

1. 5510100 – Даволашиши
2. 5111000 – Касб таълими (5510100 – Даволашиши)
3. 5510300 – Тиббий профилактика шиши
4. 5510400 – Стоматология
5. 5510800 – Ҳарбий тиббиёт

Ўзбекистон Республикаси
Соглиқни саклаш вазирлиги
Фан ва ўқув юртлар Бош
бошкармаси бошлиғи

Ш.Э.Атаханов

Ўзбекистон Республикаси
Соглиқни саклаш вазирлиги
Бош Давлат санитария врачи
вазир муовини

С.С.Сайдалиев

Ўзбекистон Республикаси
Соглиқни саклаш вазирлиги
Бош стоматологи

С.Н.Максудов

Тошкент тиббиёт академияси
ўқув ишлари бўйича
проректор

О.Р.Тешаев

- 02.05.2019
- ЎМКХТ тизимининг мос ўкув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган ўкув фанлари бўйича назарий машгулотларни ўтказиш;
 - ЎМКХТ тизимининг мос ўкув муассасаларида тайёргарлик йўналишида назарда тутилган ўкув фанлари бўйича амалий ва лаборатория машгулотларни, жумладан ўкув хоналарида ўтказиш;
 - замонавий ахборот ва педагогик технологияларни фойдалини ўз-хизни ўкув машгулотларни ишлаб чиқиш ва ўтказиш;
 - ўқитилаётган фанлар бўйича дарсларни ўтказиш учун зарур бу ишни ўзини методик хужжатларни шакллантириш ва тузиш;
 - ўқитилаётган фан бўйича машгулотларни ўтказиш учун ўқитишини техник воситаларни ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш;
 - мустакил таълим ва ижодий кидирув натижасида ўқитилаётган фан хамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-хизни мунтазам такомиллаштириб бориши.

4.5 Таълимни давом эттириш имкониятлари

5510100 - Даволашиши таълим йўналиши бўйича бакалавр умумий амалиёт врачи қўйидаги:

- 5A510101 - Акушерлик ва гинекология
- 5A510102 - Эндокринология
- 5A510103 - Терапия (йўналишлар бўйича)
- 5A510104 - Оториноларингология
- 5A510105 - Кардиология
- 5A510106 - Офтальмология
- 5A510107 - Юкумли касалликлар (йўналишлар бўйича)
- 5A510108 - Дерматовенерология
- 5A510109 - Неврология
- 5A510110 - Умумий онкология
- 5A510111 - Психиатрия
- 5A510112 - Хирургия (йўналишлар бўйича)
- 5A510113 - Ташиксининг инструментал ва функционал усуслари (йўналишлар бўйича)
- 5A510114 - Нейрохирургия
- 5A510115 - Согликни саклашни бошқариш (йўналишлар бўйича)
- 5A510116 - Тиббий психология
- 5A510117 - Урология
- 5A510118 - Морфология (йўналишлар бўйича)
- 5A510119 - Наркология
- 5A510120 - Анестезиология ва реаниматология
- 5A510121 - Травматология ва ортопедия
- 5A510122 - Оиласий тиббиёт
- 5A510123 - Суд тиббиёт экспертизаси
- 5A510124 - Гатологик анатомия
- 5A510125 - Шошилинч тиббий ёрдам
- 5A510126 - Фармакология мутахассисликлари хамда таълимнинг накодиши бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йўналишлари

02.05.2019
STANDARTTAJIB, 02.05.2019
RAZORATINI MUMKIN, KELISHIB
AXBOROT TIZIMINING, 02.05.2019
JURIV ETSIB, 02.05.2019

уларни профилактикаси, көн кетишиларда, шикастларнанларда, көннөк түкимдөрөсөн касалларларда биринчи тиббий ёрдам күрсатиш. Умумий амалиётти шароиттарда умумий ёндашув. Хирургик касалларнам амбулатор шароитдан реабилитацияси на шубу касаллар профилактикаси.

6.5.4.3Халокат тиббети. Болалар травматологияси:

Табиий оғат ва халокатларда шикастланганларни мұстакил текніріннің таңхис күйиш, табиий оғат ва халокатларда биринчи тиббий ёрдамни күрсатиштың учун зарур бүлгелі амалы күнікмаларни бажарып, транспортировка ва юкори малакалы ғана ихтисослашып тиббий ёрдамни күрсатып. Таянч-харапт тизими жарохтланған болаларда биринчи тиббий ёрдамни күрсатиш, түгри транспортировка қилиш ва малакалы ғамда ихтисослашып тиббий ёрдамни күрсатып.

6.5.4.4Шошилинч холатлар. Тез тиббий ёрдам:

Шошилинч холатларда түгри ташхис күйиш ва биринчи врач ёрдамнин тулиғи амалга ошириш. Тез ёрдам ва кишилек врачлардың пункттерларда критик холатлардагы беморларни оғриқсизләнтириш, уларға реанимация ва интенсив даволаш ғарнитурасыннан үтказып.

6.5.4.5Акушерлик-гинекология:

Оиланың режалаштириші ва репродуктив соглиқини саклаудың көннөк Физиологик хомиладорлықда, экстрагенитал касалларда, антидатал парнитарлардың диагностика, асорталарның эртә ташхислаш ва олдини олиш, түргүркідан кейинги түргүркідан күрсатыш, консультация, тест үтказып, жинсий үйлі билан юқувиң ва ВИЧ инфекцияның олдини олиш, онкокасаллар профилактикаси, контрацепцияның тавсия көтөрүші шифохонагача бүлгелі болсакчыда ёрдам, күп учрайдиган гинекологик касаллардың олдини олиш, амбулатор ва үй шароиттарда гинекологик касаллар ва жаррохтың амалиёттідан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилинч холатларда тез ёрдам күрсатып умумий шифокор амалиётти шароиттарда умумий ёндашув.

6.5.4.6Неонатология:

Яңы түгилған чакалоктарда биринчи ёрдам ва неонатал парварыш, түргүрк залында асфиксияда реанимация, күйкәр сути билан бокиши үсуллары ва яңы түгилған чакалокның оны билан берілген бүлишини таъминлаш; түрли патология билан түгилған чакалоктардың диспансер назораты ва реабилитация. Болалар соглигини баҳолаш ва барча ғылыми болаларның парварылаш; болалың овқатланишини коррекциялаш, жысмоний ва психомотор рифожланишини күзатыш; касаллар профилактикаси бүйічілаштырып, хавфесіз вакцинация; күп учрайдиган касалларда тәккеслама ташхисот ва фармакотерапия, шошилинч холатларда тез ёрдам күрсатып; хавф гүрухы ва түрли хил касаллар билінгөригендегі болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Олий таълим мұассасасы томонидан үрнәтиладын ижтисасың фанлары:

Ихтисослық фанлары рүйхаты ва мазмұнын көрсеткіштегінде көрсетілгенде, олардың бакалаврлар тайёрлашыннан үшбүйнелік көрсеткіштегінде, замонавий ютуқлары хисобға олинған жағдайда олий таълим мұассасасы томонидан белгиланады.

6.5.5 Малакавий амалиёт

Талабалар умумқасбий фанларни ўзлаштиришда олған билимларини назарий ва амалий мұстаҳкамалаш; ҚВП/ШВПДа бакалавр томонидан бажарылувчи хизматтар көрсеткіштегінде көрсетілгенде, соғлиқни саклаш тизими бирламыңыз бүгінші шароитта бакалавр билимларынан күйкемаларни бажара олиш; беморнинг асесінін жағдайында иккіламчы шикоятларни түсініп, беморни синчилкебе күріш; анатомистик ва объектив маълумоттар түсініп, тәккеслама лаборатор-инструментал текширилуда күрсатма; амбулатор даволанишында күрсатма; стационар даволанишында күрсатма; якуний ташхисни күйиши; аниқ клиник холатларда бакалавр тәктикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитта тиббий хужжатларни түгри

02.08.2022

Дана

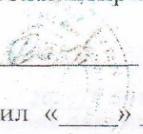
5550100 – Даволашши таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг тузилини

Т.р.	Ўқув фанлари, интеграллаштирилган курслар ва блокларининг номлари	Умумий юқумийни харчи сабаблари
1	2	3
1.00	Гуманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлар	1704
2.00	Математик ва табиий-ilmий фанлар	2822
	<i>Математик коммуникатив курс</i>	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий тезника ва янги тиббиёт технологияси	54
	<i>Табиий-ilmий курс</i>	234
2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоанорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик кимё	306
2.08	Лотин тили ва тиббий-фармацевтик терминология асослари	126
2.09	Одам анатомияси	450
2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	<i>Умумкабий фанлар</i>	7970
	<i>Умумий патология курси</i>	936
3.01	Патологик физиология	252
3.02	Патологик анатомия. Секцион биопсия курси	408
3.03	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг хукукий асослари	444
3.04	Фармакология	234
	<i>Тиббий профилактик курс</i>	698
3.05	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.06	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни саклашни бошқариш. Биостатистика	360
3.07	Валеология	32
3.08	Эпидемиология, ХЭ	90
	<i>Терапевтик фанлар курси</i>	3276
3.09	Шифокор ва бемор	54
3.10	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.11	Ички касалликлар. Ҳалқ табобати	558
3.12	Фтизиатрия	216
3.13	Врач назорати, шифобаҳш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126
3.14	Эндокринология	234
3.15	Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория ишни	234
3.16	Касб касалликлари	90
3.17	Клинич фармакология	216
3.18	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	324
3.19	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
3.20	Асаб касалликлари	234
3.21	Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси	306

1	2	3
3.22	Нур ташхиси ва терапияси	90
3.23	Тиббий генетика	54
3.24	Клиник аллергология	54
	Жаррохлик фанлар курси	2188
3.25	Оператив жаррохлик топографик анатомия билан	180
3.26	Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан	216
3.27	Хирургик касалликлар	468
3.28	Нейроржаррохлик	90
3.29	Болалар жаррохлиги	162
3.30	Урология	162
3.31	Травматология ва ортопедия, ХДРЖ. Болалар травматологияси	216
3.32	Онкология. Болалар онкологияси	54
3.33	Анестезиология ва реанимация	54
3.34	Оториноларингология, стоматология	216
3.35	Офтальмология	162
	Оналиқ ва болаликни ұмоя қылыш курси	972
3.36	Акушерлик ва гинекология	342
3.37	Педиатрия	630
4.00	Ихтисослық фанлари	1818
	Бакалавр фанлари	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Халокат тиббиети	54
4.04	Шошилинч холатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198
5.00	Күшімчы фанлар	450
5.01	Харбий тиббий тайёргарлик, ФМ ва ФМТХ	450
	Жами	14962
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жорий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАММАСИ	17446

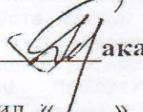
ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН:

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта
максус таълим вазирлиги хузуридаги Олий
ва ўрта максус, касб-хунар таълим мини
ривожлантириш маркази

Директор  проф.Рахимов Б.Х.

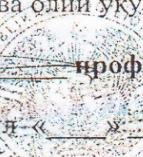
201_ йил « »
М.ў.

Тошкет Тиббийт Академияси

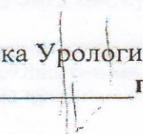
Ректор  акад.Каримов Ш.И.

201_ йил « »
М.ў.

КЕЛИШИЛГАН:

ССВ кадрлар ва одий ўқув юртлари бош
бошқармаси
Бошлиғи  проф. Атаканов Ш.Э.

201_ йил « »
М.ў.

Республика Урология Маркази
Директор  проф. Оқилов Ф.А.

201_ йил « »
М.ў.

II. Типовая программа (для дисциплин включенных в ГОС)

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди

№ Б 5510100-4.05

2013 йил “13” солар

Ўзбекистон Республикаси
Олий ва ўрта маҳсус таълим
вазирлигининг 2013 йил “13”
март даги “82”-сонли
бўйруғи билан тасдиқланган



Г. Содиев

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ (4-5 курс) фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни саклаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни саклаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши
5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)
5510400 – Стоматология
5510300 – Тиббий – профилактика иши

КИРИШ

1.1. Фанни ИВ ва В курсларда ўқитишдан мақсад:

Умумий амалиёт шифокори малакавий таснифига асосланиб, талабаларга аввалги босқичларда олган билимларига таянган ҳолда, акушерлик ва гинекологиядан, далилларга асосланиб, физиологик ва асоратланиб кечәётган ҳомиладорликда самарали перинатал ёрдам принципларига, нормал ва патологик туғруқ ва чилла даврини олиб бориш, чақалоқларни праваришлаш, акушерлик ва гинекология амалиётларида кўп учраб турадиган шошилинч ҳолатларда, диагностика, бирламчи ёрдам кўрсатиш ва профилактика усулларини ўргатишдан иборат.

Бакалаврларни тайёрлаш Давлат таълим стандарти бўйича, талаба акушерлик ва гинекология фанларидан қуидаги **билим, қўнирма, маҳорат ва тушунчаларга эга бўлиши керак**:

- физиологик кечәётган ҳомиладорлик, туғруқ, чилла даврларининг кечиши хусусиятлари тўғрисида;
- бехатар оналик принциплари, самарали перинатал ёрдам, ҳомиладорлар ва чақалоқлар парвариши;
- шериклик туғруқ, партограммани қўллаш, туғруқни учинчи даврини фаол олиб бориш;
- кўкрак билан боқишининг 10та принциплари тўғрисида, чилла даврида парвариш ва контратсепсия;
- ҳомиладорликда кўп учрайдиган: ҳомиладорлик пайтидаги гипертензив ҳолатлари ҳомиладорлик кечки муддатларидағи қон кетишлар, нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши (НЖЙБК) ва йўлдошнинг олдинда ётиши (ЁЁ), ҳомиладорлик муддатига этмаслиги ва муддатидан ўтиб кетиши, ҳомилани чаноги билан келиши, ҳомилан нотўғри ҳолати ва ётиши, резус-можароли ҳомиладорлик этиопатогенези, клиникси ва диагностиксига ҳақида тушунча;
- патологик туғруқ акти туғруқ кучлари аномалиялари, туғруқдан кейинги вагинал қон кетишлар (бачадон атонияси, юмшоқ туғруқ йўллари ва оралиқ йиртилишлари, йўлдош ажралишини ушланиб қолиши ёки йўлдош бўлакларининг қолиб кетиши, бачадонни ағдарилиши) геморрагик шок. Диссеминирлашган томир ичидаги қон ивиш синдроми (ДТКИС), этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси тўғрисида;
- ҳомиладорлик ва чилла даври инфексиялари тўғрисида;
- чақалоқлардаги шошилинч ҳолатлар ва муаммолар, чақлоқлар реаниматсияси тўғрисида;
- ОИВни онадан болага ўтиши профилактикаси тўғрисида (ОБЎП);
- иш жойида инфитсирланиш профилактикаси;
- аёлларда репродуктив фаолияти хусусиятлари, хайз сикли бошқарилиши бўйича замонавий тушунчалар;
- гинекологик беморларни текшириш усуллари;
- кўп учрайдиган гинекологик касалликлар этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси;
- спектрографик ва носспектрографик этиологияли яллиғланиш касалликлари, жинсий йўллар орқали юкувчи касалликлар (ЖЁЮК);
- бачадон бўйни ва танаси фон, раколди ва рак касалликлари;
- аёллар жинсий аъзолари ўсма касалликлари.

акушерликдан билиши ва фойдалана олиши керак:

- ҳомиладорларда мақсадга йўналтирилган анамнез йиғиш ва клиник текширув ўтказиш;
- ҳомиладорлик диагностикаси;
- ҳомиладорлик ва туғруқ муддатларини аниқлаш;
- ҳомила вазнини аниқлаш; гравидограммани тўлдириш;
- она ва ҳомила учун хавф гурухларини аниқлаш;
- чаноқ ўлчагичда чаноқ ўлчамларини ўлчаш;
- стетоскопда ҳомила юрак уришини эшитиш;
- туғруқ ва туғруқ даврлари диагностикаси; партограмма аҳамияти;

- түгруқда асоратларни аниқлаш ва керакли шошилинч ёрдам күрсатиши;
- дастлабки диагнозни қўйиш ва уни асослаш;
- йўлдошни баҳолаш;
- ҳомиладорларда гипертензив синдром диагностикаси ва уни оғирлик даражасини баҳолаш;
- ҳомиладорлик асоратлари (прееклампсия, нормал жойлашган йўлдошнинг барвакт кўчиши, йўлдошнинг олдинда ётиши) да шошилинч ёрдам күрсатиши;
- тор чаноқ ва ҳомилани нотўғри жойлашиши диагностикаси;
- чақалоқларда бирламчи артиб тозалашни ўтказиш;
- асфиксияда туғилган чақалоқларга бирламчи ёрдамни күрсатиши.
- мастит профилактикаси;

гинекологиядан билиши ва фойдалана олиши керак:

- гинекологик беморларда мақсадга йўналтирилган анамнез йигиш ва клиник текширув ўтказиш;
- кўзгуларда гинекологик кўрув ўтказиш;
- турли ёшдаги аёлларда репродуктив фаолиятини баҳолаш;
- дастлабки диагнозни қўйиш;
- бачадон ва ортиқларини бимануал палпатсияси:
- функционал диагностика тестларини ўтказиш ва натижаларини (базал ҳарорат, қорачиқ симптоми, шиллиқни чўзилиш симптоми) баҳолаш;
- бачадон бўйни раки эрта диагностикаси мақсадида Папаниколау бўйича ситологик текширувга суртма олиш;
- қин тозалик даражасини баҳолаш;
- индивидуал контратсепсия воситасини танлаш;
- инструментал ва лаборатор текширувларига кўрсатмаларини аниқлаш ва улар натижаларини аниқлаш;
- хирургик ва консерватив даволаш усулларига кўрсатмаларни аниқлаш,
- беспуштликга диагноз қўйиш ва мутахассисга жўнатиш;
- гениталий органлари ва сут безлари фон ва раколди касалликларига диагноз қўйиш, мутахассисга жўнатиш.

АКУШЕРЛИКдан қўйидаги амалий маҳоратларни бажара олишлари керак:

- ҳомиладорлар ва туғувчиларда ташқи акушерлик текшируви усуллари;
- чаноқ ўлчамларини ўлчаш;
- ҳомила юрак уришини эшитиш;
- гравидограмма тўлғазиш;
- ҳомиладорлик ва декрет таътили муддатини аниқлаш;
- түгруқни тахминий муддатини аниқлаш;
- нормал түгруқни қабул қилиш;
- ҳомила тахминий вазнини аниқлаш;
- дардлар сони жадаллиги ва давомийлигини аниқлаш;
- киндикни кесиш ва артиб тозалаш;
- чақалоқларни бирламчи артиб тозалаш;
- Апгар ва Сильверман шкалаларида чақалоқлар ахволини баҳолаш;
- ётилиб туғилганлик, чала туғилаганлик даражаларини аниқлаш;
- чақалоқларни бирламчи она кўкрагига қўйиш;
- түгруқни Ш даврини фаол олиб бориш;
- йўлдош бутунлигини аниқлаш;
- йўқотилган қон миқдорини аниқлаш;

- чилла даврида бачадон инволюсиясини баҳолаш;
- күкрап билан боқиши принциплари;
- мастит профилактикаси.

ГИНЕКОЛОГИЯДАН қўйидаги амалий маҳоратларни бажара олишлари керак:

- гинекологик кўрув:
- бачадон бўйини кўзгуларда кўрув;
- бимануал текширув;
- сут безлари палпатсияси;
- функционал диагностика тестлари;
- бачадон бўйни ситологияси;
- уч нуктадан суртма олиш.

Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик

ИВ ва В курс талабалари мазкур фанларни мукаммал ўзлаштиришлари учун, нормал ва топографик анатомия, физиология, патофизиология, гистология, патологик анатомия, микробиология, эпидемиология, терапия, хирургия анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, дерматовенерология, эндокринология ва болалар касаллклари фанларидан яхши билимга эга бўлишлари керак.

Даволаш ва тиббий-педагогика факултетлар ИВ курс талабалари учун физиологик акушерликдан амалий машғулотлар режаси

№	Мавзу номи	Соат
1	Акушерлик ва гинекологик статсионарини тузилиши ва ишини ташкил этиш. Бехатар оналий принциплари. Шифохона ичи инфексияси тўғрисида замонавий тушунчалар. Аёллар жинсий аъзолари клиник анатомияси. Туғруқ йўллари. Ҳомилани туғруқ обьекти сифатида ўрганиш.	6
2	Перинатал ёрдам асослари. Ҳомиладорларни текшириш усуллари. Ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикаси. Оилавий поликлиника ишлари принциплари, қишлоқ ва шаҳарда ҳомиладорларга тиббий ёрдамни ташкил этиш. Акушерлик асоратларини олдини олишда оилавий поликлиниканинг ўрни. Шериклик туғруққа тайёргарлик. Оналар мактаби.	6
3	Туғруқ. Туғруқ даврлари. Шериклик туғруқ. Парто grammани олиб бориш. Туғруқни ИИИ даврини фаол олиб бориш. Чақалоқлар аҳволини Апгар шкаласида баҳолаш. Энса олдинги турида туғруқ биомеханизми. Чақалоқларни бирламчи артиб тозалаш.	6
4	Физиологик чилла даври. Чақалоқлар физиологик даври. Кўкрап билан бокишининг 10та принциплари. Она ва болани биргаликда бўлиши. Кўкрап безларини парваришилаш.	6
5	Ҳомилани чаноги билан келиши. Туғруқ биомеханизми. Ловсет ва Морис-Смейли-Вейта усуллари	6
6	Ҳомиладорлар кўнгил айниши ва қусиши. Этиологияси, таснифи, клиникаси, даволаш.	6
7	Ҳомиладорлик пайтидаги гипертензия ҳолатлари. Прееклампсия, диагностика,	

	даволаш ва тактика.	6
8	Бүйрак касаллуклари ва камқонликда ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврини кечиши. Симптомсиз бактериурия.	6
9	Акушерликда резус омилни ўрни. Ҳомила ва чақалоқлар гемолитик касаллиги. Чақалоқлар сариқлиги, диагностикаси ва даволаш.	6
10	Ҳомиладорлик муддатига этмаслиги ва муддатидан ўтиб кетиши, туғруқ индуксияси. Ҳомила пуфагининг муддатидан олдин ёрилиши	6
11	Фетоплатсентар этишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилинч ҳолатлар ва муаммолар.	4
	Жами : 64 с	

Даволаш ва тиббий-педагогика факултетлар ИВ курс талабалари учун патологик акушерликдан амалий машғулотлар режаси

№	Мавзу номи	Соат
1	Ҳомиладорлик кечки муддатларида вагинал қон кетишилар. Нормал жойлашган юлдошнинг барвақт кўчиши. Юлдошни олдинда ётиши.	6
2	Туғруқдан кейинги вагинал қон кетишилар (йўлдош бирикиши аномалиялари, бачадон гипо ва атонияси, юлдош қисмларини қолиб кетиши, бачадон бўйни ва оралиқ йиртилишлари) сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси ва профилактика чоралари.	6
3	Қониқарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика. ЖССТ тавсиясига кўра окситотсинда туғруқ индуксияси.	6
4	Тор чаноқ, этиологияси, турлари, таснифи, диагностикаси. Ҳомила боши ва она чаноғи диспропорсияси. Элкалар дистотсияси. Функционал тор чаноқни келиб чиқиши сабаблари ва клиник симптомлари. Она ва бола учун асоратлар ва уларни профилактикаси.	6
5	Ҳомилани нотўғри ҳолати, сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси	6
6	Туғруқда вагинал қон кетишилар: бачадон ёрилиши. Таснифи, этиологияси ва патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари, профилактикаси.	6
7	Туғруқни амалга оширувчи оператсиялар: кесар кесиш, акушерлик қисқичлари, вакуум экстраксия ва ҳомилани думбасидан тортиб олиш.	6
8	Ҳомилада шошилинч ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реаниматсияси. Ҳомилани она қорнида инфитсирланиши. ТОРЧ – инфексиялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиши йўллари. Диагностикаси, даволаш ва	

	акушерлик тактикаси.	6
9	Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интегратцияси ва самарали перинатал парвариш. ОИВ бүйича тестдан олдин ва кейинги маслахат. ОИВ-позитив ҳомиладорларда антенатал, антиретровирус препаратларини буюриш. Түгдириш усуллари (електив кесар кесиш), түгруқни бехатар олиб бориш. Чақалокни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан түгилган чақалоқларга маҳсус парвариш. Түгруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ.	6
10	Чилла даври инфекциялари. Замонавий тушунчалар. Таснифи, инфекция тарқалиш йўллари. Инфекция қўзготувчилари тўғрисида замонавий тушунчалар. Диагностикаси. Даволаш принциплари. Профилактикаси. Юқори хавф гурухлари, амбулатор шароитда профилактика.	6
11	Түгруқдан кейинги юқори ҳарорат. Акушерлик перитонити, сабаблари, диагностикаси, даволаш.	4

Даволаш ва тиббий-педагогика факултетлар В курс талабалари учун гинекологиядан амалий машғулотлар режаси

№	Мавзу номи	Соат
1	Анамнезни ўрни. Гинекологик беморларни текшириш усуллари. Касаллик тарихи схемаси. Беморлар қуратсияси.	5
2	Нормал хайз сикли ва унинг бошқарилиши. Хайз сикли бузилишлари. Аменорея. Гипоменструал синдром.	5
3	Бачадондан дисфункционал қон кетишилар.	5
4	Ҳомиладорлик И ярмида қон кетишилар. Абортлар. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, элбуғоз, хорионепителиома.	5
5	Аёллар жинсий аъзолари спектрификация ва носпектрификация этиологияли яллиғланиш касалларни.	5
6	Бачадон миомаси. Эндометриоз.	5
7	Тухумдан яхши ва ёмон сифат ўсма касалларни.	5
8	Аёллар жинсий аъзолари нуқсонли ривожланганлиги ва нотўғри жойлашиши.	5
9	Бачадон бўйни ва танаси фон ва рак олди касалларни. Бачадон бўйни ва танаси раки.	5
10	Бепушт никоҳ. Контратсепсия усуллари.	5

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

4 курс стоматология факултети.

1. Аёллар жинсий аъзоларининг анатомияси ва физиологияси. Нормал хайз сикли ва уни бузилишлари.
2. Замонавий контратсепсия усуллари
3. Хомилани комплексли диагностик усуллари. Хомиладор ва түгруқдаги аёлларни текшириш усуллари. Түгруқ. Түгруқ жараёни. Нормал түгруқ биомеханизми.
4. Екстрагенитал касалликларни ҳомиладорлик, түгруқ даврида аёллар организмига ва ҳомила ривожланишига таъсири. (Камқонлик, ЮҚТ касалликлари, буйрак касалликлари). Гипертензив синдром. Кунгил айнаш ва кусиши синдроми.
5. Аёллар жинсий аъзоларини носпетсифик ва спетсифик яллиғланиш касалликлари.
6. Аёллар жинсий аъзоларини ҳавфли ва ҳавфсиз ўсма касалликлари. Таснифи. Даволаш ва реабилитация.

4 курс тиббий - профилактика факултети.

1. Акушерлик ва гинекология фанининг предмети. Акушерлик ва перинатология фанининг ривожланиши тарихи.
2. Хомиладорликда кунгил айниши ва кусиши. Хомиладорларда гипертензив синдромлар, прееклампсия и эклампсия. Уларни ижтимоий ва ишлаш шароитларига боғлиқлиги.
3. Екстрагенитал касалликларнинг ҳомилага таъсири. Махсус түгруққа ёрдам берувчи муассасаларнинг ўрни. Ўткир ва сурункали ҳомила гипоксияси. Янги туғилган чақалоқ асфиксияси.
4. Хомиладорликнинг И ва ИИ ярмида қон кетиши.
5. Түгруқда диспропорсия.
6. Нормал хайз функцияси ва унинг бузилиши. Ножӯя омилларнинг хайз сиклига таъсири.
7. Аёллар жинсий аъзоларининг спетсифик ва носпетсифик этиологияли яллиғланиш касалликлари.
8. Бачадон ва тухумдонларнинг ҳавфли ва ҳавфсиз ўсмалари. Профилактика кўрувларнинг онкологик касалликнинг камайтиришдаги роли.
9. Бепушт никох. Ижтимоий, профессионал ва бошқа омилларнинг бепуштликка таъсири. Оилани режалаштиришнинг тиббий аспектлари. Замонавий контратсепсия усуллари.

АСОСИЙ ҚИСМ

Акушерлик фани. Акушерлик ва перинатология ривожланишининг асосий тарихий босқичлари. Акушерлик фанининг бошқа фанлар билан боғлиқлиги. Акушерлик фанининг ўзига хос хусусиятлари. Ўзбекистонда акушерликнинг ривожланиши. Абу Али Ибн Синонинг акушерлик ва гинекология ривожланишида қўшган хиссаси.

Антенатал парвариши. Ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикаси. Түгруқка парваришнинг ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган янги модели. Режали түгруққача мониторинг. Оилавий поликлиника ишлаш принциплари, қишлоқ ва шаҳарда ҳомиладорларга тиббий ёрдамни ташкил этиш. Ҳомила аҳволини баҳолаш. Гравидограммани қўллаш. Ҳомила ривожланишида нуқсонларни аниқлаш скрининги. Акушерлик асоратларини олдини олишда оилавий поликлиниканинг ўрни. Ҳомиладорларни түгруққа физиопсихопрофилактик тайёrlаш. Ҳомиладорлар картаси. Түгруқ режасини тузиш.

Уруғланиш. Ҳомила ривожланиши босқичлари. Қалтис даврлари. Йўлдош тузилиши ва фаолияти. Заарарли одатлар ва дори моддаларининг ҳомилага таъсири.. Ҳомиладорлар организмидаги физиологик ўзгаришлар. Уруғланиш, тухум хужайра ва сперматозоиднинг тузилиши. Эмбрион ва ҳомила ривожланиши босқичлари. Предимплантатсион давр, имплантатсия даври, гисто- ва органогенез, ҳомила даври ривожланишлари. Экзо - ва эндоген омиллар экстрагенитал касалликлар (ЕГК), токсоплазмоз, хламидиоз, вирусли ва бошқа инфексияларнинг ҳомилага таъсири. Дори моддаларнинг ҳомилага эмбриотоксик таъсири. Ҳомиладорлар организмидаги физиологик ўзгаришлар.

Физиологик туғруқ. Туғруқни бошланиши сабаблари ва уни бошқарилиши. Туғруқ даврлари клиникаси ва биомеханизми. Физиологик туғруқ. Туғруқни бошланиши сабаблари. «Туғруқ акти» тұғрисида тушунча унинг асосий компонентлари. Туғруқ фаолияти характеристикаси, бачадон қисқаришини бошқарувчи механизмлар. Бачадон қисқаришининг баъзи бир кўрсаткичлари

Нормал туғруқни олиб бориш ва туғдириш. Туғруқ даврлари ва фазалари диагностикаси. Бехатар оналик принципларини қўллаш. ПартоGRAMMани қўллаш. Туғруқни учинчи даврини фаол олиб бориш. Шерикли туғруқ. Энса олдинги турида туғруқ биомеханизми. Чақалоқ туғилган захоти ахволини баҳолаш. Чақалоқни иссиқ ҳимоялаш.

Хомила чаноғи билан келганида туғруқ. Туғруқ биомеханизми. Ловсет, Морисо-Смелли-Вейта усувлари.

Хомиладорлик илк токсикозлари. Диагностикаси. Хомиладорлар кўнгил айниши ва қусиши. Этиологияси, таснифи, клиникаси, даволаш.

Хомиладорликда гипертензив синдром. Хомиладорликда хавфли симптомлар. Хомиладорликда гипертензив синдром, прееклампсия энгил ва оғир даражалари, эклампсия. Турли формалари диагностикаси. Гипертензив синдромда акушерлик тактикаси. Асоратлар: нормал жойлашган йўлдошнинг барвакт кўчиши, хомила ўсишдан орқада қолиш синдроми ҲЎОҚС, ўткир буйрак этишмовчилиги ЎБЕ, кўз тўрпардаси кўчиши, мия шиши, ўпка шиши, мияга қон куйилиши, кома, ҲЕЛЛП-синдром, туғруқда қон кетишлар, диссименирашган томир ичиди қон ивиш синдроми (ДТҚИС) ва бошқалар. Гипертензив синдромида УАШ тактикаси. Асоратлар профилактикаси. Прееклампсия ва эклампсия оғир формаларида шошилинч ёрдам кўрсатиш. Профилактика ва реабилитатсия чоралари.

Сийдик йўли инфексияларида ҳомиладорлик ва туғруқ. Пиелонефрит. Гломерулонефрит. Хомиладорликда касаллик ривожланишига турткы омиллари. Симптомсиз бактериурия. Гипертензив бузилишларида буйрак касалликларининг аҳамияти. Она ва хомила учун ҳомиладорлик ва туғруқда асоратлар. Ҳомиладорликга қарши кўрсатмалар. Антенатал парвариш, туғруққа тайёрлаш, туғдиришда ва чилла даврида реабилитатсия хусусиятлари.

Камқонликда ҳомиладорлик ва туғруқ. Камқонликни ҳомилага, ҳомиладорлик туғруқ ва чилла даврини кечишига таъсири. Ҳомиладорларда камқонликни даволаш принциплари. Камқонлик касаллиги мавжуд аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш. Фертил ёшдаги аёлларда камқонлик профилактикаси принциплари.

Антенатал парвариш, туғруққа тайёрлаш, туғдиришда ва чилла даврида реабилитатсия хусусиятлари.

Акушерлика резус-омил. Иммунможароли ҳомиладорлик: она ва бола қонини резус антиген ва АВО тизими бўйича мос келмаслиги. **Ҳомила гемолитик касаллиги.** Резус антиген ва АВО тизими бўйича иммунможароли ҳомиладорлик. Этиологияси, патогенези, асоратлар, диагностикаси. Ҳомила гемолитик касаллиги, даволаш принциплари. Профилактикаси. Чақалоқлар сариқлиги.

Ҳомиладорлик муддатига этмаслиги. Этиологияси, патогенези, таснифи. Юқори хавф гурухига кирувчилар. Симптоматика ва диагностикаси. Муддатидан олдинги туғруқ хавфини даволаш ва профилактикасида замонавий ёндашувлар. Токолитиклар ва антибиотикларни қўллаш. Кортикостероидларни антенатал даврда қўллаш. Тирик туғилганлик мезонлари.

Ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетиши. Этиологияси, патогенези, таснифи. Юқори хавф гурухига кирувчилар. Симптоматика ва диагностикаси. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқ индуксияси.

Фетоплатсентар этишмовчилик. Фетоплатсентар тизим (ФПТ) ва унинг функционал ҳолати. Перинатология. Антенатал, интранатал ва неонатал даврлар. ФПТ: кардиомонитор кузатув, УТТ, гормонал текширув. Фетоплатсентар этишмовчилик, перинатал патология ва ўлими хавф омиллари, диагностика усуллари ва профилактика принциплари.

Ҳомила ўсишдан орқада қолиши синдроми (ХЎОҚС). Этиологияси. Диагностикаси, профилактикаси. Чақалоқ тўсатдан ўлими синдроми.

Ҳомиладорлик кечки муддатларида вагинал қон кетишилар. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвакт кўчиши. Йўлдошни олдинда ётиши. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвакт кўчиши: таснифи, этиологияси, патогенези, клиник аломатлари, диагностика усуллари, асоратлар. Ҳомиладорлик ва туғруқда даволаш ва олиб бориш принциплари. Йўлдошни олдинда ётиши: этиологияси, патогенези, таснифи, ҳомиладорликни кечиши, диагностик усуллари, акушерлик тактика, асоратлар, профилактикаси.

Туғруқдан кейинги вагинал қон кетишилар (йўлдош бирикиши аномалиялари, бачадон гипо ва атонияси, юлдош қисмларини бачадон бўшлиғида қолиб кетиши, бачадон бўйни ва оралиқ йиртилишлари) сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси ва профилактика чоралари. Окситотсин ва/ёки простагландинларни тақрор юборганда дозаси. Вақтинчалик қон кетишини тўхтатиш усуллари: бачадонни ташки уқалаш, бачадон бимануал компрессияси, қорин аортасини босиш. Қон кетишини тўхтатишнинг жарроҳлик усуллари: бачадонга Б-Линч бўйича компрессион чоклар қўйиш, бачадон артерияларини билатерал боғлаш, ички ёнбош артерияларни билатерал боғлаш, гистеректомия.

Геморрагик шок: этиопатогенези, таснифи, клиникаси, диагностикаси, профилактикаси. Бемор аҳволини шошилинч бирламчи баҳолаш. Бирламчи реаниматсия (кристаллоидлар 3:1да юбориш). Қон қўйишга кўрсатмалар.

Қон ивиш тизими, ундаги ҳомиладорликда ўзгаришилар. Диссеминирлашган томир ичидаги қон ивиш синдроми (ДТҚИС) сабаблари, диагностикаси, клиникаси, профилактикаси. Эритротситар масса ва янги музлатилган плазма қўйишга кўрсатмалар. Акушерликда қон кетиши хавф гурухи ва унинг профилактикаси.

Қониқарсиз туғруқ фаолияти Туғруқни актив ва пассив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси ва акушерлик тактикаси ва профилактикаси. ЖССТ тавсиясига кўра окситотсинда туғруқ индуксияси.

Замонавий акушерликда тор чаноқ. "Анатомик" ва "клиник" тор чаноқлар тўғрисида тушунча. Тор чаноқ, этиологияси, турлари, таснифи, диагностикаси. Ясси чаноқларда туғруқни кечиш хусусиятлари. Кўндалангига торайган тор чаноқларда туғруқни кечиш хусусиятлари. Умумий торайган тор чаноқларда туғруқни кечиш хусусиятлари. Чаноқ суяги аномалияларида туғруқни асоратланиши. Тор чаноқларда туғруқни олиб бориш принциплари.

Ҳомила боши ва она чаноғи диспропорсияси. Элкалар дистотсияси. Функционал тор чаноқни келиб чиқиши сабаблари ва клиник симптомлари. Она ва бола учун асоратлар ва уларни профилактикаси.

Ҳомилани нотўри ҳолати. Сабаблари, патогенези таснифи диагностикаси, шифокор тактикаси. Ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш хусусиятлари. Она ва бола учун асоратлар уларнинг профилактикаси.

Тұғруқда вагинал қон кетишилар: бачадон ёрилиши. Таснифи, этиологияси ва патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш принциптері, профилактикаси.

Тұғруқни амалға оширувчи оператсиялар: кесар кесиш, акушерлик қисқичлари, вакуум экстраксия. Замонавий акушерлиқта кесар кесиш. Жаррохлық модификациялари, мутлақ ва нисбий күрсатмалар. Асоратлар ва реабилитация.

Акушерлик қисқичларини қўйишга кўрсатмалар, шароитлар ва қисқичларни қўйиш техникаси. Вакуум экстракторни қўйишга кўрсатмалар, шароитлар ва қўллаш техникаси.

Ҳомилада шошилинч ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар.Чақалоқлар реаниматсияси. Ҳомилани она қорнида инфитирланиши. ТОРЧ- инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси.

Онадан болага ОИВ-инфекция трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интегратсияси ва самарали перинатал парвариш. ОИВ бўйича тестдан олдин ва кейинги маслаҳат. ОИВ-позитив ҳомиладорларда антенатал, антиретровирус препаратларини буюриш. Туғдириш усуллари (електив кесар кесиш), туғруқни бехатар олиб бориш. Чақалоқни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга маҳсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ.

Чилла даври инфекциялари. Замонавий тушунчалар. Таснифи, инфекция тарқалиш йўллари. Инфекция қўзготувчилари тўғрисида замонавий тушунчалар. Диагностикаси. Даволаш принциптери. Профилактикаси. Юқори хавф гурухлари, амбулатор шароитда профилактика.

Акушерлик перитонити. Сабаблари, таснифи диагностикаси клиникаси, даволаш.

Сепсис: таснифи, сабаблари, диагностикаси. Туғруқхоналарда инфекцион назорат, шифохона ичи инфекцияси профилактикаси.

Гинекология фани. Нормал хайз сикли ва унинг бошқарилиши. Гинекологик касалликлар пропедевтикаси. Гинекологик касалликлар пропедевтикаси. Гинекологик беморларни замонавий текшириш усуллари.

Хайз сикли бузилишлари. Таснифи. Аменорея. Хайз сикли бузилишлари таснифи. Аменорея. Таснифи. Этиологияси, патогенези. Диагностикаси. Даволаш ва профилактика принциптери.

Бачадондан дисфункционал қон кетишилар. Аёллар турли ёш даврларида дисфункционал қон кетишилари. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси. Текшириш усуллари, даволаш принциптери. Профилактикаси.

Аёллар жинсий аъзолари яллиғланиш касалликлари. Аёллар жинсий аъзолари яллиғланиш касалликлари. Этиологияси ва тарқалиш йўллари. Таснифи. Кўп учрайдиган гениталий органлари яллиғланиш касалликларининг, клиник кечиши ва уларнинг диагностикаси, даволаш ва профилактика принциптери. Жинсий йўллар орқали юқувчи касалликлар (ЖЁОК) тўғрисида тушунча, улар профилактикаси.

Ҳомиладорлик И ярмида қон кетиши. Ҳомиладорлик биринчи ярмида қон кетишилар сабаблари. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. Элбуғоз. Этиологияси, патогенези, турлари. Бачондаги ҳомиладорликни узилиши. Клиникаси, диагностикаси, даволаш принциптери. Найдаги ҳомиладорлик асоратлари ва профилактикаси.

Бачадон яхшисифат касалликалри. Бачадон миомаси. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, диагностикаси. Даволаш усуллари ва профилактика принциплари. Эндометриоз. Таърифи. Этиологияси, патогенези, таснифи. Турли соҳада жойлашган эндометриозни клиник кўринишлари. Диагностикаси. Даволаш ва профилактика принциплари.

Тухумдон ўсмалари. Тухумдон яхшисифат ўсмалари. Учраши, этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси. Тухумдон ретенсион ҳосиллари. Асоратлари. Тухумдон ёмонсифат ўсмалари. Таснифи. Симптоматика, диагностикаси, даволаш принциплари. Профилактик кўрувлар аҳамияти, ултратовушли текширув (УТТ).

Аёллар жинсий аъзолари нуқсонли ривожланганлиги ва нотўғри жойлашиши.

Аёллар жинсий аъзолари нуқсонли ривожланганлиги ва нотўғри жойлашиши. Учраши, этиологияси, таснифи, клиникаси, даволаш усуллари ва профилактикаси.

Бачадон бўйни ва танаси фон, раколди ва рак касалликлари. Бачадон бўйни ва танаси раки. Бачадон бўйни ва танаси фон ва раколди касалликлари . Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси. Диагностикаси. Рак олди касалликлари билан беморларни текшириш усуллари.

Бепушт никох. Бепушт никох. Аёллар ва эркаклар бепуштлиги. Аёллар бепуштлиги таснифи, най, эндокрин бепуштлиги. Иммунологик бепуштлик. Текшириш усуллар, диагностикаси, даволаш принциплари.

Замонавий контратсепсия усуллари. Контратсепсия турлари. Маслаҳатлашув принциплари.

АМАЛИЙ МАШГУЛОТЛАРГА ТАЛАБ

Акушерликдан:

- Акушерлик-гинекологик статсионарининг ташкил этилиши ва тузилиши. Ўзбекистон Республикаси ССВ 500-сонли буйруғига риоя қилиш.
- Аёллар жинсий аъзолари клиник анатомияси. Туғруқ йўллари. Ҳомилани туғруқ обьекти сифатида ўрганиш.
- Шифокорни деонтология ва сир сақлашига риоя қилиши. Бехатар оналик принциплари.
- Ҳомиладорларни текшириш усуллари. Ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикаси. Антенатал кузатувнинг замонавий консепсияси. Ҳомила аҳволини баҳолаш. Ҳомиладорлар уй картаси. Оналар мактаби. Аёл организмидаги ҳомиладорлик сабабли ўзгаришлар. 425-сонли буйруқ билан танишув.
- Туғруқ. Организмнинг туғруққа тайёргарлигини баҳолаш. Туғруқ даврлари. ПартоGRAMMA. Энса олдинги турида туғруқ биомеханизми. Туғруқ даврлари характеристикаси. Биринчи ва қайта туғувчиларда бачадон бўйни очилиши механизми. Қоғонок сувлари ва ҳомила пуфагининг аҳамияти. Туғруқ даврларини олиб бориши. Туғруқни оғриқсизлантириш. Туғруқни Ш даврини фаол олиб бориши. Юмшоқ туғруқ йўлларини кўришга кўрсатмалар. Шериллик туғруқ.
- Физиологик чилла даври. Ҷақалоқлик даври. Ҷақалоқларни Апгар шкаласида баҳолаш. Ҷақлоқларни бирламчи артиб тозалаш.
- Кўкрак билан боқиш принциплари. Она ва боланинг биргаликда бўлиши. Кўкрак билан боқишнинг 10та принциплари. Гипогалактия. Ҷақалоқлар асфиксияси диагностикаси, жонлантириш чоралари. Ҷақалоқлар парвариши.
- Ҳомилани чаноги билан келиши. Ҳомиладорлик ва туғруқни кечиши. Туғруқ биомеханизми. Ловсет ва Морисо-Смелли-Вейта усуллари.
- Ҳомиладорлар кўнгил айниши ва кусиши. Этиологияси, таснифи, клиникаси, даволаш.

- Ҳомиладорликда гипертензив синдром, прееклампсия, эклампсия. Гипертензив ҳолатлар таснифи. Клиникаси, диагностикаси, асоратлари. Прееклампсия ва эклампсия оғир формаларида шошилинч ёрдам күрсатиш. Профилактика ва реабилитация чоралари.
- Ҳомиладорлик, туғрук ва чилла даврининг буйрак касаллукларида кечиши. Ҳомиладорликда буйрак касаллуклари таснифи. Симптомсиз бактериурия. Ҳомиладорликни кечишига, ҳомилага ва чақалоққа таъсири. Қалтис даврлари. Даволаш принциплари. Ҳомиладорликни тұхтатишига күрсатмалар.
- Акушерликда резус-омилни ўрни. Ҳомиладорликдаги асоратлари. Резус-можаро ривожланиши хавф гурухлари. Чақалоқлар гемолитик касаллуги.
- Ҳомиладорлик муддатига этмаслиги ва муддатидан ўтиб кетиши тұғрисида тушунчалар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси. Таснифи. “Чин” ва “сохта” муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик тұғрисида тушунчалар.
- Ҳомиладорлик кечки муддатларида вагинал қон кетишилар. Нормал жойлашган йүлдошнинг барвақт күчиши (НЖЙБК). Йүлдошни олдинда ётиши (ЁЁ). НЖЙБК ва ЁЁ: таснифи, этиологияси, патогенези, клиник алматлари, диагностика усуллари, асоратлар. Шошилинч ёрдам күрсатиши ва акушерлик тактикаси.
- Туғрукдан кейинги вагинал қон кетишилар. Туғрукни ИИИ даври ва илк чилла даврида қон кетишилар. Сабаблари, клиникаси, диагностикаси. Қон кетиши турига қараб даволаш принциплари. Юмшоқ туғрук йүллари йиртилишлари. Трансфузиянан ва инфузиянан асослари.
- Геморрагик шок. Коагулопатик қон кетишилар. Этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси. Геморрагик шок ва акушерлик Диссеминирлашган томир ичидә қон ивиш синдромини даволаш принциплари.
- Қоникарсиз туғрук фаолияти. Таснифи. Этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, даволаш. Туғрук ва чилла даврида асоратлар. Ҳомиладорлик ва туғрукни олиб бориши тақтикаси.
- Тор чаноқ. Этиологияси, таснифи, диагностикаси. Туғдириш усуллари. Ҳомиладорлик ва туғрукни кечиши. Асоратлар. Анатомик ва клиник тор чаноқларда туғдириш усуллари.
- Ҳомила боши ва она чаноғи диспропорсияси. Функционал тор чаноқни келиб чиқып сабаблари. Она ва бола учун асоратлар. Элкалар дистотсияси, диагностикаси, акушерлик ёрдам усуллари.
- Ҳомилани нотұғри ҳолати. Диагностикаси, она ва бола учун асоратлар уларнинг профилактикаси. Ҳомилани нотұғри ҳолати, тушунча, этиологияси, диагностикаси.
- Туғрукда вагинал қон кетишилар. Бачадон ёрилиши. Диагностикаси. Хавф гурухи. Профилактикаси. Диагностикаси ва профилактикаси.
- Туғрукни амалга оширувчи оператсиялар: кесар кесиш, ҳомила вакуум-екстраксияси, акушерлик қисқычлари, ҳомилани чаноғидан тортиб туғдириш.
- Чилла даври инфексиялари. Тушунча, этиологияси, патогенези, таснифи, тарқалиш йүллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари, профилактикаси. Акушерлик перитонити. Акушерлик перитонитининг, хирургик перитонитидан фарқи. Лактостаз. Мастит.

Гинекологиядан:

- Анамнезнинг ўрни. Гинекологик беморларни текшириш усуллари. Касаллик тарихи схемаси. Беморалар куратсияси.
- Нормал хайз сикли ва унинг бошқарилиши. Хайз сикли бузилишлари. Аменорея. Гипоменструал синдром.
- Бачадондан дисфункционал қон кетишилар. Таъриф, тушунча, аёллар турли ҳаёт даврларида дисфункционал бузилишлари этиологияси. Даволаш принциплари.
- Ҳомиладорлик И ярмида қон кетишилар. Абортлар. Абортлар таснифи, ўз-ўзидан содир бўладиган абортлар этиологияси. Абортлар клиникаси. Ҳомиладорларни текшириш ва олиб бориши усуллари. Абортлар профилактикаси. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. Сабаблари. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик турлари. Диагностикаси ва текшириш усуллари. Трофобластик

касалликлар. Элбуғоз, хорионепителиома, этиопатогенез, клиникаси, диагностикаси, текшириш усуллари.

- Аёллар жинсий аъзолари носпетсифик этиологияли яллиғланиш касалликлари. Диагностикаси. Даволаш принсиплари. Аёллар жинсий аъзолари спетсифик этиологияли яллиғланиш касалликлари. Сүзак, захм, трихомониаз, кандидоз, сил. Касаллик чақириувчи микробларни аниқлаш учун, лаборатория текширув усуллари.
- Бачадон миомаси. Эндометриоз. Бачадон миомаси таснифи. Симптоматология. Диагностика. Асоратлар. Консерватив ва оператив даволаш усуллари.
- Тухумдон яхши ва ёмонсифат ўсма касалликлари. Киста ва кистомалар. Кистомалар таснифи. Диагностикаси. Симптоматикаси. Даволаш ва профилактика усуллари.
- Аёллар жинсий аъзолари нүқсонли ривожланғанлиги ва нотұғри жойлашуви. Нотұғри жойлашуви сабаблари ва таснифи. Диагностикаси. Даволаш ва профилактика принсиплари.
- Бачадон бүйни ва танаси фон ва раколди касалликлари. Таснифи, диагностика усуллари, даволаш принсиплари. Профилактик күрүвларнинг ўрни.
- Бепушт никох. Таснифи, аёллар бепуштлиги этиологияси. Диагностикаси. эр хотинни бирғаликда текширув усуллари. Замонавий репродуктив технологиялар. Контратсепсия масаласи. Контратсепсия турлари.

МУСТАҚИЛ ИШИГА ТАЛАБ

Акушерликдан:

1. Аёллар жинсий аъзолари клиник анатомияси. Тузилиши, фаолияти, бачадонни қон билан таъминланиши ва иннервацияси. Чаноқ туби мушаклари.
2. Йўлдош тузилиши ва фаолияти. Амниотик суюклик биохимияси. Йўлдош гормонлари биосинтези.
3. Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатларини, ҳомила жойлашувини, ахволини ва вазнини аниқлаш. Ҳомила биофизик мезонлари. Ҳомиладорлар ва эмизувчи аёллар пархези. Гигиенаси. Кун тартиби. Оилада рўхий иқлим.
4. Ташқи акушерлик текширувлари (Леополд-Левитский бўйича ташқи акушерлик текширув усуллари, ҳомила аускултацияси).
5. Нормал чаноқ ўлчамлари. Ҳомила нормал ўлчамлари.
6. Кўнгил айнаш ва кусиш синдроми. Оғир кечишида акушерлик тактикаси.
7. Ҳомиладорларда урогенитал инфексиялар, диагностика, даволаш.
8. Физиологик кечаётган ҳомиладорликда қон биохимик кўрсаткичлари. Гипотензив дорилар.
9. Қон гурухи ва резус факторни аниқлаш. Норма ва гемолитик касаллигига қон биохимик кўрсаткичлари.
10. Мушаклар қисқариши патофизиологияси. Туғруқ бошланиши сабаблари. Организмнинг туғруққа тайёргарлиги. Нормал прелиминар давр. Нормал туғруқ биомеханизми. Туғруқда оғриқсизлантириш. Утеротоник дорилар.
11. Физиологик қон йўқотиши.
12. Қон кетишини клиник аломатлари. Қон босими (ҚБ) ва пулсни ўлчаш. Қон ивиши физиологияси. Қон ивиш тизими. Қон ивиш омиллари нормада.
13. Ҳомила чаноги билан келишида кўлланиладиган усуллар.
14. Рахит, унинг чаноқ тузилишига таъсири.
15. ОИВ ва ҳомиладорлик. Онадан ҳомилага инфексияни вертикал трансмиссияси. Даволаш ва профилактикаси.
16. Кесар кесиш оператсияси усуллари.
17. Яллиғланиш жараёни патофизиологияси. Чилла даври яллиғланиш касалликлари қўзғотувчилари.

Гинекологиядан:

1. Аёллар жинсий аъзолари анатомияси ва физиологияси. Функционал диагностика тестлари. Қўшимча текшириш усуллари (ултратовуши текширув (УТТ), лапароскопия, гистероскопия, лаборатор текширувлар). Ҳомиладорлик эрта муддатлари диагностикаси.
2. Хайз сикли бошқарилиши. Тухумдон ва бачадон сикли. Функционал диагностика тестлари.
3. ТОРЧ инфексия. Сқрининг.
4. Аёллар жинсий аъзолари ўсма касалликлари.
5. Урогениатал инфексия. Аниқлаш йўллари. Юқори хавф гурухига кирувчи беморлар. Вирусли инфексия.
6. Тухумдонлар поликистози синдроми.
7. Гинекологияда эндоскопик текширув ва даволаш усуллари. Бепуштликда гормонал диагностика усуллари.
8. Хайз сикли бузилишлари келиб чиқишида, қалқонсимон без фаолиятининг ўрни.

ДАРСЛИК ВА ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМАЛАР РЎЙХАТИ

Асосий адабиётлар:

1. Жаббарова Ю.К. , Аюпова Ф.М. – Акушерлик , Тошкент , 2009 й.
2. Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Акушерлик амалиети, Тошкент, 2000 й.
3. Кодирова А.А. , Каттаходжаева М.Х. – Акушерликдаги жаррохлик амалиети, Тошкент , 1999 й.
4. Закиров И.З., Бадриддинова М.С.. Нормал акушерлик. Самарканд, 1991.- 116
5. Закиров ИЗ., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].
6. Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с
7. Закиров ИЗ.Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.-235с
8. Семейная медитсина /Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара, 1996.
9. Справочник врача общей практики. - Мерта. Англия, 1998.
10. Айламазян эК. Акушерство- С.Петербург, 2002 г.
11. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. А.Н. Стрижакова. М.Медитсина 2000.
12. Практическое акушерство. Кадирова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Ташкент. 2001
13. Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в акушерской практике э.К. Айламазян. СПб, 2002.
14. Акушерство. Савелева Г.М. Москва. 2002
15. Акушерство. Учебник для медицинских вузов. Э.К. Айламазян. СПб. СпетсЛит. 2003, 528 с.
16. Акушерство Бодяжина В.И., Семенченко. М. 2004
17. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236 с.
18. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ 2004
19. Акушерство и гинекология. Под редакцией Г.М. Савелевой М. 2008
20. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008
21. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008
22. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

Қўшимча адабиётлар:

1. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушерок. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
2. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
3. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007
4. Неонатология. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
5. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушерок ВОЗ.
6. Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
7. Экстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медитсина. 2005.
8. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. В.А Синзерлинг, В.Ф. Мелникова «ЕЛБИ- СПб Санкт-Петербург 2002
9. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка Перевод с англ. Под редакцией А.В Михайлова. Издательство «Петронолис» СПб. 2003.
10. 8. Гинекологий ин Примарий Гаре РОГЕР П .СМИТХ, М.О. Уиллиамс эт Уилкинс А. Уаверлій компаній 1996.
11. 9. УІЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США
12. 10. Пелвис анд Перинеум. Братхеръс Уіллиамс. Університет оф Пхіладелпхі.2004.
13. 11. Ратсионална фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков, Серов, Москва. 2006.
14. 12.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. А.Г. Таранов. Москва. 2004.с 13-40.
15. Гинекология по эшелю Новаку. Дж. Берек, И. Адаши, П. Хиллард. Москва, 2002.
16. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. 1998.
17. Меррей энкин, М. Китре, Дж. Нейлсон. (пер с англ. Под ред. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. СПб, 2003.
18. Профилактика инфекций. Рук-во для медучреждений с ограниченными ресурсами Л. Тинджер, Д. Босметр, Н. Макинтош. ЖХПИЕГО, 2004.
19. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.
20. Медитсинские критерии приемлемости для использования методов контратсепсии. Издание третье УНФПА 2004.
21. Свод практических рекомендаций по применению средств контратсепсии Издание второе УНФПА 2004.
22. Шехтман Т.К. экстрагенитальная патология и беременность - Ташкент 1991.
23. Шевченко Т.К. Крупный плод в современном акушерстве. Ташкент1991.
24. Магзумов Б.Х., Рассадина М.В. «Кесарево сечение»/ Метод. рекомендации. // Т., 2002.
25. 4 .Мавлянова Ш.К., Сайдкариев Б.К. Перенашивание беременности / Метод. рекомендации. // Т., 2001.
26. Е.А. Чернуха. Родовой блок. М., 2001.
- 27.Савелева Г.М. Акушерство-М: Медитсина 2000 .
28. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М: Медитсина. 1997.

Интернет сайлар манзиллари:

www.меди.ру, www.мединкс.ру, www.обгин.нет, www.медссапе.ком,
www.мэлланд.ру,www.мэд-либ.ру,www.спеслит.спб.ру, www.сохране.орг,
www.кцмд.ру/пат/гинеколог, www.мэдсан.ру, www.мэдтм.ру/гин.хтмл,
www.дир.русмедсерв.ком/индекс/специалитет, www.хеалтхуа.ком/партс/гинаесолог

Ўзбекистон Республикаси ҳукмати қарор ва фармонлари:

1. Постановление Кабинета Министров № 46 от 15 февраля 2000 года «Здоровое поколение»;
2. Постановление Кабинета Министров № 68 от 5 февраля 2001 года «Мат и ребёнок»;

3. Постановление Кабинета Министров №32 от 25 февраля 2002 года «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения»;
4. Постановление Кабинета Министров №242 от 5 июля 2002 года «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медитсинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»;
5. Постановление Кабинета министров № 365 от 25 августа 2003 года « О медитсинском освидетельствовании лиц, вступающих в брак»;
6. Постановление Кабинета министров №515 от 2 ноября 2004 года «О мерах по реализации проекта “Укрепление здоровья женщин и детей” с участием АБР»
7. Постановление Президента №153 от 11 августа 2005 года “О мерах реализации проекта Национальной Программы фортifikатции муки”
8. Указ Президента Республики Узбекистан от 19.09.2007 года №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения»
9. Постановление Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 г. № 700 «О мерах по совершенствованию организаций деятельности медитсинских учреждений республики».
10. Постановлением Кабинета Министров Республика Узбекистан №48 от 18 марта 2008 года «О мерах по совершенствованию организационной структуры и деятельности территориальных учреждений здравоохранения»
11. Программа по обеспечению благополучия детей Республики Узбекистан на 2007-2011гг.».
12. Постановление Президента Республики Узбекистан ПП-1046 от 26 января 2009г. «О Государственной программе «Год благоустройства и развития села»,
13. Постановление Президента №892 от 18 июня 2008 г. “О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства”
14. Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года №ПП-1096 “О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формирование здорового поколения”
15. Постановление Президента Республики Узбекистан от 1 июля 2009 года №ПК-1144 «2009-2013 йилларда ахолининг репродуктив саломатлигини мустахкамлаш, соглом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга этказиш борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари Даствури тугрисида».

Ўзбекистон Республикаси ССВ буйруқлари:

1. №500 от 13 ноября 2003г «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций»
2. №425 от 5 сентября 2005 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан»
3. № 176 от 22 апреля 2005 года «О программе по дальнейшему снижению младенческой смертности»
4. № 81 от 19 марта 2006 г. «О дальнейшем распространении ИБДОР»
5. №145 от 30 марта 2007 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания медитсинской помощи детям на первичном звене здравоохранения»
6. №155 от 10 апреля 2007 г. «Об оказании стационарной помощи детскому населению Республики Узбекистан»

7. № 428 от 27 сентября 2007 г. «О внедрении расследования критических случаев в акушерской практике в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
8. №74 от 18 марта 2009г. «О мерах по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
9. № 226 от 20 июля 2009 г. «Основы ухода за здоровым и болным новорожденным ребенком».
10. №243 от 4 августа 2009 г. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения»
11. Приказ №600 МЗ РУз от 29.12.2007. О соблюдении санитарно-гигиенического, противоэпидемиологического и дезинфекционного режима в лечебно-профилактических учреждениях в Республике Узбекистан.
12. Постановление №42 от 22.12.2004 г. Об обеспечении безопасности донорской крови и её компонентов в Республике Узбекистан.
13. Приказ №88 МЗ РУз от 22.02.2007 г. Об утверждении показаний для применения крови и её компонентов в лечебно-профилактических учреждениях.
14. Приказ № 480 МЗ РУз от 30.10.2007 г. О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан.

III. Рабочая программа (по утвержденной структуре)

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКАЯ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИИ

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе
К.М.Н. *С.Ш.Олимов*
«22» 2015 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Гинекология

Область знаний - 510000 «Здравоохранение»

Направление образования:

5510100 – Лечебное дело или

5111000 – Профессиональное образование (5510100 – Лечебное дело)

Трудоемкость в часах – 114

В том числе:

Лекции – 12 57

Практические занятия –

Самостоятельная работа – 45

Бухара – 2015г.

Составители:

Ихтиярова Г.А. т.ф.н. доц.
(Ф.И.О., должность, ученая степень, научное звание)

Зар
(подпись)

Сарысова, Л.В. т.ф.н
(Ф.И.О., должность, ученая степень, научное звание)

Мисеев
(подпись)

Рецензенты:

Облюкулов А.Р. т.ф.н.
(Ф.И.О., должность, ученая степень, научное звание)

Зар
(подпись)

Чавчугова Г.И. т.ф.н.
(Ф.И.О., должность, ученая степень, научное звание)

Жанб.
(подпись)

Заведующий кафедрой: к.м.н. доц. Ихтиярова Г.А.
(Ф.И.О., должность, ученая степень, научное звание)

Зар
(подпись)

Заведующий ЦПМК : к.м.н. доц. Вахидов Н.Х
(Ф.И.О., должность, ученая степень, научное звание)

Бахит
(подпись)

Рабочая программа составлена на основе Типовой учебной программы и учебного плана по направлению _____, обсуждена и утверждена на _____ научно методическом Совете

БУХМИ протокол № 11 от «26» 01 2015 г.

Методист : Одилова Р.Х

СТРУКТУРА

РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

1. Введение

1.1. Цели и задачи дисциплины

1.2. Требования к знаниям, умениям и навыкам студентов

В соответствии с указанными целями и задачами после окончания изучения дисциплины акушерство студент должен знать:

2. Объем учебной нагрузки

Трудоемкость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час).					Самостоятельная работа
	Всего	Лекции	Практические занятия	Семинары	Лабораторные работы	
114 ч	77 ч	12ч	57 ч			45 ч

3. Лекционный курс

3.1. Тематические планы лекционных занятий

лекции	Название темы лекций	Количество часов
1.	Нормальный менструальный цикл и её регуляция. Пропедевтика гинекологических больных.	2 часов
2.	Нарушение менструального цикла. Классификация.Аменорея. Дисфункциональное маточное кровотечение.	2 часов
3.	Воспалительные заболевания женских половых органов.	2 часов
4.	Кровотечение ИИ половины беременности.	2 часов
5.	Бесплодный брак.	2 часов
6.	Современные методы контрацепции.	2 часов
	Всего:	12 часов

3.2. Содержание лекционного материала

Содержание лекционного материала представляется в традиционной форме.

Название темы лекции пишется с новой строки и выделяется жирным шрифтом.

Содержание темы лекции рекомендуется заканчивать указанием литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы).

№	Название темы лекций	Краткое содержание лекционного материала	Литература:	часов
1	Нормальный менструальный цикл регуляция. Пропедевтика гинекологических больных.	Нормальный менструальный цикл эё регуляция. Пропедевтика гинекологических больных.	Аюпова Ф.М. Гинекология дарслиги узб. тилида. 2006 йил 214 бет. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М: Медистина. 1997. Айламазян э.К., Рябстева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Дарслик — С.Петербург, 1992., 256 бет. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д.,	2
2	Нарушение менструального цикла. Классификация.Аменорея. Дисфункциональное маточное кровотечение.	Нарушение менструального цикла. Классификация.Аменорея. Этиология, патогенез. Диагностика. Принципы лечения и профилактика. Дисфункциональное маточное кровотечение. Методы обследований, принципы лечения. Профилактика.	Аюпова Ф.М. Гинекология дарслиги узб. тилида. 2006 йил 214 бет. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М: Медистина. 1997. Айламазян э.К., Рябстева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии.	2
3	Воспалительные заболевания женских половых органов.	Этиология и пути передачи. Классификация. Часто встречающие воспалительные заболевания женских половых органов, клиническое течение, диагностика, принципы лечения и профилактика. Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика.	Аюпова Ф.М. Гинекология дарслиги узб. тилида. 2006 йил 214 бет. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М: Медистина. 1997. Айламазян э.К., Рябстева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Дарслик — С.Петербург, 1992., 256 бет.	2
4	Кровотечение ИИ половины	Кровотечение И половины беременности, причины кровотечения. Внематочная беременность. Пузырный	Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология.	2

	беременности.	занос. Эtiология, патогенез, виды. Аборт внематочной беременности. Клиника, диагностика, принципы лечения. Осложнения внематочной беременности и профилактика.	Дарслик , Новгород, 1997, 46 бет. WILLIAMS ОБСТЕТРИСС. Дарслик. 1999 й. АКШ., 500 бет	
5	Бесплодный брак.	Женское и мужское бесплодие. Классификация женского бесплодия, трубное и эндокринное бесплодие. Иммунологическое бесплодие. Методы обследования диагностика, принципы лечения.		
6	Современные методы контрацепции.	Виды контрацепции. Принципы консультации.		
	Всего:			12

4. Практические/семинарские занятия

4.1. Тематические планы практических/семинарских занятий

№ темы	Название темы практических/семинарских занятий	Количество часов
1	Роль анамнеза. Методы обследование гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.	6 часов
2	Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.	6 часов
3	Дисфункциональные маточные кровотечения.	6 часов
4	Внематочная беременность, пузырный занос, харион эпителиома.	6 часов
5	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии.	6 часов
6	Миома матки. Эндометриоз	6 часов
7	Добропачественные и злокачественные опухоли яичников.	7 часов
8	Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов. Фоновое и предраковое заболевания. Рак шейки и тела матки.	7 часов
9	Бесплодный брак. Методы контрацепции.	7 часов

4.2. Содержание тем практических/семинарских занятий

Темы практических/семинарских занятий представляются по следующей форме:

- № практического/семинарского занятия
- № соответствующей темы лекции

- Название темы практического/семинарского занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

**Темы практических/семинарских занятий
гинекологиядан амалий машулотнингтавимий календар режаси (русча)**

№	Название темы практического	семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий	Ссылка на литературу	часов
1	Роль анамнеза. Методы обследование гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.	<i>Роль анамнеза в диагностике гинекологических заболеваний. Разбор формы истории болезни. Курация гинекологических больных. Современные методы исследования в гинекологической практике. Клиническая анатомия женских половых органов.</i>	1,2,3,4	6
2	Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.	<i>Понятие о нормальном менструальном цикле. Регуляция менструального цикла. Связь между состоянием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Тесты функциональной диагностики. Нарушение менструального цикла. Диагностика.</i>	1,2,3,4	6
3	Дисфункциональные маточные кровотечения.	<i>Определение, понятие, этиология дисфункциональных расстройств цикла в различные периоды жизни женщины. Принципы лечения.</i>	1,2,3,4	6
4	Внематочная беременность, пузырный занос, харион эпителиома.	<i>АбORTы. Классификация абортов, этиологические факторы самопроизвольных абортов, клиническая картина в зависимости от стадии абORTа. Диагностика и принципы ведения беременных в различными стадиями абORTа. Профилактика абORTа. Внематочная беременность. Причины. Виды внематочной беременности. Клиническая картина трубной беременности (прогрессирующий нарушенной). Трофобластические заболевания. Пузырный занос, харионэпителиома. Этиопатогенез, клиника диагностика, методы обследования.</i>	1,2,3,4	6
5	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической	<i>Частота и этиология воспалительных заболеваний женских органов. Пути проникновения и распространения инфекции. Клиническое течение основных форм воспалительных заболеваний и принципы лечения в зависимости от этиологического фактора.</i>	1,2,3,4	6

	и специфической этиологии.	<i>Профилактика.</i>		
6	Миома матки. Эндометриоз	<i>Классификация миом матки. Симптоматика. Диагностика. Осложнения. Принципы консервативного и оперативного лечения. Классификация эндометриоза. Клиника отдельных форм. Диагностика.</i>	1,2,3,4	6
7.	Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.	<i>Кисты и кистомы. Классификация кистом. Диагностика. Симптоматика. Методы лечения и профилактики. Рак яичника, стадии распространения. Принципы лечения. Профилактика.</i>	1,2,3,4	7
8.	Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов. Фоновое и предраковое заболевания. Рак шейки и тела матки.	<i>Подвешивающий и поддерживающий аппарат матки. Причины и классификация неправильных положений. Диагностика. Принципы лечения и профилактики. Виды аномалий развития диагностика, осложнения репродуктивного периода. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Классификация, методы диагностики, принципы лечения. Рак шейки матки. Стадии распространения. Осложнения.</i>	1,2,3,4	7
9.	Бесплодный брак. Методы контрацепции.	<i>Причины мужского и женского бесплодия. Диагностика мужского и женского бесплодия. Методы обследования. Принципы лечения различных форм бесплодия. Виды контрацепции.</i>	1,2,3,4	7

5. Лабораторные занятия

5.1. Тематические планы лабораторных занятий

№ темы	Название темы лабораторного занятия	Кол-во часо
1.		
2.		

5.2. Содержание тем лабораторных занятий

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

- № лабораторного занятия
- № соответствующей темы лекции
- Название темы лабораторного занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

6. Самостоятельная работа студентов

6.1. Тематические планы самостоятельной работы студентов

№ темы	Название темы СРС	Кол-во часов
1.	Анатомия и физиология женских половых органов. Тесты функциональной диагностики.	5
2.	Дополнительные методы обследования (УТТ, лапароскопия, гистероскопия, лабораторные обследования). Ранняя диагностика беременности..	5
3.	Регуляция менструального цикла. Маточный и яичниковый цикл. Тесты функциональной диагностики.	5
4.	ТОРС инфекция. Скрининг.	5
5.	Доброкачественные и злокачественные заболевания ЖПО.	5
6.	Урогениатальная инфекция. Методы определения. Больные входящие в группы высокого риска. Вирусная инфекция.	5
7.	Синдром поликистозных яичников.	5
8.	Эндоскопик методы диагностики и лечения в гинекологии. Гормональные методы диагностики.	5
9.	Роль щитовидной железы при нарушении менструальной функции.	5
		45 часов

6.2. Содержание тем СРС

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

- № лабораторного занятия
- № соответствующей темы лекции
- Название темы лабораторного занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

7. Перечень практических навыков

-8. Рейтинговый контроль и критерии оценки знаний, умений и навыков по дисциплине

Основным критерием качества подготовленности студента является его рейтинг, слагающийся из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

100 баллов в **целом по дисциплине** распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1.	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5

2.	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3.	Итоговый контроль	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

По семестрам баллы распределяются в зависимости от продолжительности изучения предмета.

Критерием оценивания практических занятий является текущая оценка, слагающаяся из контроля подготовленности студента к занятию и оценки качества выполнения задания.

IV. Методические рекомендации по выполнению практических и семинарских занятий (ЕМС)

Практическое занятие № 1

Роль анамнеза. Методы обследование гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.

Цель Изучить предмет гинекология. Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Пропедевтика гинекологических заболеваний.

Актуальность темы: Гинекология (от греч. Гуна - женщина, логос - слово, учение)

специальная отрасль медицины, изучающая нормальную деятельность женского организма, заболевания, связанные с его анатомо - физиологическими особенностями, во все периоды жизни женщины, а также профилактику и терапию этих заболеваний.

Содержание темы: Исследование гинекологических больных производится по определенной системе, которая помогает выявить главные факты и учесть все детали, способствующие правильному распознаванию заболевания. Система обследования гинекологических больных имеет целью последовательное изучение анатомических особенностей и функций полового аппарата женщины.

Половые органы женщины связаны со всеми органами и системами и функции их находятся во взаимной зависимости. Болезни половых органов также влияют на функции других органов и систем и на состояние организма в целом. Поэтому обязательным компонентом обследования больных, страдающих гинекологическими заболеваниями, является применение общеизвестных

методов исследования органов кровообращения, дыхания, нервной системы, применение лабораторных рентгенологических и других вспомогательных методов.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вводное слово 2. Определение и цели предмета гинекологии 3. Основные положения гинекологии 4. Определяющие компоненты и составные части гинекологии

Цель практического занятия: дать представление о предмете «гинекология », её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение науки «гинекологии»	Основную сущность предмета гинекологии
Разобрать основные методы исследования	Усвоить основные методы исследования
Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии	Иметь представление об основных направлениях гинекологии
Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	Иметь понятие об основных приёмах и методах гинекологии
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о предмете гинекологии Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам

	<p>Основные этапы и направления развития гинекологии</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследований</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятий и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определение и цели определения гинекологии 2. Основные направления и составные части гинекологии 3. Основные методы исследования. 4. Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний 5. Классификации гинекологических заболеваний 	темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
<p>3 этап: Заключительный - (10 мин.)</p>	<p>Подводит итог практического занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов.</p> <p>Поощряет активное участие студентов в практического занятия.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «Предмет гинекология. Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Пропедевтика гинекологических заболеваний»</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30

5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

- 1.Периоды жизни женщины.
- 2.Анатомия наружных половых органов.
- 3.Анатомия внутренних половых органов
- 4.Кровообращение ЖПО
- 5.Связочный аппарат матки.
- 6.Строение стенок матки.
- 7.Связочный аппарат половых органов.
- 8.Клетчатка малого таза.
- 9.Строение и функции молочных желез.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

1. Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладется ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

«Роль анамнеза в гинекологии. Методы обследования гинекологических больных»

Гинекология (от греч. Гуна - женщина, логос - слово, учение)

специальная отрасль медицины, изучающая нормальную деятельность женского организма, заболевания, связанные с его анатомо - физиологическими особенностями, во все периоды жизни женщины, а также профилактику и терапию этих заболеваний.

Учение о строении и функциях женских половых органов представляет собой фундамент как акушерства, так и гинекологии. Без ясного представления о физиологических функциях половых органов женщины невозможно правильное суждение о причинах происхождения, патогенезе, профилактике и лечении гинекологических заболеваний и связанных с ними общих нарушений. Поэтому изложению курса гинекологии предшествует краткое описание основных вопросов физиологии половой системы женщины. Необходимо подчеркнуть других органов и систем и подвержены возрастным изменениям. Разпознавание гинекологических заболеваний производится на основании данных анамнеза и объективного исследования.

Исследование гинекологических больных производится по определенной системе, которая помогает выявить главные факты и учесть все детали, способствующие правильному распознаванию заболевания. Система обследования гинекологических больных имеет целью последовательное изучение анатомических особенностей и функций полового аппарата женщины.

Половые органы женщины связаны со всеми органами и системами и функции их находятся во взаимной зависимости. Болезни половых органов также влияют на функции других органов и систем и на состояние организма в целом. Поэтому обязательным компонентом обследования больных, страдающих гинекологическими заболеваниями, является применение общеизвестных методов исследования органов кровообращения, дыхания, нервной системы, применение лабораторных рентгенологических и других вспомогательных методов.

в гинекологической практике используют:

1. Общепринятые в медицине методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др.
2. Специальные методы исследования: внутренние и бимануальное исследование, исследование при помощи зеркал, зондирование, пробное выскачивание и т.д.

3. Лабораторные методы исследования.

Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

При многих гинекологических заболеваниях осмотр позволяет получить ценные данные, облегчающие диагностику.

Бледность кожи и видимых слизистых оболочек наводит на мысль (заболеваниях связанных с кровопотерей (фибромиома, нарушения менструальное функции и др). Истощение, бледный и землистый цвет лица характерен для запущенных форм злокачественного образования. Рахитические деформации скелета могут быть причиной возникновения травматических повреждений после родов (свищи, разрывы шейки матки и промежности). Заболевания возникают в результате воздействия неблагоприятных условий среды, значимость которые возрастает при наличии определенных конституциональных факторов.

Из существующих классификаций типов конституции внимание гинекологов привлекают конституциональные особенности, связанные с нарушением характера полового развития и дифференцировки. К ним относятся инфантильный или гипопластический, тип, возникновения которого связан с недостаточным развитием организма (остановка на более ранней ступени), и интерсексуальный тип, характеризующийся недостаточной дифференцировкой половых признаков.

Инфантильный тип характеризуется следующими особенностями чертами: небольшой (или средний, реже высокий) рост, общеравномерносуженный таз, недоразвитие молочных желез, наружных и внутренних половых органов и др. При инфантилизме часто встречаются нарушения менструальной и детородной функции.

Интерсексуальный тип отличается недостаточно полной дифференцировкой половых признаков, что отражается на внешнем облике женщины и функциях половых органов. Женщины интерсексуального типа обычно имеют довольно высокий рост, массивный скелет, широкий плечевой пояс, таз, приближающийся по форме к мужскому, несмыкающиеся голени, Волосяной покров на половых органах развит сильно, рост волос направлен к пупку по белой линии (по мужскому типу). Много волос на ногах, вокруг заднеге прохода. У женщин интерсексуального типа нередко наблюдается гипоплазия половых органов, нарушение менструальной функции, бесплодие, половая индифферентность.

Иногда отмечается сочетание признаков инфантилизма и интерсексуальности.

Антисептический тип характеризуется, как известно, преобладанием продольных размеров, понижением тонуса мышечной и соединительной ткани.

Система опроса (анамнез) Гинекологических больных

Исследование гинекологических больных начинается с опроса имеющегося целью:

- а) выяснить субъективные симптомы данного заболевания (жалобы)
- б) получить сведения о предшествовавшей жизни и перенесённых заболеваниях (анамнез витае)
- в) выяснить развитие настоящего заболевания (анамнезис морби)

Опрос производится по следующему плану.

- Паспортные данные, среди которых особое внимание обращают на возраст больной.

- Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.

Наследственность, перенесённые заболевания (болезни детского гинекологические заболевания) заболевания мужа.

возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, перенесенные

Характер функций половой системы:

- а) Менструальной, б) половой, в) детородной (репродуктивногенеративной),
г) секреторной. Одновременно выясняются функции мочевыводящих путей и кишечника, которые связаны с половыми органами в анатомическом и функциональном отношениях.

- Наличие болей и их характер.
- Условия быта и труда.
- Развитие настоящего заболевания.

Система объективного исследования гинекологических больных.

Исследования гинекологических больных имеет целью распознавание заболеваний половой системы и выяснения других органов и систем. Производится исследование всего организма женщины, что очень важно в отношении выявления сопутствующих заболеваний расстройства функций важнейших органов, которые могут быть связаны с заболеваниями половых органов.

Общеизвестными методами исследования (перкуссия, аускультация пальпация, рентгеноскопия и др.) выясняется состояние сердечно - сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др. Имеет большое значение неврологическое исследование, дающее представление об изменениях функции нервной системы женщины.

Для уточнения диагноза и оценки клинического течения гинекологических заболеваний применяет гематологические, биохимические, гистологические, бактериологические и другие методы исследования.

Систем, особенностями строение скелета, грудной клетки внутренних органов (малое сердце, узкая аорта, низкое стояние диафрагмы, длинная брыжейка и др.), нередко наблюдается опущение внутренних органов. У женщин астенического типа нередко отмечаются чрезмерная подвижность матки и перегибы ее кзади. После родов в связи со слабостью связочного аппарата и мышц тазового дна легко возникает опущение влагалища и матки. Такие женщины нередко даже при отсутствии объективно выявляемых изменений со стороны половой сферы жалуются на боли в крестце, тяжесть внизу живота, болезненные менструации, запоры, понижение трудоспособности.

Осмотр живота может дать основание для предположения о наличии гинекологических заболеваний. Увеличение объема живота и изменение ее формы наблюдается при больших опухолях (миома, кистома и др.).

Увеличению живота способствует также асцит, нередко наблюдается при новообразованиях яичника.

Пальпация живота производится после опорожнения мочевого пузыря в горизонтальном положении при согнутых ногах.

Путем пальпации определяют состояние брюшной стенки (тонус, мышечная защита, наличие диастаза прямых мышц живота), болезненные участки на ней, наличие опухоли, инфильтратов. Ощупывание живота позволяет с известной точностью определить величину, форму, границы, консистенцию и болезненность опухолей инфильтратов, исходящих из половых органов располагающихся за пределами малого таза.

Перкуссия живота является вспомогательным методом исследованию гинекологии.

Перкуссия способствует уточнению границ и контуров опухолей, а также больших инфильтратов и экссудатов, образовавшихся при воспалительных заболеваниях половых органов.

Аускультация живота служит методом определения наличия перистальтико-укачивания на парез кишечника, наблюдающийся при перитоните. Ослабление перистальтики бывает после сложных гинекологических операций вследствие понижение моторной функции кишечника. Бурные кишечные шумы отмечаются при возникновении непроходимости кишечника (обтурационный илеус).

Аускультация способствует проведению дифференциального диагноза между опухолями половых органов (миомы, кистомы) и беременностью.

При беременности свыше 5 месяцев, а иногда и раньше аускультативно определяются движения и сердечные тоны плода.

11. Специальные методы исследования Гинекологических больных.

К обязательным методам исследования относятся:

- Осмотр наружных половых органов
 - Исследование при помощи зеркал
 - Влагалищное исследование
3. исследование при помощи пулевых щипцов;
4. цитологические методы исследования;
5. пробное высабливание слизистой оболочки матки;
6. биопсия;
7. пробный протокол (пункция);
8. продувание маточных труб;
9. рентгеноконтрастные методы исследования;
10. катетеризация мочевого пузыря;
11. эндоскопические методы исследования;
12. пробное чревосечение.

В гинекологической практике также широко используется гистологические, бактериологические, серологические, биохимические и другие методы исследования. По показаниям применяется медико-генетическое исследования.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

При осмотре наружных половых органов учитывают степень и характер развития волосяного покрова (по женскому или мужскому типу), развитие малых и больших половых губ, состояние промежности (высокая, низкая, корытообразная), наличие патологических процессов, воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности после разрывов).

Раздвинув пальцами малые половые губы, осматривают вульву и вход влагалища, учитывая при этом:

- окраску (бледность, цианоз)

- характер секрета
 - наличие патологических процессов (воспаление, кисты, изъязвления и др.)
- состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала и вывод протоков бартолиновых желез (гиперемия, выделения) форму девственной плея или ее остатков.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ.

Исследование при помощи зеркал производится непосредственно после осмотр наружных половых органов до производства влагалищного и бимануального исследования.

Исследование при помощи зеркал имеет исключительно важное значение для диагностики заболеваний влагалища и шейки матки.

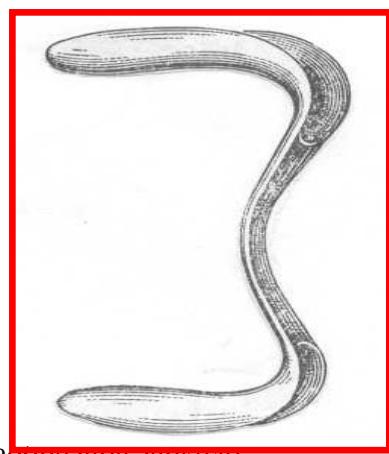
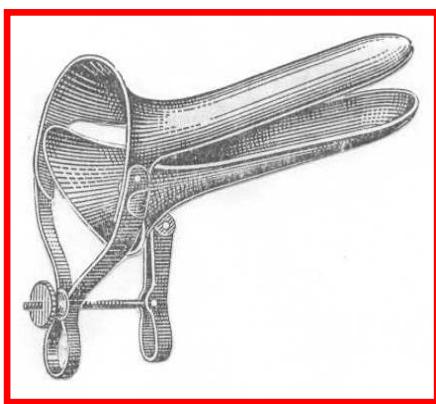
Существует следующие модели влагалищных зеркал: А) цилиндрические; Б) створчатые; В) ложкообразные (пластиначатые).

Цилиндрическими зеркалами пользуются редко, главным образом с целью изоляции стенок влагалища от лекарственных веществ, применяемых при лечении заболеваний шейки матки.

Самодержащиеся створчатые зеркала применяют в амбулаторной практике, если отсутствует помощник, который может понаблюдать при использовании более удобных ложкообразных зеркал.

Наиболее удобны в отношении обеспечения полноты осмотра шейки матки и стенок влагалища ложкообразные зеркала.

При исследовании зеркалами определяют окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и наличие патологических процессов в области шейки матки и наличие патологических процессов в области шейки матки и влагалища (воспаление, повреждение, изъявление, опухоли, синусы и т. д.)



Створчатое зеркало. Ложкообразное зеркало.

Влагалищное (внутреннее) исследование.

Влагалищное исследование производится указательным и средним пальцами или только указательным пальцем или только указательным пальцем одной (обычно правой) руки. При узком влагалище (гипоплазия, возрастная атрофия, у нерожавших женщин) во влагалище следует вводить только один палец. Перед введением пальцев вульву протирают стерильной ватой или тампоном, смоченным в дезинфицирующем растворе. Половые губы разводят большим и указательным пальцами левой руки. Указательный и средний пальцы бережно вводят во влагалище, большой палец направляют к симфизу, мизинец и безымянный пальцы прижимают к ладони, а тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность.

Влагалищное исследование.

- Определяют состояние тазового дна путем надавливания на мышцы промежности со стороны влагалища и ощупывания (расслабление, гипотрофия или атрофия мышц);
- указательным и большими пальцами прощупывают область расположения больших вестибулярных желез (киста, воспаление железы и др.);
- со стороны передней стенки влагалища прощупывают уретру (уплотнение, болезненность), а при наличии признаков воспаления из нее выдавливают выделения (для исследования);
- определяют состояние влагалища: объем, складчатость, растяжимость, наличие патологических процессов (инфилтраты, рубцы, стенозы, опухоли, пороки развития). Выявляют особенности сводов влагалища: глубина, подвижность, болезненность.
- детально исследует влагалищную часть шейки матки: ее величину (гипертрофия, гипоплазия), форму (коническая, цилиндрическая, деформированная рубцами, опухолями, кондиломами), поверхность (гладкая, бугристая), консистенцию (обычная, размягченная при беременности, плотная при раке, старческом склерозе), положение по проводимой оси таза (направлена кпереди, кзади, влево или вправо, поднята, кверху или опущена), состояние наружного зева (закрыт или открыт, форма круглая, поперечная щель, зияние), подвижность шейки (чрезмерно подвижная при опущении и выпадении матки, неподвижная или ограниченно подвижная при воспалительных процессах запущенном раке).
-

Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование.

Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование является основным методом распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Прежде всего исследуют матку. Оба (или один) пальца внутренней руки вводят в передний свод; шейку матки несколько отодвигают кзади. Ладонной поверхностью (не концами) пальцев наружной руки через брюшную стенку прощупывают стенки матки, если дно ее направлено кпереди.

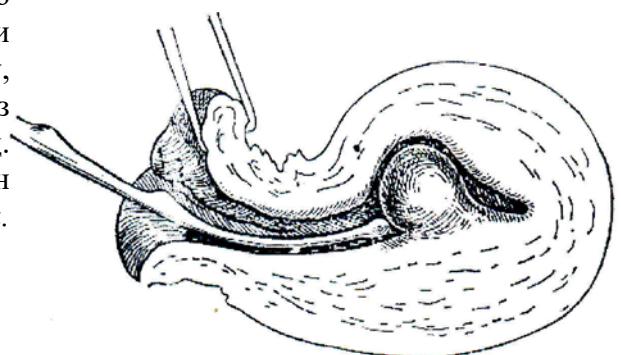
При пальпации матки определяют следующие данные:

1. *Положение матки*: наклонение (версио), перегиб (флехио), смещение по горизонтальной оси (поситио), и вертикальной оси (елеватио, дессенсус пролапсус) и др.
2. *Величина матки*: нормальная, уменьшена (гипоплазия, атрофия), увеличина (беременность, меома и т.д.).
3. *Форма матки*: нормальная (грушевидная, уплощенная), шарообразная (беременность, неправильная (опухоли, аномалии развития и т.д.)
4. *Консистенция*: обычная размягченная (беременность, флюктуирующая гематометра, пиометра), плотная (миома).
5. *Подвижность*: нормальная, ограниченная или отсутствует (опухоли спайка, инфильтраты), чрезмерная (расслабление связочного аппарата при опущении и выпадение матки).
6. *Болезненность*: (воспалительных заболеваний, вторичные изменения в узле миомы и др.)

Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию ее придатков (маточных труб и яичников). Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза.

Ректальное и ректально - абдоминальное Исследование.

Ректальное (ректально-абдоминальное) исследование необходимо в следующих случаях: а) у девушки при атрезии или стенозе влагалища; б) дополнительно к вагинально-абдоминальному исследованию при опухолях половых органов, особенно раке шейки матки, с целью уточнения степени распространения их (переход на тазовую клетчатку, стенку кишечника и т.д.); г) при наличии выделений из прямой кишки (кровь, гной), трещинах, ссадинах и т.д. Исследование производится пальцем, который защищен перчаткой или *напальчником, смазанным вазелином*. *Палец вводят при натуживании женищины.*



При ректальном исследовании определяют, нет ли опухолей, полипов, сужения и других процессов в прямой кише. Далее ощупывают шейку матки, крестцово - маточные связки, тазовую клетчатку. При помощи наружной руки (ректально-абдоминальное исследование) исследуют тело матки и придатки,

Ректально - вагинальное исследование применяют при наличии патологического процесса в стенке влагалища, кишке или в ректально вагинальной перегородке. Указательный палец вводят во влагалище, средний в прямую кишку. Таким образом легко определяются опухоли, инфильтраты и другие изменения в стенке влагалища, кишке и клетчатке, располагающей между ними.

Зондирование матки.

Зондирование матки является дополнительным методом исследования. Она производится специальным металлическим маточным зондом. Маточный зонд изготавливают из гнующегося металла, что позволяет изменять его форму по усмотрению врача. Один конец имеет форму пуговки, другой, утолщенный, служит рукояткой. На поверхности зонда имеется шкала в сантиметрах, что позволяет использовать его и в качестве измерительного прибора.

Зондирование матки при субмукозной миоме



ВВЕДЕНИЕ ЗОНДА В МАТКУ

Зондирование матки производят в условиях стационара, соблюдая правила асептики и антисептики. Перед зондированием во влагалище вводят зеркала шейку захватывают пулевыми щипцами. Зонд осторожно вводят в шейный канат и полость матки. При антефлексии матки пуговку зонда направляют к переди, при ретрофлексии - кзади. Выполнение этой технической детали позволяет предупредить повреждение матки (перфорация) при зондировании.

Зондирование выявляет проходимость шеечного канала, стеноз и атрезии, а также перегородки при пороках развития матки (двурогость и др.). В некоторых случаях зондирование позволяет выяснить положение матки и тем самым уточнить диагноз. Зондированием матки позволяет выяснить исходит ли данная опухоль из матки или придатков.

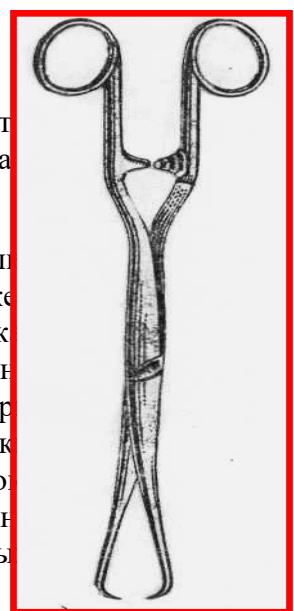
При помощи зондирования уточняется величина матки. Используя измерительную шкалу, можно выявить увеличение матки (фибримиомы : уменьшение её (гипоплазия, атрофия), а также удлинение шейки матки. Зондирование может способствовать выявлению миоматозных узлов, вдающихся в полость матки, и деформации её полости при интерстициальной фибромиоме.

Зондирование с диагностической целью противопоказано: а) при острых и подострых воспалительных заболеваниях матки и придатков, особенно при эндоцервиците гонорейной этиологии; б) при наличии установленной и даже предполагаемой беременности.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ПУЛЕВЫХ ЩИПЦОВ.

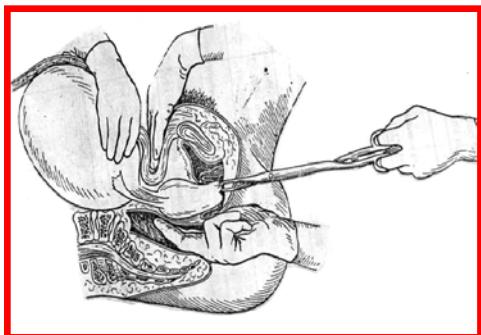
К исследованию при помощи пулевых щипцов прибегают дополнительно к бимануальному методу исследования в тех случаях, когда требуется уточнить связь опухоли с половыми органами.

При наличии обособленной от матки подвижной опухоли, располагающейся в нижней части живота, бимануальное исследование может оказаться недостаточным для решения вопроса о происхождении её (матка, яичник, кишечник и др.). Тонкая и длинная ножка опухоли иногда не определяется с помощью обычных методов исследования, особенно при толстой или напряженной стенке живота. В подобных случаях шейку матки обнажают зеркалами, протирают спиртом и смазывают йодом, а переднюю губу захватывают пулевыми щипцами.; можно наложить вторые щипцы на заднюю губу. После этого зеркала удаляют. Помощник потягиванием пулевых щипцов смещает матку книзу.



Палец правой руки вводят в прямую кишку (или влагалище), а пальцам левой руки через

брюшную стенку отодвигают нижний полюс опухоли к верху) исходит из половых органов, то смещение её и пулевые щипцы втягиваются во влагалище. Если опухоль исходит из внутренних органов (кишечник, почка) то рукоятки щипцов остаются неподвижными.



Пробное (диагностическое) выскабливание слизистой оболочки матки.

Выскабливание Слизистой оболочки матки и гистологическое исследование соскоба имеют важнейшее значение для своевременного распознавания злокачественных опухолей матки (рак, хорионэпителиома). Пробное выскабливание производится также при подозрении при остатки плодного яйца, туберкулез эндометрия, палипоз слизистой оболочки.

Выскабливание и гистологическое исследование слизистой оболочки способствует уточнению причины расстройства менструального цикла (ациклические и циклические кровотечения неясной этиологии и др).

Для пробного выскабливания требуются следующие инструменты.

- а) лошкообразные влагалищные зеркала;
- б) пулевые щипцы;
- в) маточный зонд;
- г) набор расширителей;
- д) набор ложек (кюреток) для выскабливания.

Цервикальный канал расширяет металлическими расширителями. Расширители имеет цилиндрическую форму, слегка изогнутую, один конец их в виде конуса, другой представляет собой рукоятку. В наборе расширителей диаметр каждого последующего на 0,5 – 1 мм. Ложечкой для выскабливания слизистой оболочки матки имеет различные формы и величину. Удаляют всю слизистую оболочку матки путем постепенного выскабливания стенок (передней, задней, боковых) и дна матки. Самой маленькой ложечкой выскабливают углы, соответствующие маточным отверстиям труб.

Весь соскоб собирают в лоток, внимательно рассматривают, помещают в баночку с пятипроцентным раствором фурацелина или 96% спиртом и направляют в лабораторию для гистологического исследования (на баночку) наклеивают этикетку с указанием фамилии, возраста больной и клинического диагноза).

Биопсия.

Кусочек для исследования можно получить при помощи специальных щипцов-кусачек. В настоящее время широко используют *прицельную* биопсию – взятие участка ткани шейки матки после кольпоскопии.

Пробный прокол (пункция).

При подозрении на гнойную опухоль придатков (пиосальпинкс, пиовариум) пункции можно производить В том случае, если эти образования фиксированы сзади и нижней полюс их доступен через задний свод. В подобных случаях после извлечения гноя показано введение в полость гнойной опухоли антибиотика.

Прокол обычно производится через задний влагалищный свод, которому непосредственно прилегает брюшина прямокишечных-маточных пространств. Прокол через передний свод недопустим потому, что при этом прокалывается мочевой пузырь. Не рекомендуется пунктировать через боковые своды ввиду возможности ранения маточных сосудов и близости мочеточников.

Техника пункции через задний свод. Наружные половые органы, влагалище и шейки матки притирают спиртом и смазывают йодом. После введения зеркал заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и оттягивают к переди (к симфизу). На шприц надевают хорошо заостренную длинную (12-14 см) иглу с довольно широким просветом.

Прокол производят в центре заднего свода на глубину 1-2 см, а при наличии плотного инфильтрата-несколько глубже. Жидкость извлекают обратным движением поршня. Если это не удается, рекомендуется насасывание жидкости при одновременном медленном извлечении иглы.

Продувание маточных труб. (пертубатио)

Продувание маточных труб производится с целью выяснения их проходимости, что имеет существенное значение для диагностики причины бесплодия. Метод продувания с целью диагностики трубного бесплодия применяют в тех случаях, когда исключаются другие причины стерильности (инфантализм, нарушение функции желез внутренней секреции, опухоли: неполноценность спермы мужа).

Принцип метода заключается в следующем. При помощи специальной аппаратуры в полость матки вводят небольшое количество воздуха, который при проходимости труб проникает через их просвет в брюшную полость. Воздух вводят под небольшим давлением (обычно не выше. 150 мм рт.ст.), которое контролируют манометром. Симптомы проходимости труб:

- . При аусcultации над лоном выслушивается звук, образующийся при прохождении воздуха через трубу;
- . В момент продувания стрелка манометра падает
- . Может появиться френикус-симптом.

Гидротубация. Для распознавания проходимости труб можно применить гидротубацию-введение жидкости в маточные трубы. Стерильный раствор (физиологический раствор с примесью раствора новокаина, антибактериальных препаратов) вводится с помощью аппарата для продувания труб (под давлением 150-180 мм рт.ст.). При проходимых трубах давление жидкости (определяется манометром) в начале несколько повышается, затем падает. При непроходимости *1 Гистеросальпингография.* Контрольное рентгенографию маточных труб применяют с целью выяснения их проходимости. Наряду с этим сальпингография позволяет уточнить место закрытия просвета (ампулярное, истмическое интерстициальная часть), что имеет значение для выбора метода хирургического лечения бесплодия. Контрастная метрография позволяет выявить патологические процессы, вызывающие изменения величины и формы полости матки: миомы полипы, рак, эндометриоз.

Метрографию чаще всего применяют для уточнения диагноза субмукозной миомы, аномалий развития матки, внутриматочных сращений, возникающих; после глубокого выскабливания матки, тяжелого эндометрита, туберкулеза: эндометрия. Сущность гистеросальпингографии заключается в том, что полость матки при помощи маточного наконечника, соединенного со шприцем, вводят 2-3 мл (в соответствии с величиной матки) контрастного вещества: йодолипол или водные растворы (диодон, диотраст, кардиотраст и др.). Рентгенографию производят в горизонтальном положении больной. При определении проходимости труб снимки производят дополнительно через 5-10 минут.

В сомнительных случаях рекомендуется дополнительная рентгенография через 2-3 часа.

Если трубы проходимы, контрастное вещество выявляется в брюшной полости (малый таз). При необходимости труб контрастное вещество задерживается в их просвете или совсем не проникает в полость маточных труб.

Пневмопельвиография. В последние годы для диагностики гинекологических заболеваний шире применяется рентгенография органов малого таза введения газа в брюшную полость.

При наличии газа на рентгенограмме отчетливо выявляются наружные контуры матки, труб и яичников (невидимые без предварительного создания; пневмоперитонеума). Рентгенография органов малого таза на фоне пневмоперитонеума называется газовой пневмопельвиографией.

Пневмопельвиография показана при распознавании новообразований матки, яичников, аномалий развития, опухолевидных образований воспалительной этиологии и других патологических процессов, когда диагностика затрудняется связи с нечеткими контурами опухоли, ожирением, невозможности применения

бимануального исследования.

Противопоказаниями к пневмопельвиографии являются заболевания; центральной нервной системы, сердечно-сосудистая недостаточность: бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез, острые воспалительные заболевания половых органов и других органов, обширные опухоли в брюшной полости.

систему малого таза непосредственно в вену, через стенку матки или в горизонтальную ветвь лонной кости. В качестве контрастных веществ применяют водорастворимые препараты йода.

Тазовая лимфография. Лимфография применяется для уточнения стадии распространения стадии ракового процесса, определения радикальности операции и контроля лучевой терапии. Контрастное вещество вводят в лимфатический сосуд - прямая лимфография или в мягкие ткани - непрямая лимфография.

На рентгенограммах выполненных после введения контрастного вещества, видна сеть лимфатических сосудов, расширение сосудов, лимфостаз, деформация лимфатических узлов и т.д.

Противопоказаниями к применению флегмографии и лимфографии являются: общее тяжелое состояние, заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек, индиосинкразия к йодистым препаратам и др.

Катетеризация мочевого пузыря.

Катетеризацию мочевого пузыря в гинекологической практике применяют как с лечебной, так и с диагностической целью.

Катетеризацию производят женским металлическим катетером, который стерилизуют кипячением. Наружные половые органы очищают от выделений и протирают спиртом или другим

дезинфицирующим раствором. После катетеризации мочевой пузырь с профилактической целью промывают раствором перманганата калия или борной кислоты. Катетеризацию мочевого пузыря как метод исследования применяют при пузырь но-влагалищных свищах:

- . для уточнения расположения и величины их;
- . С целью установления свища небольшого размера (через катетер в мочевой пузырь вводят окрашенную жидкость, которая при наличии свища вытекает во влагалище);
- . При необходимости комбинированного исследования свища катетером (со стороны мочевого пузыря) и зондом (со стороны влагалища).

Катетеризацию производят для выяснения вместимости мочевого пузыря: при необходимости выпустить остаточную мочу в процессе гинекологического исследования.

Практическое занятие № 2

Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	5. Вводное слово 6. Определение и цели НМЦ ,нарушение МЦ 7. Основные положения цели НМЦ ,нарушение МЦ 8. Определяющие компоненты и составные цели НМЦ ,нарушение МЦ

9. Цель практического занятия: дать представление о «НМЦ ,нарушение МЦ », её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
-------------------------------	------------------------------------------------------

Дать определение науки «гинекологии» Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	10. Основную сущность темы НМЦ ,нарушение МЦ Усвоить основные методы исследования 11. Иметь представление об основных направлениях НМЦ ,нарушение МЦ 12. Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования и НМЦ ,нарушение МЦ
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	13. Вступительное слово о НМЦ ,нарушение МЦ Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 14. Основные этапы и направления развития гинекологии и НМЦ ,нарушение МЦ В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в

	темы 6. Определение и цели определения гинекологии и 7. Основные направления и составные части гинекологии 8. Основные методы исследования. 9. Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний 10. Классификации гинекологических заболеваний	усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «ДМК»	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Вопросы по теме

- 1.Нормальный менструальный цикл.
- 2.Регуляция менструального цикла.
- 3.Маточный цикл.
- 4.Яичниковый цикл
5. Нарушение менструального цикла.
- 6.Классификация нарушения менструального цикла.
- 7.Патогенез нарушения менструального цикла.
- 8.Лечение нарушение менструального цикла.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

- 1.Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).

2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

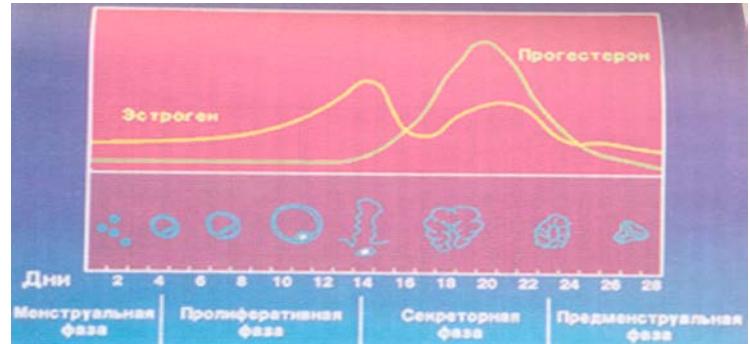
Менструация бывают у женщин на протяжение всего детородного периода. Количество теряющейся крови составляет 5-100 мл; она щёгольской реакции с примесью слизи, без сгустков, имеет плохо свертываемость специфический запах.

В 60% случаях менструальный цикл составляет 28 дней, в 10-12 % 30-35 дней, 28% - 2 день.

Релизинг факторы, гонадотропные и половые гормоны способствуют нормальному течению менструального цикла. Нарушение секреции одного из этих веществ может привести к дисфункции менструального цикла. К отсутствию менструальной функции или длительным кровотечениям.

А.И. Петченко 1960 предложил следующую классификацию аномалий менструального цикла.

- Аменорея первичная и вторичная
- Дисменорея первичная и вторичная
- Ановуляторный однофазный цикл менструации с явлениями гиперэстрогенемии; с явлениями гипоэстрогенемии.
- Гинекологические кровотечения с морфолого – анатомическими изменениями: циклические кровотечения: ациклические кровотечения, переходные менструации – добавочные, межменструальные.
- Гинекологические кровотечения без морфолого – анатомических изменений\дисфункциональные кровотечения\циклические при двух фазном и ановуляторном цикле.
- Викарные менструации.



АМЕНОРЕЯ.

Отсутствие менструации. Это не всегда патогенетическое состояние, так как в определенном периоде жизни женщины она является физиологическим состоянием.

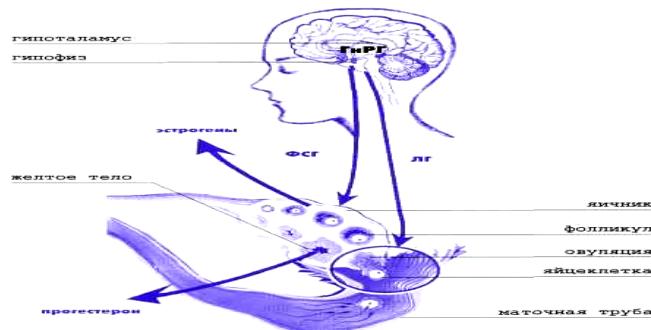
Различают: первичная аменорея – полное отсутствие менструации у женщин на протяжении предшествующей жизни.

Истинная аменорея – отсутствие циклических процессов яичнике, матке, в системе гипофиз – гипоталамус.

Ложная аменорея – отсутствие регулярной менструации при наличии циклических процессов матке, яичниках. Она наблюдается при аноабилических пороках развития половых органов при атрезии или отсутствии влагалища, зарастании маточного зева, при сплошной девственной плеve.

Лечение ложной аменореи – хирургическое.

По этиологическому фактору истинная аменорея бывает физиологической и патологической.



Физиологическая аменорея – встречается в детском возрасте, в течение беременности во время лактации в старческом возрасте.

У 75 % женщин, кормящих ребенка грудью, отмечается «Лактационная» аменорея длившаяся от 5 мес до 2 лет. Механизм нервно-рефлекторный в результате раздражения рецепторов молочной железы нервные импульсы поступают в гипофиз, стимулируя ЛТГ, увеличивающего секреторную функции молочных желез и угнетающего гонадотропную функцию гипофиза – наступает аменорея. Иногда у кормящих женщин встречаются ановуляторные циклы.

В старческом возрасте наружные и внутренние половые органы женщин атрофируются и половые железы нефункционируют, угнетается выделения гонадотропных гормонов.

Первичная патогенетическая аменорея чаще наблюдается при резкой недоразвитии или аплазии матки и яичников на фоне общего инфантилизма. Причиной инфантилизма могут быть перенесенные тяжелые заболевания туберкулоз, малярия, неправильное питание в детстве, гипо или гипер функция гипофиза.

В этиологии аменореи большое место могут занимать нарушения функции надпочечника, гипоталамуса, щитовидной железы и других желез внутренней секреции, а также хромосомные нарушения.

К вторичной аменореи могут привести как местные, так и общие факторы.

К местным относятся: хронические отравления морфием, ртутью, свинцом, острые инфекционные заболевания, хронические заболевания, анемия, неполноценное питание, нарушение функции желез внутренней секреции особенно понижение функции гипофиза в результате воспаления, опухолей, патологического послеродового периода.

Различают аменорею с поражением гипоталамуса могут возникнуть как в детском возрасте, так и после полового созревания. В последнем случае наблюдается первичная аменорея, сочетающаяся с гипогонадизмом и часто с ожирением. Наиболее частные формы гипоталамического аменореи – адипозо – дистрофия синдром Киари – Фроммеля, персистирующая лактация в сочетании аменореи и гипертрофией половых желез органов.



СИНДРОМ КИАРИ – ФРОММЕЛЯ.

Этот синдром характеризуется персистирующей галактореей, аменореей и прогрессирующий гипотрофией половых органов. Этиология и патогенез синдрома до настоящего времени не уточнены. В основе заболевания лежит повреждение центров гипоталамуса – регулирующих биосинтез пролактиномозащающего релизинг фактора АТГ – ЛГ, в результате чего происходит увеличение секреции ЛТГ. В свою очередь длительное выделение ЛТГ угнетает продукцию ФСГ, что приводит к снижению эстрогенной секреции яичников и аменорее. Бывает нарушения углеводного и липидного обмена, ожирение неустойчивость АД, психические расстройства.

Диагноз этого заболевания обычно несложно. Гормональные исследования свидетельствуют о резком уменьшении экскреции ФСГ и эстрогенных гормонов при нормальной экскреции 17-кетостериолов.

При опухолевом процессе показано хирургическое или рентгенологическое лечение. В остальным случаях терапия должна быть направлена на подавления лактации гормональными препаратами.

Препараты ФСГ – гонадотропина сывороточного по 60 ЕД в течение 10 –20 дней.

Электрофорез эндоназальный в течение 30 дней.

Гипофункция передней доли гипофиза может проявляться в виде гипофизарного нанизма характеризующегося задержкой роста, часто бывает врожденной и легко диагностируется. При этом преобладает дефицит СТГ, хотя продукция остальных гормонов передней доли так же резко снижена. Лечение гипофизарного нанизма относится специалисту эндокринолога, и должен быть направлена в первую очередь на увеличению роста больной, а не на создание менструального цикла.

СИНДРОМ ШИХАНА

Этот синдром развивается после родов или абортов, осложнившихся массивной кровопотерей. Непосредственной причиной заболевания является тромбозы, спазмы или эмболии портальных сосудов гипофиза с последующим его некрозом.

При некрозе 2/3железы возникает клиническая картина синдрома Шихана. В зависимости от того какая часть гипофизарной ткани некротизированы признаки заболевания могут быть явными или стертыми. Ранним признаком заболевания является отсутствие лактации или ранние её исчезнование, аменорея. Нарастает слюноточность, потеря массы тела. Спустя несколько месяцев отмечаются гипотрофические изменения половых органов, выпадения волос в подмышечных впадинах и на лобке, а иногда и на голове. Резко снижается экскреция эстрогенов ЛГ и ФСГ. В более поздней фазе заболевания выявляются нарушения других желез внутренний секреции зависимых от гипофизарной стимуляции. Надпочечники щитовидной железы.

При стертый форме синдрома Шихана все описанные признаки выражены слабость.

Лечение синдрома Шихана следует проводить с момента появления первых признаков заболевания, сочетая заместительную гормональную терапию с полноценным питанием, содержащим достаточное количества витаминов и поваренной соли. Для восстановления функции

половых желез рекомендуется одна из схем циклической терапии эстрогенными и гестагенными препаратами.

При надпочечниковой недостаточности назначают кортикостероидные гармоны, (кортизон по 12,5 – 20 мг ежедневно в течение 20 дней), при гипотириозе – одновременно с кортизоном тироидин по 0,015 г 2 раза в день с постепенным повышением до 0,05 г 2 раза в день.

Аменорея обусловленной гиперпродукцией одного из гармонов передней доли гипофиза, может быть при акромегалии и гигантизме, что связано с гиперпродукцией СТГ. Заболевание возникает при опухоли передней доли гипофиза реже при воспалительных процессах или травмах.

Аменорея объясняется антагонизмом между гормоном роста и гонадотропными гармонами, а так же снижении экскреции эстрогенных гармонов 17 – КС, с длительно болеющими женщинами в мазке с большим количеством базальных клеток.

Лечение проводится в эндокринологических стационарах. Гармональная терапия включает эстрогенные препараты (по 20-30 мг\сут в течение 5-6 нед\которые останавливают рост). Более рациональна циклическая терапия по Кватера в течение 8-10 циклов.

ПРИ БОЛЕЗНИ Иценго – Кушенга гиперпродукция АКТГ, обусловленной поражением гипоталамо – гипофизарной области и вызванной гиперкортицизмом а так же отмечается аменорея. Встречается в возрасте 20-40 лет часто после патологических родов. Сопровождается значительным ожирением (преимущественно лице и туловище), вторичной аменореей, а так же гипертонией, головной болью, часто – гипертрихозом, при лабораторных исследованиях устанавливает нормальный уровень 17 – КС и эстерогенов. Пробы с АКТГ или с дексаметазоном (преднихолоном) положительно.

ЛЕЧЕНИЕ: проводится в эндокринологических стационарах с использованием рентгеноблучения гипоталамо – гипофизарной области. Из гармональных препаратов можно рекомендовать синтетические прогестины по 1 табл. в течение 21 дня с перерывами 7 дней на протяжения 405 месяцев. Гармональную терапию с диетой, направленной на уменьшение ожирения.

К аменорея периферического генеза прежде всего относятся яичниковая, которая встречается в половине всех случаев.

ЯИЧНИКОВАЯ АМЕНОРЕЯ.

Аменорея возникает при отсутствии гармональной функции яичников, в то время как функция гипофиза и гипоталамуса характерно сохранено.

При врожденном повреждении яичников, чаще всего генетическом обусловленном, а так же до наступления пубертации аменорея первичная, нарушения функции яичников в более старшем возрасте вызывают вторичную аменорею.

Соматические клетки женского организма содержит две половины хромосомы XX, а мужскому XY.

При отсутствии одной из половых хромосом (ХО), а так же при наличии добавочных половых хромосомах (XXX) или же при мозаичном, когда часть клеток содержит нормальный набор их, а часть патологический, возникают нарушения полового развития и первичная аменорея. По количеству желез Х хроматина в мазках слизистой полости рта можно судить о количестве Х – хромосомах, число Х – хромосомой всегда на единицу больше числа телес полового хроматина.

Дисгенезия гонад чаще всего проявляется в виде синдрома Шерешевского Тернера, реже в чистой и смешанной форме.

Пирзнаки заболевания сачто проявляются с рождения дети отмечаются малым ростами массой тела, у них бочкообразная грудная клетка , короткая и широкая шея, плаз, высокая, верхняя неба, низкое расположения ушей. Рост не превышает 140 см. Резко выражены признаки полового инфантилизма – вторичные половые признаки и молочные железы отсутствуют, влагалище и матка не развито.

При лабораторных методах исследования установлены отсутствие полового хроматина, очень низкая экскреция эстрогено, атрофический тип влагалищного мазка с преобладанием базальных клеток, и значительное повышение содержания в моче гонадотропных гармонов.

Лечение дисгенезия гонад представляется с собой трудную задачу и зависит от возраста больной и формы заболеваний. До полового созревания в терапия должна быть направлена на увеличения роста больной, у взрослых на развитие вторичных половых признаков, для чего рекомендуется эстрогенные гармоны (микрофоллин по 0,05 мг в день 20 дней с 10 дневными прерывами: курс лечения 6-8 мес) после появления менструально пободного кровотечения периодически назначается циклическая терапия по Кватеру.

Дисгармональная яичниковая аменорея (не связанная генетическими аномалиями) может быть обусловлена повреждением ткани яичника в детстве или даже внутриутробно (хроническая интоксикация матери, инфекционные заболевания детского возраста). Матки у таких больных гипопластична, влагалища узкое, большие и малые половые губы недоразвито.

При лабораторных исследованиях выявляются низкое содержание эстрогенных гармонов и высокое гонадотропных, что обусловлено отсутствием тормозящего влияния эстрогенов на гипофиз. Гармональная проба с ФСГ отрицательная, с эстрогенами положительная.

Патология яичников, появившаяся после полового созревания может развиваться в результате перенесенных заболеваний или хронических интоксикаций, опухолей яичника, склерокистозной дегенерации.

В этих случаях аменорея носит вторичный характер, а менструальная функция угасает постепенно. Возникающая гармональная недостаточность зависит от степени повреждения яичниковой ткани. Обычно у таких больных вторичные половые признаки развито нормально, наружные половые органы также в норме или с легкой гипотрофичной. Однако при длительной гипофункции яичников отмечаются признаки гипотрофии половых органов и гипоплазия молочных желез. В тяжелых случаях матка атрофируется.

При гипогармональной аменореи, развившийся в детском возрасте, лечение следует начинать до окончания периода полового созревания. Рекомендуя в таких случаях эстрогенные гармоны, который стимулирует развитие гениталии грудных желез.

Проводят не менее 3-4 циклов эстрогенной терапии по 10 тыс ед. фолликулина или эстрадиола в день в течение 20 дней с последующими 10 – дневными прерывами. После соответствующего контроля, увеличения размера матки и грудных желез можно назначить циклическую терапию эстрогенами и прогестероном по Кватеру.

Лечение продолжается в течение 1-2 лет курсами по 2-3 мес. с перерывами между курсами 4-6 месяц.

В случаях когда заболевание развилось после полового созревания и носит более легкий характер, к циклической гармональной терапии можно приступить без предварительной эстрогенной подготовки.

Гипергармональная яичниковая аменорея встречается редко и связано с длительной персистенцией фолликула, причем десквамация эндометрия не наступает. При лабораторным

исследовании выявляется высокое количество эстрогенов, постоянно выраженный феномен зрачка (++) и папоротника, преобладание поверхностных клеток в мазке с высокими показателями КПИ и эозинофилии. При этой форме аменореи назначают прогестерон по 5-10 мг в течение 3-5 дней в месяц.

МАТОЧНАЯ АМЕНОРЕЯ.

По М.П. Кузнецовой встречается примерно в №3 случаев характеризуется нормальной деятельности систему гипоталамус – гипофиз – яичники. При первичном поражении эндометрия в результате воспалительного процесса, травматизации его при родах и аборте, внутриматочного введения йода и т.д.

Если нарушения эндометрия произошло до наступления полового созревания, наступает первичная аменорея: если после него развивается вторичная аменорея.

При маточной аменореи характерно отсутствие менструации при функционирующих яичниках. У таких больных нет нарушений полового и соматического аппарата развития.

Клинико – лабораторные методы исследования свидетельствует о двух фазном цикле: экскреция эстерогенов и прогнандиола имеет характерные колебания, базальная температура двухфазная. Комбинированная проба с эстерогенами и прогестеронами при маточной аменореи всегда отрицательно.

Хотя при маточной форме аменореи функция системы гипоталамус – гипофиз – яичник сохранена, в результате длительного течения заболевания связанного с поражением эндометрия инфекционном процессом, возникает вторичная недостаточность яичника и гипофиза. В диагностике имеет значения исследования соскоба эндометрия. Позволяющее установить наличие специфического (туберкулезного) эндометрита, так же состояние матки.

Во всех случаях показано высабливания, позволяющие удалить неполноценную слизистую матку.

При образовании синехии в полости матки рекомендуется местное введение эстрогенных гармонов в виде таблеток.

Часто гипофункция щитовидной железы, а так же тиреотоксикоз приводят к стойким аменореям. После лечения основного заболевания менструальный цикл у таких больных нормализуется.

ДИСМЕНОРЕЯ.

Дисменорея – это расстройства менструации. Она относятся к сравнительно частым расстройствам менструальной функции. Она проявляется различно. Обычно боль возникает до начала менструации, и продолжается в течение первого дня или первых дней её. Реже боль начинается с появлением менструации и продолжается до её окончания. Боли могут быть тупыми, тянувшими или чрезвычайно сильными, судорожными. Нередко присоединяется тошнота, рвота, повышение секреции слонных желез, потливость, спастические запоры, головные боли.

Различают: первичную и вторичную аменорею.

Первичная альгоменорея не связана с какими либо органическими заболеваниями половых органов, наблюдается у нерожавших женщин.

Вторичная альгоменорея является вследствие гинекологических заболеваний (эндометриоз, опухоли, склерокистозные, яичники).

ЭТИОЛОГИЯ: - Функциональна расстройства нервной системы. Часто наблюдается у женщин с лабильной, неуравновешенной нервной системы в связи с тем, что у них порог болевой чувствительности понижен.

Механическое препятствие к выделению крови из полости матки. (узость канала конической матки, резкий перегиб матки, рубцовые сужения внутреннего зева шейки матки). Коническая шейка и остроугольная антифлексия матки связано с главным образом и инфантилизмом.

1. Вторичная альгоменорея могут возникнуть в связи с воспалительными заболеваниями, эндометриозом, опухолями, аномалий положения половых органов.
2. В редких случаях функциональный слой эндометрия при менструации отделяется в виде сплошной перепонки, не подвергаясь ферментативному расплавлению, как это бывает при нормальной менструации. Это нарушения процесса десквамации связано с своеобразным нарушением функции яичников. Выделение из матки не расплавленного функционального слоя сопровождается сильными болями.

ЛЕЧЕНИЕ: должно быть направление на устранение причины, обуславливающей возникновение болевых ощущений. Такой подход сравнительно редко осуществим при вторичной альгоменорее. Успех терапии зависит от того, будут ли излечены воспалительная заболевания, эндометриоз и другие заболевания половых органов, симптомом которых является альгоменорея.

При первичной альгоменорее большое значение имеют все средства способствующие урегулированию функции ЦНС. правильной образ жизни, рациональное питание, умеренный спорт, устранения всех условий, оказывающих неблагоприятное влияние на психику. При инфантилизме кроме общеукрепляющего лечения, можно назначить грязолечения, вагинально – абдоминальную диатермую, малые дозы эстрогенов в первую фазу цикла. В настоящее время широко применяют спазмолитики: но-шпа, атропин, лидокаин, лидол, транквилизаторы, триокасцин, андаксин. Так как при этой желтого тела. (прогестерон по 5 мг ежедневно в/м за 5-7 дней до начала менструации). Если матки гипопластична, проводят циклическое лечение фоликулином в первую фазу, в общей дозе 100- 200 тыс ЕД, во вторую прогестерон по 5-10 мг на протяжение 8-10 дней. Рекомендуется пероральные введение дизтилстильбэстрола по 1 мг ежедневно в первую половину менструального цикла на протяжение 3-4 циклов. Эстрогены подавляют гонадотропную функцию гипофиза (по принципу обратных связей) и наступает ановуляторные кровотечения протекающие безболезненно.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ.

У некоторых женщин в нормальном (овуляторном менструальном цикле) в предменструальном цикле наблюдается следующие нарушения: ухудшения самочувствия, раздражительность, снижение трудоспособность, резкое нагрубание и болезненность молочных желез, отечность голосовых связок пастозность лица. Это симптомы исчезают после менструации. Прохождение предменструального цикла (синдром) связывают с понижением функции желтого тела, избыточной продукцией антидиуретического гормона, с неустойчивостью нервной системы.

ЛЕЧЕНИЕ: сводятся к применению общеукрепляющих мероприятий (спорт, физкультура, водные процедуры), седативные средства (валериана, андаксин и др.), прогестерон (по 5-10 мг в течение 6-8 дней во вторую половину цикла), мочегонных (хлористый аммоний).

ЦИКЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ.

ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ.

Непосредственной причиной слабых, коротких и редких \ через 6-8 недель \менструации является гипофункция яичников.

Пониженная продукция половых гормонов обусловливает недостаточное кровоснабжение матки и неполноценность циклических превращений эндометрия. Эти особенности определяют тип менструации.

Слабые – гипоменорея; короткие – олигоменорея; запаздывание и редкое менструации – опсоменорея.

К о слаблению и урежению менструации ведут все неблагоприятные условия, понижающие функции яичников.

ЭТИОЛОГИЯ: - инфантилизм, аномалия развития, острые и хронические инфекции, интоксикация, нарушение функции внутренних желез.

Гипоменструальный синдром нередко наблюдается в период полового созревания и климактерическом периоде. Бывают: - первичная (в начале появления менструация).

- (вторичным) ослабление, укорочение и урежение ранее нормальных менструаций. Первичный характер данной аномалии менструальной функции наблюдается при инфантилизме.

Вторичный – ослабление (урежение) менструации возникает в связи с расстройствами функции эндокринных органов, инфекционными и другими заболеваниями, нарушений условий среди другие причины. Распознавание причину первичной и вторичной слабости менструации основывается на тщательном клиническом исследования организма.

ЛЕЧЕНИЕ: при отсутствие сопутствующих нарушений (бесплодие, болезненые менструации и др). рекомендуют только общеукрепляющие меры: рациональное питание, легкий спорт праивлное чередование труда и отдыха.

При вторичной ослаблении менструации проводят лечение направленное на устранений оснований причины, вызвавший понижение функции яичников.

При недостаточности эффекта общеукрепляющей терапии можно применит воротник по Щербаку, диятерапия, грязолечение и др. усиливающие кровоснабжение органов малого таза. В соответствующие фазы менструального цикла назначают небольшие дозы половых гормонов. В И фазу вводят эстрогены по 1000 – 5000 ЕД ежедневно в течение 10-12 дней во ИИ фазу прогестерон по 5-10 мг ежедневно в течение 6-8 дней. При гипоменструальном цикле, связанном с туберкулём гармоны не применяются, проводится специальное лечение.

МЕНОРРАГИЯ

Не прекращение менструации (менструального кровоизделения) связано с сокращениям матки, закрытием просвета кровоточащих сосудов и с эпителилизацией раневой (десквамированный) поверхности матки.

Все процессы нарушающие сократительную способность матки и тормозящие процессы регенерации слизистой оболочки ведут к усилинию кровопотери и к увеличению продолжительности менструации т.е. к меноррагии.

Причины меноррагии различны:

1. Гипофункция яичников на почве нарушения функции нервной системы и гипофиза, неполноценного питания, инфантилизма, расстройств обмена.

2. Менорагии нередко наблюдается при возрастной гипофункции яичников: в период полового созревания и в период коимактерии.
3. При застоем крови в органах малого таза, заболеваниях крови, нарушениях свертывающей системе крови, гиповитаминозе «С», инфекциях, интоксикациях ведущих к нарушению сосудистых систем.
4. Гинекологические заболевания: миомы матки, воспалительные заболевания половых органов приводящие к понижению сократительной способности матки и замедлению регенерации раневой поверхности матки (при эндометриозе).
5. Аномалиях положения матки, понижение тонуса матки в результате частых повторных родов. (особенно патологических).

ЛЕЧЕНИЕ: Успех лечения зависит от выяснения причин, вызивавшей меноррагии. Лечебные мероприятия должна быть направлена на устранения заболевания, явившегося причиной меноррагии. В соответствующих случаях помогает противоспалительное лечение, терапия инфекционных, сердечно – сосудистых и другие заболеваний.

Усиленное и продолжительное кровопотеря при миом служат показанием для ампутации или эсцирпации матки, вылущивание узлов. При инфантилизме и вторичной гипофункции яичников, общеукрепляющая терапия можно сделать попытку применить половые гармоны в соответствующие фазы цикла. Перед назначением гармонотерапии необходимо исключить другие причины меноррагии – опухоли, воспалительные и другие заболевания. Симптоматическая терапия: преливание крови, препараты железа, кровоостанавливающие и препараты утеротоники (эргонал по 1 мг 2-3 раза) стипцитин 1 таб. 3 раз экстракт водяного перца 30-40 кап (3 раз при сильных кровотечении, гифотоцин, питуитрин, в инъекциях).

АНОВУЛЯТОРНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.

Патологически протекающие патологические ановуляторные маточные кровотечения возникает на почве персистенции фолликула (одного или нескольких или атрезии многих фолликулов).

При персистенции фолликул достигает полной зрелости но не вскрывается (нет овуляции и желтого тела из него не образуется: он продолжает расти в течение нескольких недель и выделяет фолликулярных гармон более длительно чем нормальный фолликул.

Вследствие продолжительного действие эстрогенов происходит чрезмерная пролиферация эндометрия. Слизистая оболочка разрастает, утолщается, железы удлиняется, в них образуется кистовидна расширение (железистокистозная гиперплазия эндометрия). Секреторного превращения слизистой оболочки не происходит (нет желтого тела) компактный и спонгиозный слои не образуется. Сосуды слизистой оболочки разрастает, форма становится разнообразной, располагаются неравномерно, в сосудах образуется гиалиновые тромбы. Разрастая слизистая оболочка отпадает постепено, отдельными участками, поэтому кровотечение бывают продолжительными и обильными.

Маточные кровотечения обусловленное персистенции фолликулов метропасия ҳәемориолис, было описано Р. Шредором.

Атрезия фолликулов так же характеризуется отсутствие желтого тела. Под влиянием патологических факторов происходит более медленные и длительные созревание нескольких фолликулов средних размеров которые не вскрывается, поэтому желтого тела нет. Наличие в организме только фолликулина приводит к повышенной пролиферации эндометрия.

Уровень эстрогенов при атрезии фолликулов достигает, может быть низким, но они действует на эндометрий продолжительной поэтому вызывают гиперплазию.

Следовательно при персистенции и атрезии фолликулов патологические процессы протекают в одном направлении. Отсутствие овуляции и желтого тела, продолжительная стимуляция пролиферативных процессов в эндометрии эстрогенами, отсутствие секреторной трансформации разросшийся слизистой оболочки матки и отторжение ее, сопровождающиеся кровотечением. Разница состоит в неодинаковой гармонической активности персистирующего и атрезирующего фолликулов, однако изменение в эндометрии зависит не только от уровня эстрогенов, но главным образом от продолжительности их действия.

ЭТИОЛОГИЯ: Наблюдается в климактерическом периоде и в период полового созревания, при недостаточности функции половых желез.

Ослабление функции яичников ведущие к ановуляторной кровотечениям, может возникнуть в связи с разными причинами.

- Неудовлетворительное питание
- Переутомления
- Эндокринные нарушения влияющие на гонадотронную функцию гипофиза.
- Воспаления яичника.

КЛИНИКА: Возникновения маточного кровотечения обычно прешествует более или менее продолжительная задержка менструации. Срок задержки колебляется от 1-2 недель до 1\2 – 2 месяцев и выше. В некоторых случаях кровотечение возникает в срок предполагаемых менструации или даже раньше. Кровотечение бывает затяжным и продолжается в течение нескольких недель или даже несколько месяцев. Кровотечение чаще бывают несильными. Может возникнуть обильная кровопотеря, вызывающая острую малокровие и O_2 недостаточность организма. Сильные кровотечения нередко бывают при сочетании данного нарушения с милмой, аденомиозом. Обильными бывают кровотечения в период полового созревания.

Кровотечение: возникающие после некоторой задержки менструации в период полового созревания или климактерическом вот главноеклинические особенности данной аномалии менструальной функции. Матка нормальной величины или несколько уменьшения, если ановуляторные кровотечения сочетается инфантилизмом. В климактерическом периоде иногда наблюдается небольшое увеличение матки, зависящие от длительного воздействия эстрогенов.

ДИАГНОЗ: основывается на изучения анамнеза и гисто, исследования соскоба. Пробные выскабливание слизистой оболочки матки, являющиеся ценным методом диагностики, особенно рекомендуется в климактерическом периоде. Гисто исследование показывает гиперплазию эндометрия с кистозным расширением желез. Подобным методом диагностики является реакция «зрачка». В связи с тем, что в яичнике вырабатывается только фолликулярной гармон циклическое колебание в интенсивности секреции желез шейки матки отсутствует. Секреторная активность цервикальных желез носит довольно постоянный характер, выраженный симптом «зрачка» наблюдается до момента кровотечения.

Диагностические значения имеет температурный тест. При ановуляторном цикле наблюдается характерная монотонность температурной кривой.

ЛЕЧЕНИЕ: После обследования необходимо начать комплексное лечение с учётом этиологии заболевания возраста женщины давности болезни, показатели свертывающей системы крови. При значительной анимизации больных (показатели Хб ниже 10г%) применяются гемотрансфузия препараты железа, витамины, полноценное питание. Учитывая эндокринной генез заболевания с целью остановки кровотечения назначают эстрогенные гармоны в повышенных дозах. (100000 ЕД фолликулина через равные промежутки времени 4-6 раз в сутки, микрофоллин по 0,05 мг 506 раз в день и др. Эти гармоны ускоряют процессы регенерации слизистой эндометрия, нормализует ГГЯС. После остановки кровотечения дозы эстрогенов постепенно 1 % раствор по 1 мл в/м ежедневно в течение 10-12 дней, прегнин по 0,01 г 3-4 раза в день в виде

таблеток под язык, 10-12 дней 12,5 % раствор ОПК по 1 мл в\м 1 раз в день, всего 2-3 инъекции и др.

Гестагенные гармоны способствуют возникновению фазы секреции эндометрия после смены менструально подобные выделения становятся выраженными. Для получения стойкого эффект лечения циклическую терапию до 3-4 курсов. Повторные курсы гестагенных препаратов.

С немостатической и лечебной целью можно также применять СП (оновлар, нон-овлон, регивидон и т.д). эти препараты содержит эстрогенные и гестагенные компоненты и различных соотношениях. Они способствуют временной олокаде ГГЯС а после отмены их восстанавливается регулярные процессы и деятельности яичников.

В зависимости от интенсивности и объема кровопотеря, возраста больных подбирается индивидуальная доза препарата. (от 2 до 6 табл. в сутки через равные промежутки времени). После остановки кровотечения дозу препарата постепенно снижают и доводят до 1 таблеток в сутки. Спустя 21-30 дней с восстановлением гемодинамических показателей препарат отменяют и наступают менструально – подобные выделение.

Курс лечения СП повторяют 3-5 раз.

Лечению ювенильных кровотечений можно разделить на 2 основных этапа:

- гемостаз
- профилактика рецидивов кровотечения.

Выбор метода гемостаза определяется общим состоянием больной и степенью кровопотери. Такая тактика подвергается исследованиями Е.А. Дикушиной и соавт. (1906) показавших, что при выраденной анемизации девушки с ЮОК составляют группу угрожающую на развитию ДВС синдрома. Больным поступившим в стационар с длительным обильным кровотечением, с жалобами на слабость, головокружение, падением АД тахикардией, при гемоглобина ниже 7 г\л и гемотокрита 20% следует произвести высекабливание матки. Во избежание разрыва девственной пленки производят обкалывание её 0,25 % раствором новокаина с 64 ЕД лидазы. Соскоб обязательно подвергают тщательному гисто, исследованию.

Больным которых анемизация не стала резко выражено по клиническим и гематологическим данным (гемоглобин 8-10 г\л, Хт - 25 %), проводят гармональный гемостаз.

Секреторная трансформация слизистой оболочки, наступающая под действием гестагенов способствует более физиологическому процессу отторжения эндометрия после прекращения введение гармональных препаратов.

Кровотечение отмена, после введения одних эстрогенов носит более обильный характер, что крайне нежелательно у данного контингента больных.

С конца 70-х годов с целью гармонального гемостаза у девушек при обильных ациклических маточных кровотечениях используются комбинированные эстероген – гестагенные препараты содержащие эстрадиол в дозе 0,05 мг\бисекурин, нон-овлон, ановлар\|. Препараты назначают 3-4 раза в день по 1 табл. Гемостаз достигается как правило, в течение 1-2 дней после чего дозу препаратов снижают постепенно до 1 таблеток в день. Длительность применение 15-20 дней в зависимости от общего состояния больной и восстановления кровопотери.

Одновременно с хирургическим или гармональным гемостазом проводят антианемическую терапию:

- переливание крови, эритромассы и плазмы, при наличии показаний.
- С целью восстановления реологических свойств крови: переливание реополиглюкина 8-10 мл\кг в\в, в\м 1 % раствора АТФ по 2 мл №10.

- Препараты железа: пероральные (ферроплекс), ферамид, конефрон и тд.
- Комплекс витаминов группы «В» и «С», «Р» (рутин).
- Инсулин применяется у ослабленных больных с пониженным аппетитом и снажение массы тела по следующей схеме: начинают с введение 2 ЕД инсулина п\к, ежедневно прибавляют по 2 ЕД. Перед введением препарата больная съедают 2-3 куска сахара или выпивают стакан сладкого чая (30 г сахара на стакан).
- Применяют так же кальций глюканат по 0,5 3-4 раза в день, котарина хлорида по 0,05 г 2-3 раза в день, при необходимости утеротонические средства.
- Питание должно быть очень легко усвояемым, калорийным и разнообразным. Названная лекарственная терапия проводится в течение 15-20 дней и имеет целью ликвидации анемии и её последствий. За это время заканчивает приём гармональных препаратов. Через 2-3 дня начинается менструально – подобная реакция. В это время рекомендуется назначать рутин, кальция глюконат, котарина хлорид в указанных выше дозах и контролировать кровопотерю. Хб и Хт. Ъ

После хирургического гемостаза через 26-28 дней следует вызвать менструально подобную реакцию. С этой целью у девушек с гиперпластическими процессами.

Эндометрия рекомендуется с 16го по 25 – 1 день выскабливания принимать по 1 таблетке синтетических гестагенных препаратов. (норкулот по 5 мг 1 таб в день).

Втором этапе лечения ЮК является профилактика рецидива кровотечения для этого назначают эстерон – гестагенные препараты с 16-го по 25 день сформированного цикла в течение 3-4 мес. Можно использовать чистые гестагенные норкулот по 5 мг с 16го по 25 день цикла или 12,5 % 17 – ОПК в дозе 125 (1 мл на 17 и 21 день цикла в течение 3-4 дня).

Помимо гармональной профилактики рецидивов ЮК, используют физические факторы: эндоневральной электрофорез, витамина «В», или электрофорез новокаина, гальванизация молочных желез, вибрационный массаж паравертебральных зон области верхних шейных симпатических ганглиев по 10-15 сеансов через день, иглорефлексотерапия, электропунктура, азеропунктура.

Девушки находящиеся под наблюдением по поводу ЮК должны освобождаться от занятой физической культуры.

Правильная с своевременная терапия и профилактика рецидивов ЮК способствует становлению нормальной циклической функции всех отделов репродуктивной системы и являются единственной профилактической бесплодия и невынашивания беременности.

Маточные кровотечения в пременопаузальном возрасте.

У женщин в возрасте 40-55 лет маточные кровотечения являются наиболее частой гинекологической патологией и занимает первое место среди причин госпитализаций. Если ЮК являются следствием неустановившийся циклической функции гипофизарно – гипоталамическо – яичниковой системы то климактерические следствие инвалиционных её нарушений.

Патогенетические механизмы своятся к нарушению циклического выделения гонадотропинов, процесса созревания фолликулов и их гармональной функции. Формируется лuteиновая недостаточность с неполноценностью желтого тела не переходящую в ановуляторную дисфункцию яичников.

Кровотечение происходит как правило из гиперплазированного эндометрия, и её варианты железисто – кистозная гиперплазия, железистые полипы, аденоматозные и атипическая гиперплазия в пременопаузальном возрасте встречаются значительно часто, чем в репродуктивном.

Раздельное выскабливание слизистой оболочки канала и тела матки являются обязательным лечебно – диагностическим этапом при климактерических кровотечениях. Категорическим условием считают гисто. исследование соскоба.

При небольшем увеличении размеров матки (до 7-8 недель беременности) обязательном этапом диагностики является гистероскопия.

Выскабливания эндометрия при климактерических должно производится самым тщательном образом.

Необходимо удалить весь эндометрий: во первых из соображений онкологической настороженности (в остальных участках его возможны бластоматозные изменения) во вторых, неполное удаление эндометрия, как правило гиперпластического или эндометриального полипа может явится причиной повторного кровотечения.

Вспомогательные методы диагностики причины кровотечений применяются после его остановки.

Гистерография с применением водорастворимых растворов не позднее чем на 5-6 день после выскабливание эндометрия позволяет выявить аденомиоз, субмукозные и субмукозно – интрамуральные миомы.

Эхография органом малого таза позволяет диагностировать небольшие миоматозные узлы, очаги аденомиоза и гиперплазированную слизистую оболочку. Эхография у женщин с рецидивирующими кровотечениями является обязательным исследованием особенно при рецидивирующей гиперплазии эндометрия.

По данным эхоскопии у 30% женщин рецидивирующими климактерическим кровотечением выявлено ассиметричное увеличение яичников, гиперпластические процессы, гармональные активные структуры и опухоли в яичниках. (Мамаева Г.М. 1986 год).

ЛЕЧЕНИЕ.

Тактика лечение с маточном кровотечением в пременопаузальном возрасте определяется причиной кровотечения, сопутствующей соматической и обменно – эндокринной патологии.

Гармональный гемостаз при климактерическим кровотечениях должны расценивать как врачебная ошибка, ни в коем случае нельзя забывать это, кровотечение в пременопаузальном периоде является одним из первых клинических симптомов аденокарциномы. Эндометрия а также аденоматозной и (или атипической гиперплазии). Применение гармонального гемостаза неправомерно так же и потому, что при последующем выскабливание в котором нередко возникает необходимость в связи с продолжающимся кровотечением. Гистоструктура эндометрия изменяется под влиянием экзогенных гармонов, что снижает ценность и информативность гистологического анализа.

Абсолютным показаниями к оперативному лечению (чревосечению).

- аденокарцинома эндометрия.
- Аденоматозная или атипическая гиперплазия эндометрия в сочетании с аденомиозом, миомой любой локализации, увеличенном размеров яичников.

Или одного из них.

- под слизистое расположение узлов миомы, множественные очаги или узловатое форма аденомиоза, сочетание миомы и аденомиоза при отсутствие гиперпластических изменений в эндометрии.

Относительными показаниями к оперативному лечению являются рецидивирующая железисто – кистозная гиперплазия эндометрия обменно – эндокринных заболевания (ожирения, предиабет, диабет, гипертензия).

Превышение железисто – кистозной гиперплазии эндометрия в атипическую и аденокарциному не является обязательном процессом. Такой переход наблюдается по данным разных авторов, в 1,5 – 40 % случаев. Факторами повышающим риск превращения железисто – кистозной гиперплазии в аденокарциному, является перечисленные выше патологические изменения и в первую очередь ожирения.

Экстрогенный синтез эстрогенов в жировой ткани повышает уровень эстрогенов в крови и усугубляет прогестерон – дефицитные состояния, что в сочетание с возрастной иммунодепрессией создает благоприятную почву для развития злокачественного процесса в эндометрии.

Показания к консервативной терапии.

- гиперпластические процессы эндометрия при отсутствии другой гинекологической и экстрагенитальной патологии.
- Гиперпластические процессы эндометрия в сочетании небольшими интрамурально – субмукозными узлами миомы (увеличение матки до размера соответствующего 8 нед беременности) и диффузной формой аденомиоза 1 степени, установленной при гистероскопии или гистерографии.

Для лечения маточных кровотечений в пременопаузальном возрасте, а так же для профилактики их рецидивов после выскабливание наиболее широкое применение нашли гестагены.

Под влиянием синтетических гестагенов в гиперплазированном эндометрии происходит последовательно торможение пролиферативной активности секреторная трансформация, развитие децидуальной реакции стромы и наконец атрофические изменения эпителия желез и стромы.

(Бохман Я.В. 1978 г).

При изучения влияния гестагенов на культуру ткани гиперплазированного эндометрия в эксперименте Б.И. Железнов, Л.А. Беляева (1985 г), Р. Столл (1976 г) установили снижение митотической активности железистого эпителия до нуля.

Гестагены оказывают не только местные но и центральное действие тормоза выделения гонодотропинов гипофизом.

Доза и последовательность применения гестагенов зависят от возраста пациента и характера гиперпластического процесса в эндометрии. Женщинами до 48 лет при железисто – кистозной гиперплазии назначают 17 – ОПК, по 125 – 250 мг на 14-й, 17-й, 21-й день после выскабливание и затем продолжают лечение той же дозой в те дни цикла в течение 4-6 месяцев. Норколут назначают по 5-10 мг с 16-го по 25-й день цикла так же в течение 4-6 м-ц. Женщинам старше 48 лет, особенно при рецидивирующей гиперплазии рекомендуется терапия направленная на подавления менструальной функции. Им назначают 17 ОПК по 25 мг в непрерывном режиме 2 раза в неделю в течение полугода. Положительно влияет 17 – ОПК на «приливы», уменьшая их частоту и интенсивность, снижает А/Д, уменьшает потливость, т.е. благоприятной эффект на симптомы КС, которые в этом возрасте нередко беспокоят женщин.

Противопоказаниями к применению гестагенов являются тромбоэмбolicкое заболевание в анамнезе, выраженные варикозные изменения вены голеней и геморриальных вен, хронические, часто обостряющиеся гепатиты и холецисты.

Лечение андрогенами рекомендуется женщинам в возрасте старше 50 лет, у которых в соскобе эндометрия выявлены гипопластические атрофические изменения эндометрия или

эндометрий со «стертой фазностью» характерной для женщин в пременопаузальном возрасте. Терапия андрогенами направлена на подавление менструальной функции.

Наиболее эффективно применение препаратов, содержащих смесь разных эфиров тестостерона олнандрен – 250 мг, сустанон – 250, тестэнат. Все эти препараты обладают пролонгированным действием вводятся в/м 1,0 1 раз в месяц в течение 3-4 месяцев, тестенан по 1 мл 10 % 2 раза в месяц 3-4 месяца. Они вызывают склеротические изменения в строме эндометрия, тормозят секрецию гонадотропных гормонов. (Акобяджаян М.А. Липец В.Я. 1985 г.).

После них при необходимости можно перейти на сублингвальной прием метилтестостерона в дозе 5-10 мг в день в течение 1-2 месяцев.

Противопоказания к применению андрогенов те же, что и для гестагенов, а так же гипертензии. Андрогены не показаны при значительном превышение массы тела, заболеваниях сердца, вызывающих отеки, так как андрогены способствуют задержки жидкости.

Вирилизация при приеме андрогенов в указанных дозах выражается в незначительной охриплости голоса и гипертрихозе которые исчезают после окончания лечения.

Лечение климактерической кровотечений не ограничивается гормональной терапией, кровоостанавливающая и утеротоническая терапия носит только вспомогательный характер.

Основным условиями эффективной терапии климактерической кровотечений в пременопаузальном возрасте являются:

- установление гистоструктуры эндометрия;
- выявление сопутствующей генитальной патологии.
- Выявление эндокринных заболеваний и метаболических нарушений, их медикаментозная и диетическая коррекция.

Причиной неэффективности гормонального лечения может быть неправильной выбор дозы препарата или индивидуальная реакция на него. Рецидивы климактерических кровотечений наблюдаются при применении недостаточных доз гестагенов или прекращения курс лечения до его завершения. При применения 17 – ОПК даже в рекомендуемых дозах некоторые женщины жалуется на длительные умеренные кровянистые выделения из половых путей. Это связано с нарушением контракtilности миометрия отеком мышечной стромы и волокон. В этих случаях нельзя прекращать лечение, наоборот увеличить дозу 17 – ОПК.

Хороший эффект получен при использовании метода криодеструкции гиперплазированного эндометрия с использованием специальных приборов, работающих по принципу принудительной циркуляции жидкого азота.

(Грищенко В.И. 1982 г.).

Практическое занятие № 3

Дисфункциональное маточное кровотечение

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
--------------	---------------------------

Форма проведения занятия	Учебная практика Дисфункциональное маточное кровотечение
План лекционного занятия	<p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели Дисфункциональное маточное кровотечение</p> <p>Основные положения цели Дисфункциональное маточное кровотечение</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Дисфункциональное маточное кровотечение</p>

Цель практического занятия: дать представление о «Дисфункциональное маточное кровотечение», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение «Дисфункциональное маточное кровотечение» »	Основную сущность темы Дисфункциональное маточное кровотечение
Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	Усвоить основные методы исследования Иметь представление об основных направлениях НМЦ , Дисфункциональное маточное кровотечение Иметь понятие об основных приёмах и методах исследованиях при Дисфункциональном маточном кровотечение
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение –	Вступительное слово о Дисфункциональном	Слушает,

10 мин.	маточном кровотечении Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	<p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Основные этапы и направления развития гинекологии и Дисфункциональное маточное кровотечение</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследованиях</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятий и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения Дисфункциональное маточное кровотечение</p> <p>Основные направления и составные части гинекологии</p> <p>Основные методы исследования.</p> <p>Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний</p> <p>Классификации гинекологических заболеваний</p> <p>Дисфункциональное маточное кровотечение</p>	<p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	<p>Подводит итог практического занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «ДМК»</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

Вопросы по теме

1. Классификация дисфункционального маточного кровотечения.
2. Патогенез дисфункционального маточного кровотечения.
3. Этиология дисфункционального маточного кровотечения.
4. Виды дисфункционального маточного кровотечения.
5. Диагностика дисфункционального маточного кровотечения.
6. Диф. диагностика дисфункционального маточного кровотечения.
7. Лечение дисфункционального маточного кровотечения.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

1. Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладется ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Параметрами нормального менструального цикла являются:

- кровотечения 3-7 дней,
- интервал между кровотечениями 21 – 35 дней,
- кровопотеря до 80 мл.

Для нарушений менструального цикла принята следующая терминология:

- олигоменорея – интервал между месячными более 35 дней,

- полименорея – интервал между месячными менее 21 дня,
- меноррагия – регулярные обильные менструации длительность более 7 дней,
- метроррагия – нерегулярные маточные кровотечения длительность более 7 дней при кровопотере более 80 мл,
- аменорея – отсутствие месячных в течение 6 месяцев и более у женщин в возрасте 16 – 45 лет вне беременности и лактации.

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) – ациклические маточные кровотечения длительностью более 7 дней после периода задержки более 1,5 месяца.

Патогенез: В основе лежит нарушение образования и выделения гонодотропных гормонов, регулирующих функцию яичников, результатом чего является гормональная дисфункция яичников (персистенция или атрезия фолликула)

ДМК в пубертантном возрасте (ювенильные).

Частота 10 %

Патогенез: - гиперэстрогения

- выраженная гиперплазия

Клиника: - задержка месячных на 1,5 месяц.

- кровотечение
- анемизация

Лечение: Тактика лечения определяется клинической картиной, степенью кровопотери, анемизации.

И этап гемостаз:

- хирургический
- гормональный (КОК одноразные 4-6 таб. в сутки постепенно уменьшая дозу на одну таблетку в день в послед. Приемом 3 месяца).
- Антианемическая терапия
- Лечение гиповалемии.

ИИ этап – профилактика рецидива кровотечения.

Кистозная гиперплазия

- сочетание с миомой
- аденоамиозом

Лечение аденооматозной гиперплазии эндометрия.

- а Г н РГ в течение 6 месяцев (золадекс 3,6 мг или декапептил 3,75 мг в 28 дней 1 раз)
- или метроксипрогестерон ацетат (МПА) по 100 мгх 3 раза в неделю в течение 6 месяцев в непрерывном режиме.
- Или 17 – ОПК в дозе 250 мг 3 раза в неделю 6 месяцев.

Контроль эффективности.

- Лечебно – диагностическое выскабливание через 1 месяц и через 3 месяца.
- Ежемесячно УЗИ
- При рецидивирующей форме и у женщин старше 45 лет – удаление матки с придатками.

Профилактика: Своевременное лечение ановуляции.

Полипы эндометрия.

Патогенез: Пролиферация базального слоя эндометрия и окружающий их стромы.

Классификация полипов по гистоструктуре:

- железистые (железисто – кистозные),
- железисто – фиброзные,
- фиброзные.

Фиброзные полипы – гормонально независимые образования. Эпителий, покрывающий железисто – фиброзный полип, может иметь функциональный характер, т.е. не отличаться от такового в эндометрии (1 тип).

Эпителий может иметь характер базального , т.е. не подвергаться гормональному влиянию (ИИ тип). В полипах 1 типа возможны пролиферативные процессы вплоть до аденоматозных (атипических).

Клиника: Зависит от структуры, величины полипа, возраста женщины.

- Бесплодие
- ДМК
- Меноррагия
- Более « 5 ли могут » рождаются

Диагностика:

- УЗИ
- Гистероскопия
- Гистерография

Лечение: Единственный метод лечения – удаление полипа под контролем гистероскопии.

После удаления фиброзных, железистое фиброзных и железистых полипов, поверхность которых соответствует эндометрию фазы цикла, гормонотерапии не проводится.

Причина маточных кровотечений по частоте встречаемости.

Причина кровотечений	Возрастной период жизни		
	Пубертатный	Репродуктивный	Перимено-паузальный
ДМК	+++	++	+++
Прервавшаяся беременность	+	+++	+
Аденомиоз	-	++	+++
Миома	-	++	+++
Полипы эндометрия	-	++	++
Аденокарциномы	-	+	+++
Нарушение свертывающей системы крови	+++	-	-
Гормональное – активные опухоли яичников	+	+	++

Гиперпластические процессы эндометрия.

Гиперплазия эндометрия – это морфологические изменения желез и стромы эндометрия, обусловленные абсолютной или относительной гиперэстрогенией.

По степени выраженной ГЭ классифицируется

- железистая;
- железисто – кистозная;
- атипическая диффузная очаговая

Rиск на аденокарциному

- **железисто – кистозная – 1 – 3 %**
- **атипическая от 8 – 29 %**

Этиология:

- гиперэстрогения
- дефицит прогестерона
- ановуляция (СПКЯ, НОЭС; гормонально – активные опухоли яичников)
- инсулинрезистентной – сахарный диабет .
- ожирение
- гипертензия

Клиническая картина – обусловлена патологией, на фоне которой развивается ГЭ.

Диагноз: - гистологическое исследования

- гистероскопия
- УЗИ

Толщина эндометрия по данным УЗИ

Структура эндометрия	Толщина эндометрия, мм
Неизмененный	9,8 ± 2,1
Гиперплазия	15,4 ± 0,4
Аденокарциномы	20,12 ± 2,04

Лечение: Терапия зависит от гистологической структуры ГЭ, сочетанных гинекологических и соматических заболеваний возраста женщины.

При железисто – кистозной гиперплазии у женщин репродуктивного возраста при отсутствии противопоказаний для гормонотерапии используют:

- препараты однофазных оральных контрацептивов (содержащих 0,05 мг эстрадиола) в течение не менее 6 месяцев;
- чистые гестагены – дюфастон, медроксипрогестерон, норколут в дозе 10 – 20 мг в день с 5-го по 26-й день цикла в течение 6 месяцев;
- антиэстрогены – даназол (и этинил тестостерон) в дозе 400 мг в день, неместран (гестрионон) в дозе 2,5 мг 2 раза в неделю в течение 6 месяцев. Препараты назначают в непрерывном режиме.

При рецидивирующем железисто – кистозной гиперплазии у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста можно использовать препараты агонистов гонадотропных рилизинг – гормонов (аГн РГ). Остановимся подробнее на терапевтическом применении аГнРГ.

- Залодекс доза 3,6 мг п/к введения 1 раз в 28 дней 6 мес.
- Декапептил 3,75 мг п/к раз 28 дней 6 мес.

Хирургическое лечение

- удаление матки с придатками.

Показание:

- рецидивирующая железисто – циклический прием КОК 3 месяца – однофазные.
- Следующие 3 месяца только прогестины – с 16-го по 26-й день дюфастон 20 мг в день.
Еще раз напомним, что ЮК – это кровотечение со сгустками, анемизацией, длящееся более 7 дней после периода аменореи от 1,5 до 3 месяцев. Проведение таким больным симптоматической терапии – врачебная ошибка.

ДМК в репродуктивном возрасте.

Частота 4-5 %

Этиология:

- стрессы
- **аборты**
- осложненные роды
- ЭГЗ патология
- Нейрообменно – эндокринный синдром и СПКЯ.

Патогенез: ановуляторная дисфункция яичников (гиперэстрогения, гиперпластические процессы эндометрия).

Диагноз:

- клиническая картина
- диф. диагностика (миомой матки, эндометриозом, внематочной беременностью, ВМС, раковая язва шейки матки)

Лечение:

- гемостаз (хирургический гормональный).
- Профилактика рецидива стимуляция овуляции.
- кломифен 50 – 75 мг с 5-го по 9 –й день м-ц.
- дюфастон, Норколут, митрокси прогестерон.

10 – 20 мг с 16 по 26-й день после высабливания 3 месяца.

- последующие 3 месяца после приема кломифена и достижение овуляции (УЗИ растущий фолликул 18 мм и толщины эндометрия 8-10 мм, базальная температура), рекомендуется прогестины с 16 – 20 по 26 –й день в дозах указанные выше.

ДМК – в перимено паузальном периоде

(климактерические кровотечения)

Частота – 15 %

Патогенез: ановуляция хаотичный выброс ФСГ и ЛГ.

Клиника: митрорагии.

Диагностика: - гистероскопия

- УЗИ
- Выскабливание полости матки с изучением морфологической структуры эндометрия.
- Дифференциальная диагностика (аденомиоз, миома матки, опухоли яичников гормонально – активные).

Лечение: зависит от морфологической структуры эндометрия.

- консервативная гормональная терапия направленное на подавление менструальной функции яичников и пролиферативных процессов в эндометрии.

Гормональный или какой либо другой консервативный гемостаз является врачебной ошибкой.

Нарушение функции репродуктивной системы.

Дисфункциональные маточные кровотечения

ДМК – ациклические кровотечения при отсутствие анатомических органических изменений в половых органах женщины.

Частота ДМК очень большая 15-20 % от всех гинекологических больных. К больным с ДМК относятся женщины со склерами кистозными яичниками, синдромом Иценко-Кушенга, АГС ит. д.

Параметрами нормального менструального цикла являются:

- длительность кровотечения 3-7 дней,
- интервал между кровотечениями
- кровопотеря до 80 мл.

Для нарушений менструального цикла принята следующая терминология:

- Олигоменорея – интервалом между месячными более 35 дней,
- Полименорея - интервалом между месячными более 21 дня,
- метrorрагия – регулярные обильные менструации длительность более 7 дней
- метrorрагия – нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл.
- аменорея – отсутствие месячных в течение 6 месяцев и более у женщин в возрасте 16-45

лет вне беременности и лактации

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) – ациклические маточные кровотечения длительностью более 7 дней после периода задержки более 1,5 месяца.

Причины ДМК:

- нейропсихический стресс;
- психическое и физическое переутомление;
- алиментарные факторы;
- последствия соматических заболеваний;
- острие и хронические инъекции;
- эндокринные заболевания.

Патогенез ДМК:

Характеризуется патологическими изменениями функции гипоталамо – гипофизарной системы при нарушениях контролирующей роли нейротрансмиттерных механизмов с последующим дисхронозом гормональной функции и яичников. В итоге происходящей циклические изменения эндометрия и его сосудов.

Имеются определенные различия в механизме ДМК в зависимости от цикла (овуляторный или аноовуляторный) и периода жизни женщины (подростковый, детородный, пред. и постменопаузальный) эти различия и являются основной классификации ДМК.

Классификация ДМК по возрасту:

- ДМК в подростковом возрасте (ЮМК);
- ДМК детородного периода (МКДП);
- ДМК климактерического периода;
- ДМК постменопаузального периода (МКПП)

Классификация ДМК по характеру нарушений менструального цикла и функционально-морфологическим изменениям.

А. Ановуляторные ДМК.

- кратковременная персистенция фолликулы;
- длительная персистенция фолликула;
- атрезия множестве фолликулов;

Б. Овуляторные ДМК.

- гипофункция желтого тела;
- гиперфункция желтого тела;
- гипофункция зреющего фолликула;
- гиперфункция зреющего фолликула;

Любая форма ДМК может встречаться во все периоды жизни женщины (за исключением постменопаузального). Однако существует определением закономерности: в юношеском и предменопаузальном периодах. Как правило наблюдаются аноовуляторные ДМК, в детородном – овуляторные. При этом в подростковом возрасте ДМК происходят чаще на форме атрезии множества фолликулов, в предменопаузальном - на фоне длительной персистенции фолликула. Кратко временная перелетелизется фолликула чаще наблюдается в детородном возрасте может иметь место и в другие возрастные периоды.

В детородном возрасте ДМК встречаются реже/до 20-30 % /

ДМК в пубертантном возрасте (ювенильные) частота 10 %

Патогенез: - гиперэкстрагения

- вырансенная гиперплазия.

Клиника:

- задержала менструации на 1,5 месяца.
- кровотечение
- анемизация

Лечение:

Тактика лечения определяется клинической картиной, системною кровопотери, анемизации

И этап гемостаз.

- хирургический
- гормональный

(КОК однофазные 4-6 таблетки в сутки постепенно уменьшая дозу на одну таблетку в день в последнем приеме 3 месяца).

- антианемическая терапия
- лечения гиповолемии

III этап – профилактика рецидива кровотечения.

- циклический прием КОК 3 месяца однофазные
 - следующая 3 месяца только прогестины с 16-го по 26-й день дюфастон 20 мг в день
- Еще раз напомним что ЮК- это кровотечение со сгустками, анемизацией, длиющееся более 7 дней после периода аменореи от 1,5 до 3 месяцев. Проведение таким больным симптоматический терапии - врачебная ошибка.

ДМК в репродуктивном возрасте частота 4-5 %

Этиология:

- стрессы
- аборты
- осложненные роды
- ЭГЗ патология
- Метрообменно –эндокринный синдром и СПКЯ

Патогенез:

Ановуляторная дисфункция яичников (гиперэкстрагенитальная, гиперпластический процессы эндометрия).

Диагноз:

- клиническая картина
- Диф. д-ка (миомой матки, эндометриозом, внематочной беременностью, ВМС, раковая язва шейки матки).

Лечения:

- гемостаз (хирургический гормональный)
 - профилактика рецидива
- стимуляция овуляции
- Кломифен 50-75 мг
с 5-го по 9-й день месяца
 - Дюфастон, норколут, мийрокси прогестерон 10-20 мг с 16-го по 20-й день после выскабливание
- последующие 3 месяца после приема кломифена и достижение овуляции (УЗИ растущий фолликул 18 мм и толщины эндометрия 8-10 мм, а заливная температура), рекомендуется с 16-20 по 26-й день в дозах указанные выше.

ДМК – в перимено паузальном периоде

(климатические кровотечения) частота – 15 %

Патогенез: ановуляция хаотичный выброс ФГС и ЛГ

Клиника: мейорагии

Диагностика:

- гистероскопия
- УЗИ
- Выскабливание полости матки с изучением морфологической структуры эндометрия
- Дифференциальная д-ка (аденомиоз, миома матки, опухоли яичников гормонально активные)

Лечение: зависимой от морфологический структуры эндометрия

- консервативная гормональная терапия направленное на подавление менструальной функции яичников и пролиферативных процессов в эндометрии.

Гормональный или какой либо другой консервативный гемостаз является врачебной ошибкой.

Гиперпластические процессы эндометрия.

Гиперплазия эндометрия –это морфологические изменения желез и сейромы эндометрия, обусловлено абсолютной или относительной гиперэкстрагенией.

По степени выраженной ГЭ классифицируется:

- железистая;
 - железисто- кистозная;
 - атипическая
- диффузная
- риск на
- очаговая
- аденокарцинома;
- железисто -кистозная - 1-3 %
 - атипическая от 8-29 %

Этиология:

- гиперэкстрагения
- дефицит прогестерона
- ановуляция (СПКА, НОЭС, гормонально –активные опухоли яичников)
- инсцисторезистентной –сахарный диабет
- ожирение
- гипертензия

Клиническая картинка-обусловлена патологией на фоне, которой развиваются ГЭ.

Диагноз:

- гистологическое исследование
- гистероскопия
- УЗИ

Толщина эндометрия по данным УЗИ

Структура эндометрия	Толщина эндометрия
Неизмененный	9,8±2,1
Гиперплазия	15,4±0,4
Аденокарцинома	20,12±2,04

Лечения: терапия зависит от гистологической структуры ГЭ, сочетанных гинекологических и соматических заболеваний, возраста женщины.

При железисто- кистозной гиперплазии у женщин репродуктивного возраста при отсутствии противопоказаний для гормонотерапии используется:

- Препараты однофазных оральных контрацептивов (содержавших 0,05 мг эстрадиола) в течение не менее 6 месяцев;
- Чистые гестагены – дюфастон, медроксипрогестерон, Норколут в дозе 10-20 мг в день с 5-го по 26-й день цикла в течение 6 месяцев;
- Антиэстрогены- даназол (и этинил тестостерон) в дозе 400 мг в день, неместран (гестринон) в дозе 2,5 мг 2 раза неделю в течении 6 месяцев. Препараты назначают в непрерывном режиме.

При рецидивирующей железисто – кистозной гиперплазии у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста можно использовать препараты агонистов гонадотропных рилизинг –гормонов (аГнРГ).

Остановимся подробнее на терапевтическом применении аГнРГ.

- залодека доза 3,6 мг для п/к в ведения. 1 раз в 28 дней
- декапептин 3,75 мг п/к раз 28 дней 6 месяцев

Хирургическое лечение:

- удаление матки с придатками

Показание:

- рецидивирующая железисто-кистозная гиперплодия
- сочетание с миомой
- аденоимиодом

Лечение аденооматозной гиперплазии эндометрия.

- аГнРГ в течение 6 месяца (залодекса 3,6 мг или декапентин 3,75 мг в 28 дней раз).
- Или метроксипрогестерон ацетат (МНА) по 100 мг х 3 раз в непрерывном режиме.
- Или 17 – ОПК в дозе 250 мг – 3 раза в неделю 6 месяцев.

Контрольной эффективности:

- Лечебно диагностическое выскабливание ч/з 1 месяце и ч/з 3 месяца
- Ежемесячно УЗИ

При рецидивирующие форме и у женщин старше 45 лет – удаление матки с придатками.

Профилактика:

Своевременное лечение овуляции.

Полип эндометрия

Патогенез:

Пролиферация базального слоя эндометрия и окружающий их стромы.

Классификация полипов по гистоструктуре:

- Железистые (железисто-кистозные)
- Железисто-фиброзные,
- Фиброзные.

Фиброзные полипы –гормонально независимые образование. Эпителий, покрывающий железисто-фиброзный полип, может иметь функциональные характер, т.е. не отличается от такового в эндометрии (И тип).

Эпителий может иметь характер базального, т.е. не подвергается гормональному влиянию (ИИ тип). В полипах И тип возможны пролиферативные процессы вплоть до аденоматозных (атипических).

Клиника:

Зависимый структуры, величины полипа возраста женщины.

- Бесплодия
- ДМК
- Менорагия
- Более «5 см могут» рождаться

Диагностика:

- УЗИ
- Гистероскопия
- Гистерография

Лечения:

Единственной метод лечения – удаления полипа под контролем гистероскопии.

После удаление фиброзных железисто-фиброзных и железистых полипов, поверхность которых соответствует эндометрию фазы цикла, гормонотерапии не проводится.

Причины маточных кровотечений по частоте встречаемости

Причины кровотечения	Возрастной период жизни		
	Пубертатный	Репродуктивный	Перименопаузальный
ДМК	+++	++	+++
Прервавшаяся беременность	+	+++	+
Аденомиоз	-	++	+++
Миома	-	++	+++
Полипы эндометрия	-	++	++
Аденокарцинома	-	+	+++
Нарушение свертывающей системы крови	+++	-	-

Гормонально – активные опухоли яичников	+	+	++
-----------------------------------------------	---	---	----

Практическое занятие № 4

Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома,</p> <p>Основные положения цели Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома</p>

Цель практического занятия: дать представление о «**Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома**», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение науки «гинекологии» Разобрать основные методы исследования Дать представление об виды внематочной беременности. Перечислить и дать краткую характеристику Внематочную беременностью, пузырному заносу, хорионэпителиому	Основную сущность темы Усвоить основные методы исследования Иметь представление об Этиология внематочной беременности. Иметь понятие об виды внематочной беременности.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома , Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	<p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Этиология внематочной беременности.</p> <p>Виды внематочной беременности.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Лечение внематочной беременности.</p> <p>Этиология трофобластических заболеваний.</p> <p>Виды трофобластических заболеваний.</p> <p>Лечение трофобластических заболеваний.</p> <p>Прогноз трофобластических заболеваний.</p>	<p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	<p>Подводит итог практического занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов.</p> <p>Поощряет активное участие студентов в практического занятия.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

Вопросы по теме

- 1.Этиология внематочной беременности.
- 2.Виды внематочной беременности.

3. Лечение внематочной беременности.
4. Этиология трофобластических заболеваний.
5. Виды трофобластических заболеваний.
6. Лечение трофобластических заболеваний.
7. Прогноз трофобластических заболеваний.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

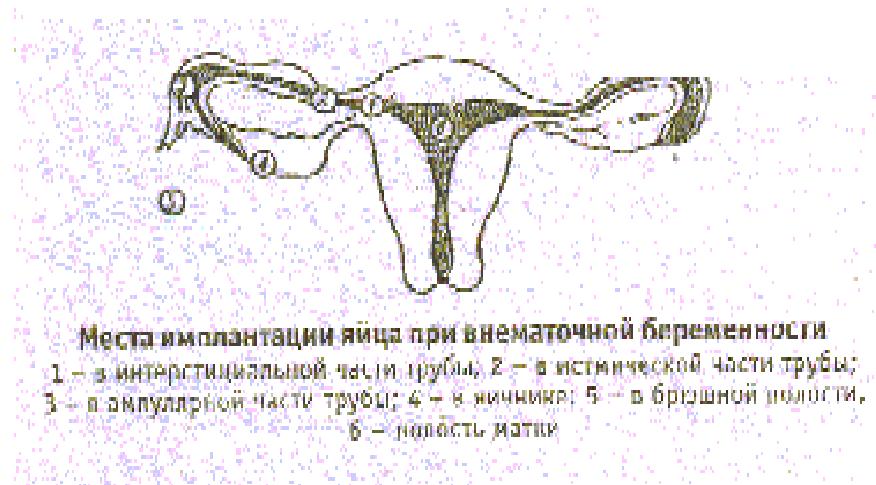
1. Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладется ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Все случаи развития плодного яйца вне полости являются тяжелой патологией, представляющей непосредственную угрозу не только репродуктивному здоровью, но и жизни женщины. В ургентной гинекологии внутренние кровотечения чаще всего обусловлены прерыванием эктопической беременности (ЭБ). Частота ЭБ среди гинекологических больных, поступающих в стационар варьирует от 1 до 6 %; ЭБ является основной причиной смерти беременных женщин в первом триместре беременности. Летальность при внематочной беременности в Республике Узбекистан 0,01 % в России составляет 0,11%, что в раза выше, чем в США. В структуре причин материнской смертности на долю ЭБ приходится 7,4%. Наибольшее число неблагоприятных исходов при ЭБ приходится на возраст женщин 30 лет и старше (летальность выше 3 раза, в чем в возрасте 15-для заметок 24 года).

Эктопическая беременность – это беременность, вне матки, обычно в фаллопиевых трубах. Эктопическая беременность случается когда оплодотворенная зигота не достигает матки,

но предпочтительнее в другом месте, имплантируется где – нибудь, обычно в некоторых частях фаллопиевой трубы.

Внематочная беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.



Бывает по локализации в маточной трубе, яичнике, брюшной полости, в шейке матки, вrudиментарном роге; по клиническому течению прогрессирующая и нарушенная по типу наружного разрыва плодовместилища (разрыв трубы, яичника) или внутреннего разрыва плодовместилища (трубный аборт).

Ведущие симптомы при нарушенной трубной беременности - мажущие кровянистые выделения из половых путей на фоне задержки менструации, боли внизу живота или признаки "острого" живота.

Классификация эктопической беременности.

В соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 пересмотра (1993) выделяют:

- ✓ Абдоминальная (брюшная) беременность.
- ✓ Трубная беременность.
- ✓ Беременность в маточной трубе (прогрессирующая);
- ✓ Разрыв маточной трубы вследствие беременности;
- ✓ Трубный аборт;

Яичниковая беременность.

Другие формы эктопической беременности.

- ✓ Шеечная (в шейки матки);
- ✓ Комбинированная;
- ✓ В роге матки;
- ✓ Внутрисвязочная (итралигаментарная);
- ✓ В брыжейке матки (в толще широкий связки);
- ✓ Неуточнённая.

Среди всех видов внематочной беременности принято различать часто и редко встречающиеся формы; к частым относят ампулярную и истмическую локализацию трубной беременности, на долю которых приходится 93-98,5 % случаев (ампулярная локализация трубной беременности встречается несколько чаще, чем истмическая), к редким формам интерсициальную (0,4-2,1%), яичниковую (0,4-1,3%), брюшную (0,1-1,4 %), шеечную (0,2%). Ещё реже встречается беременность, развивающаяся вrudиментарном роге матки (0,1-0,9%), добавичной маточной трубе (0,07%). Возможные казуистические случаи многоплодной беременности с разнообразной

локализацией. За последние годы увеличилась частота гетеротапической ЭБ (сочетание внутриматочной и внематочной локализацией)

РИСК ФАКТОРА ДЛЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

- Наличие в анамнезе операций на маточных трубах, включая лигирование труб и или реанастомоз труб после их лигирования.
- Наличие в анамнезе инфекции труб, включая воспалительные заболевания органов малого таза.
- Контрацепция – ВМС
- Наличие в анамнезе предыдущей эктопической беременности.

Классические, беременность изначально неотличима от внутриматочной беременности. У пациентки может быть аменорея, она может чувствовать себя беременной, и тесты на беременность будут позитивными. Но в конечном итоге беременность начинает прекращаться из-за перерастяжения трубы и эрозирования кровеносных сосудов.

С этого времени плацента и желтое тело начинают ослабевать и уровень гормонов падает. Эндометрий беременности, называемый децидуа, поддерживаемый прогестероном из желтого тела до этого времени, начинает угасать и начинается кровотечение.

Децидуа сходит в виде одного большого куска, называемого децидуальными слепком. ХГ, продуцируемой плацентой – не изменяется или падает к этому времени. Беременность может инвазировать сквозь стенку трубы и близлежащих кровеносных сосудов, может возникнуть внутрибрюшное кровотечение. Кровотечение может быть катастрофическим (профузным) или постепенным.

Существует множество вариаций образцов поведение эктопической беременности, включая самопроизвольную регрессию, аборт в конце трубы, формирование хронической гематомы и даже реимплантацию оплодотворенного яйца в другое место, формируя абдоминальную беременность.

ПРИЗНАКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ.

Принципиально выделяют 2 варианта клинического течения ЭБ: прерванная (нарушенная) и прогрессирующая. Нарушенная трубная ЭБ протекает либо по типу трубного аборта, либо как разрыв маточной трубы и всегда сопровождается внутренним или наружным кровотечением; в редких случаях образуется перетубарная гематома и кровотечение приостанавливается. Прогрессирующая ЭБ до посленего времени являлась случайной находкой.

Боль и вагинальное кровотечение - это отличительные признаки и симптомы эктопической беременности. Боль почти универсальная, она обычно в нижней части живота и больше на стороне поражения. Кровотечение также очень часто следует за коротким периодом аменореи. Вагинально можно обследовать увеличение придатков, тестоватой консистенции, болезненность иногда данную картину можно спутать с мягким желтым телом нормальной маточной беременности. Появляются признаки гемоперитонита за счет внутрибрюшного кровотечения, шока, гипотензия, выпячивание заднего свода.

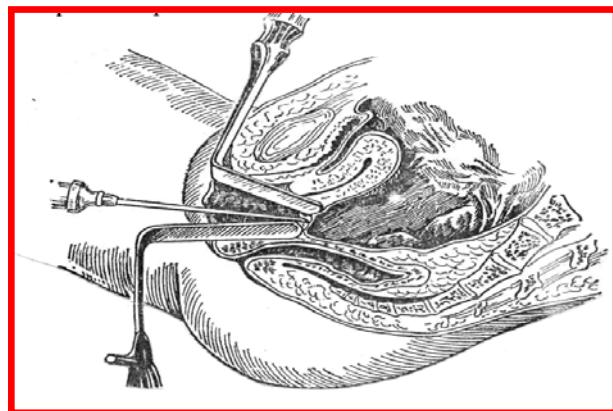


ДИАГНОСТИКА

Лабораторные тесты могут быть полезными: снижение Нв, Нт, снижение ХГ в сыворотке крови при прерывании внематочной беременности, а повышение её подсказывает о прогрессирующей внематочной беременности.

УЗИ очень полезен в диагностике, трансвагинальное сканирование имеет более огромную диагностическую ценность, чем трансабдоминальное.

Другой диагностический метод – тест кульдоцентез. Он заключается в пункции заднего свода и определении характераpunktата.



При показателях Хт в пунктате более 15 % подсказывает о активном интраперитонеальном кровотечении.

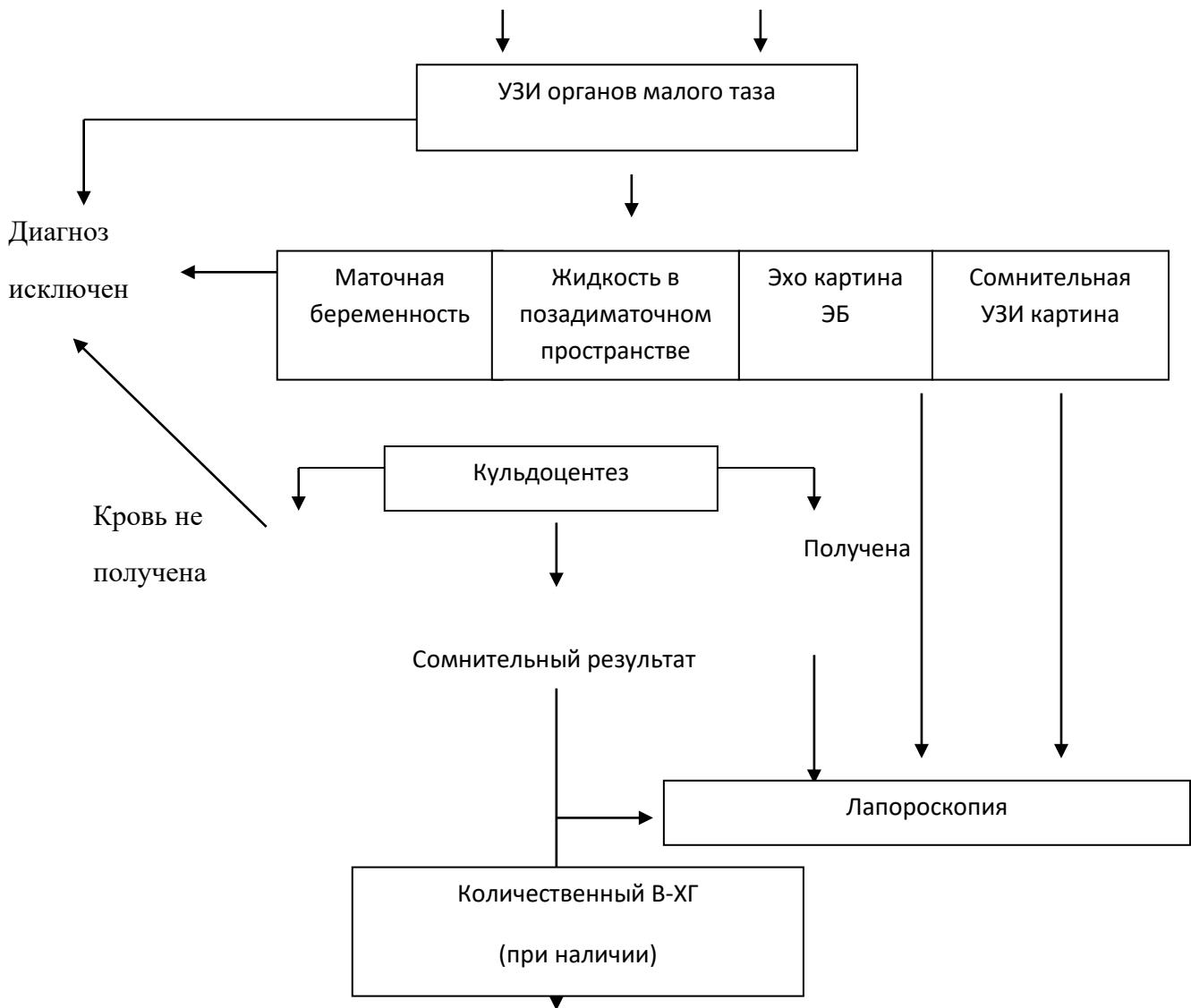
Лапароскопия является в качестве золотого стандарта диагностики, и особенно в тех случаях, когда подозревается внутрибрюшное кровотечение и одновременно проводится хирургическая коррекция.

Минимальный алгоритм диагностики эктопической беременности.

Женщина с сохраненной репродуктивной функцией, с болью в животе или кровянистыми выделениями из половых путей.



Качественный тест на ХГ



ЛЕЧЕНИЕ

Ниже следующее планы лечения в настоящее время используются в лечение эктопической беременности:

- ✓ выжидательная
- ✓ медикаментозная
- ✓ абдоминально хирургическая
- ✓ лапароскопическая

Лапароскопическая хирургия обычно наиболее подходящее лечение у большинства женщин с трубной беременностью. **Выжидательное или медикаментозное** лечение предмет выбора у гемодинамически стабильных женщин, кто тщательно отобран и информирован согласно нижеследующим критериям:

- Минимальные боли или кровотечение.
- Пациент надежной для наблюдения.
- Отсутствие оснований для разрыва трубы.

- Становление уровня ХГ менее чем 1000 мл ЕД / мл и её спад.
- Эктопические или придаточные массы менее чем 3 см, или не определяющиеся.
- Отсутствие сердцебиение эмбриона.

Выжидательная тактика используется более часто в этих ситуациях, когда действительная локализация беременности не может быть определена.

Единственный тест, который отличит выкидыша нарушенной эктопической беременности – это дилатация шейки матки и кюретаж. Этот инвазивный тест может быть осуществлен, или отсрочен настолько того требуют клинические обстоятельства.

Медикаментозная терапия метотрексатом - антагонистом фолиевой кислоты является подходящим подходом для правильно избранных пациентов.

Выбор пациентов – это ключевой элемент успеха терапии метатрексатом.

Набор приемлемых критерииов включает:

- Стабильные жизненные признаки и низкий уровень симптоматологии.
- Отсутствие медицинских противопоказаний для терапии **метатрексатом** (нормальные ферменты печени и количество тромбоцитов).
- Ненарушенная эктопическая беременность.
- Отсутствие сердечной деятельности эмбриона.
- Эктопические массы. 4 см или менее.
- Падение уровня ХГ. менее чем 5000 мл Ед./мл.

Одноразовый дозированный внутримышечный путь введения обычно вычисляется на 1 мг/ кг. Исследование ХГ сыворотки осуществляется на 4-7 день после лечения и потом последующем еженедельно пока уровень не достигнет 5 мл Ед./ мл, который может занять 3-4 недели. Уровень прогестерона в сыворотке может быть проверен вместо ХГ, снижение до 1,5 мг/мл рассматривается как успешный итог и обычно это случается примерно в течение 2-3 недель.

Схема медикаментозной терапии прогрессирующий ЭБ метотрексатом.

Сутки лечения	Лечебные и диагностические мероприятия
0	Общеклинический анализ крови, тромбоциты, АСТ креатин определение группы крови и резус фактора.
1	Метотрексат 50 мг\м2 внутримышечно (около 1мг\кг)
2-3	Наблюдение
4	ХГ
7	ХГ-если уровень ХГ по сравнению с 4 днём снизился менее чем на 15 % - повторное введение метотрексата в той же дозе

	Если есть уровень ХГ снизился более чем на 15 % еженедельно повторять анализ до исчезновения ХГ (4 недели). Повторить УЗИ через 4 недели от начала лечения
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Хирургическое лечение - являлось основой лечения эктопической беременностью в течение многих лет, и остается необходимым выбором. Оно может быть разделено на консервативное и экстирпативное. Консервативное означает сохранение трубы, к экстирпативному относится удаление трубы. Оно может быть сделано посредством лапароскопии или лапаротомии, что зависит от состояния пациента, навыков оператора, местных стандартов и доступных возможностей.

Критерии, указывающие на необходимость хирургического вмешательства включают:

- Пациент с нестабильными жизненными признаками или признаком внутреннего кровотечения.
- Ненадежный контроль.
- Какие-либо противопоказания к наблюдению или терапией метотрексатом.

Объем хирургической операции может быть удаление пораженной маточной трубы или после её опорожнений от беременности восстановительная пластическая операция. В зависимости от объема кровопотеря и степени тяжести шока необходимо проведение противошоковых мероприятий и срочно заместить ОЦК. Лечебные мероприятия при нарушенной внематочной беременности на догоспитальном этапе включают в себя инфузционную терапию: внутривенное введение 400 мл полиоксида или 400 мл полиглюкина, 400 мл реополиглюкина, 500 мл 5% раствора глюкозы. Скорость введения растворов зависит от стадии геморрагического шока (см. соответствующий раздел). Одновременно больной проводят ингаляцию кислорода. Терапия глюкокортикоидами по показаниям. Больная подлежит срочной госпитализации в гинекологическое отделение, транспортировку осуществляют в положении лежа. При транспортировке АД поддерживают на уровне 80-100 мм рт ст. При массивной кровопотере госпитализацию больных с нарушенной внематочной беременностью осуществляют реанимационно-хирургическая бригада.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ.

Гестационная трофобластическая болезнь или пузырный занос имеет три основные формы:

- Полный пузырный занос
- Частичный пузырный занос
- Рецидивирующий занос

который может прогрессировать в метастатическую хорионэпителиому ?

Это редкий случай в первом триместре беременности как причина кровотечения и должен быть рассмотрен в дифференциальном диагнозе пока не доказан другой. Полный пузырный занос состоит из плацентарной пролиферации в отсутствие плода. Ворсинки плаценты раздуты и часть напоминают гроздья винограда. Большинство полных заносов имеет 46 XX хромосомальный состав, все наследованные от отцовских источников. Часто два фактора предрасполагают к трофобластической болезни:

- Беременность на грани репродуктивной жизни

(свыше 40-45 лет)

- В анамнезе имелась пузырный занос

Клинически проявляется:

- Вагинальное кровотечение в первом или раннем втором триместре.
Пузырьки, напоминающие гроздья винограда отходят в случаях, когда беременность переходит во II триместра.
- Уровень ХГ выше ожидаемого ответственно сроку гестации.
- Матка больше ожидаемого гестационного срока.
- Неукротимая рвота, гипертензия, вызванная беременностью на раннем гестационном сроке.
- Увеличение яичников, вызванное тека – лютеиновыми кистами, возникших в результате гиперстимуляции яичников высоким уровнем ХГ.

Диагностика основывается на выше указанных признаков. Для раннего диагноза необходим высокий показатель подозрения. УЗИ является основным стандартом диагностики, осматривается множественные пузырные прос-транства внутри матки, при отсутствие плодного яйца. Часто определяются увеличенные кистозные яичники.

ЛЕЧЕНИЕ

Немедленная эвакуация из полости матки элементов пузырного заноса, с последующим проведением серийного мониторинга ХГ в течение 6 месяцев. Если уровень ХГ не изменяется или повышается, тогда может быть предложен рецидив и необходимо начать химиотерапию – метотрексатом. Тека – лютеиновые овариальные кисты не требуют лечения и рассосутся после эвакуации пузырной ткани.

Примерно у 20 % женщин с полным пузырным заносом имеются случаи рецидива в форме заноса который прорастает в миометрий или становится агрессивно метастатическим.

Тактика ведения больных после опорожнения пузырного заноса:

После удаления пузырного заноса во избежание развитие метостазов, инвазивного пузырного заноса и хорионэпителиомы целесообразно в условиях стационара проведения профилактического курса химиотерапии.

Показаниями для данной химиотерапии являются:

1. Выраженная пролиферация и анатомия хориального эпителия.
2. Отсутствие прогрессивного снижения титра ХГ после удаления пузырного заноса.
3. Отсутствие условий для исследования ХГ в динамике, отдаленное место жительство, отсутствие медицинских учреждений.

Для профилактической химиотерапии применяется:

1. Метотрексат 120 мг на курс лечения интенсивным либо прерывистом методом. При интенсивном - 20 мг ежедневно в течение 6 дней, при прерывистом - 20 мг через 2-3 дня, всего 6 раз.

2. Актимидин «Д» в/в по 12 мг на кг массы, курс лечения 5 дней.

Диспансерное наблюдение больных проводится в течение 2 года. При каждой явке должен проводиться общий осмотр, осмотр молочных желез, выделения из сосков и гениталий, исследования мочи на ХГ. При осмотре гениталий обращать внимание на характер выделений, цвет слизистой влагалища и шейки, консистенции шейки и тела матки, величину матки и яичников. Срок обследования диспансерных больных – через 2,4,6,8,12 недель после опорожнения пузырного заноса, затем в течение года ежемесячно, в дальнейшем 1 раз в 3 месяца.

Симптомами возможного развития хорионэпителиомы после пузырного заноса являются:

Длительная персистенция положительных реакций на ХГ либо, что еще более неблагоприятно, появления положительной реакции после бывших отрицательных.

Кровянистые выделения, продолжающиеся после выскабливания либо появившиеся после некоторого перерыва, любой интенсивности.

Субинвагинальная матка.

Сохранения элементов эмбриона после опорожнения пузырного заноса и прогрессирование лютениновых кист.

При подозрении на развивающуюся хорионэпителиомы необходимо:

Количественное определение ХГ.

Рентгенография грудной клетки для выявления метастазов.

Диагностическое выскабливания полости матки с гистологическим исследованием удаленной ткани. При гистологическом исключении хорионэпителиомы, но при положительной биологической реакции рекомендуется повторять их через каждые 10-15 дней. В случае положительных результатов или повышении титра ХГ – лапаротомия, так как в этих случаях не исключается интерстициальная или субсерозная локализация хорионэпителиомы.

В течение диспансерного наблюдения больным следует рекомендовать предохранения от беременности. При наступлении беременности в течение этого времени необходимо проведения реакций на ХГ с кипяченной мочой, рентгенография грудной клетки, наблюдение за соответствием размеров матки к сроку беременности. В родах профилактика кровотечения, осмотр для исключения повторного частичного пузырного заноса. При благоприятном исходе родов у диспансерных больных они снимаются с учета.

Прогноз заболевания.

Определенное прогностическое значение после удаления пузырного заноса имеют следующие исходные

Практическое занятие № 6

Воспалительные заболевания женских половых органов.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели Воспалительные заболевания женских половых органов</p> <p>Основные положения цели Воспалительные заболевания женских половых органов.</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Воспалительные заболевания женских половых органов.</p>

Цель практического занятия: дать представление о «**Воспалительные заболевания женских половых органов**», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Воспалительные заболевания женских половых органов.	Основную сущность темы Воспалительные заболевания женских половых органов.
Разобрать основные методы исследования	Усвоить основные методы исследования Иметь представление об основных направлениях Этиология воспалительных заболеваний. Иметь понятие об Пути проникновения инфекций.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор

Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео
------------------	-----------------------------------------------------------

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	<p>Вступительное слово о Воспалительные заболевания женских половых органов</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	<p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятий и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Этиология воспалительных заболеваний.</p> <p>Пути проникновения инфекций.</p> <p>Клинические признаки воспалительных заболеваний ЖПО.</p> <p>Диагностика воспалительных заболеваний.</p> <p>Диф. диагностика воспалительных заболеваний.</p> <p>Лечение воспалительных заболеваний.</p> <p>Профилактика воспалительных заболеваний.</p>	<p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	<p>Подводит итог практического занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов.</p> <p>Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

Вопросы по теме

- 1.Этиология воспалительных заболеваний.
- 2.Пути проникновения инфекций.

- 3.Клинические признаки воспалительных заболеваний ЖПО.
4. Диагностика воспалительных заболеваний.
- 5.Диф. диагностика воспалительных заболеваний.
- 6.Лечение воспалительных заболеваний.
7. Профилактика воспалительных заболеваний.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

- 1.Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗЖПО) занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости. Больные ВЗЖПО составляют 60-65 % гинекологических больных, обратившихся в женскую консультацию, и 30 %-среди направляемых на лечение в стационар. Эти статистические данные требуют уточнения в связи с тем, что ВЗЖПО нередко протекают в стерой форме и больные не всегда обращаются к врачу или заболевания недостаточно точно распознаются.

Отмеченный во многих странах мира рост ВЗЖПО является следствием возрастающей миграции населения, урбанизации, изменения полового поведения молодежи, проституции.

Микроорганизмы , постоянно присутствующие в половых путях , могут при определенных условиях стать вирулентными и участвовать в развитии ВЗЖПО. Препятствием для их активизация и участия в воспалении являются физиологические защитные механизмы:

- 1) физиологическая десквамация и цитолиз поверхностных клеток эпителия влагалища, обусловленные влиянием яичниковых гормонов;
- 2) неспецифический антимикробные механизмы, действующие на клеточным уровня: фагоцитоз, неспецифические гуморальные факторы-белок плазмы (трансферрин-связывающий железо), опсонины, усиливающие фагоцитарную активность клеток; лизоцим, обладающий антимикробные активностью; лизин выделяющий тромбоцитами в очаге воспаления
- 3) иммунные механизмы защиты от грибковой, вирусной инфекции внутриклеточных бактериальных паразитов. К ним относятся Т-лимфоциты, иммуноглобулины, система комплемента.

Слизь, скапливающаяся в цервикальном канале, представляет собой своеобразный барьер, разделяющий нижние и верхние отделы полового тракта

В матке защитную функцию несет эндометрий, препятствующий проникновению микроорганизмов периодическом отторжением его функционального слоя во время менструации

Факторы, способствующие инфицированию верхних отделов половых органов и возникновению воспалительных заболеваний органов таза.

Проникновению инфекции в верхние половые пути способствует внутриматочные процедуры (зондирование, гистеросальпингография, гистероскопия, пертурбация, гидротурбация, операции на половых органах), прерывание беременности. Воспаления является наиболее частым осложнением абортов и родов. Риск развития воспалительного процесса придатков у женщин – носительниц ВМС повышается в 4 раза. Особенно высок риск у нерожавших женщин.

Возбудителей ВЗЖПО принято делить на специфические и не специфические. К неспецифическим относят стафилакокки, кишечную палочку, хламидии, микоплазмы, вирусы и др., к специфическим – гонококки и туберкулезную палочку.

Различает острое, подострое и хроническое течение заболеваний половых органов.

ТРИХОМОНОЗ

Среди воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов наиболее распространенным является трихомоноз (трихомониаз). Заражение происходит, как правило, половым путем.

Трихомоноз диагностируется у 40 – 80 % больных, страдающих гинекологическими заболеваниями; особенно часто трихомоноз встречается у больных гонореей (до 90 %), что объясняется общностью путей заражения. Кроме того, отмечается фагоцитоз гонококков трихомонадами. У 86 % женщин поражение локализуется в нижнем отделе мочеполовых органов (из них у 98,9 % развивается вульвовагинит), восходящий процесс имеется у 14 %.

Клиническая картина. Различают свежее заболевание острым, подострым и торpidным (малосимптомным) течением, хронический трихомоноз (длительность заболевания свыше 2 мес.) и асимптомный трихомоноз (стойкое и транзиторное трихомонадоносительство). Инкубационный период колеблется от 3 дней до 3-4 нед, составляя в среднем 10-14 дней.

Трихомонадный вульвит и вестибулит чаще встречается у девочек. При остром воспалении больные жалуются на жжение в области наружных половых органов, обильные гнойные пенистые выделения, зуд, иногда учащенные позывы на мочеиспускание. При хроническом процессе больные жалуются на периодически появляющийся зуд, небольшие выделения.

Трихомонадный уретрит. У 30 % больных заболевание протекает даже в острой стадии субъективно бессимптомно, остальные жалуются на резь, болезненность при мочеиспускании

(особенно в конце его). При хроническом процессе больные жалоб не предъявляют.

Трихомонадный кольпит (вагинит) – самая частая форма трихомоназа. При остром и подостром кольпите больные предъявляют жалобы на обильные бели нередко разъедающего характера и с неприятным запахом, резкий зуд, жжение, болезненность при половом акте. Бели обильные, жидкые, гнойные, пенистые, иногда с примесью крови.

При хроническом процессе больные жалуются на периодически появляющиеся зуд и выделения.

Трихомонадный эндоцервицит (цервицит). Шейка матки при осмотре отечная, с диффузной (при остром процессе) или очаговой (при хроническом) гиперемией, с образованием истинной эрозии (чаще на задней губе). Выделения гнойные, жидкые, пенистые.

Диагноз: ставят на основании жалоб больных, анамнеза, клинической картины заболевания и обязательно обнаружения трихомонад при микроскопии патологического материала

(выделения влагалища, цервикального канала, моча, смывы прямой кишки и пр.), реже в посевах на искусственные питательные среды.

Лечение: лечению подлежат все больные, у которых обнаружены трихомонады, независимо от наличия или отсутствия у них воспалительных проявлений. Местное лечение трихомоназа потеряло свое значение и проводится лишь при непереносимости препарата (метронидазола) или противопоказаниях к нему или при упорном течении смешанной инфекции (гонорейной, хламидийной) в период иммунотерапии вместе с метронидазолом. Применяют различные схемы лечения; 1) по 0,25 г 2 раза в день в течение 10 дней; 2) по 0,5 г 2 раза в день в течение 5 дней; 3) 4 дня по 0,25 г 3 раза в день последующие 4 дня по 0,25 г 2 раза в день; первый день по 0,5 г 2 раза, во второй по 0,25 г 3 раза и в последующие дни по 0,25 г 2 раза. Последняя методика считается более эффективной. Беременным лечение метронидазолом следует проводить только в последнем триместре.

К А Н Д И Д О З

Кандидоз (кандидамикоз) – второе по частоте заболевание нижнего отдела полового тракта. Кандидоз – заболевание слизистой влагалища, распространяющееся на шейку матки и нередко на вульву. Возбудители заболевания – дрожжеподобные грибы.

Дрожжеподобные грибы попадают в половые пути женщин из кишечника, при непосредственном контакте с экзогенными источниками инфекции (больные, носители), через инфицированные предметы. Заражение возможно при половых контактах. Кандидозный кольпит встречается у 3-10 % женщин репродуктивного возраста; частота этого заболевания выше (15 %) у больных гинекологических и неврологических стационаров.

Клиническая картина. Клинические проявления кандидоза половых органов в основном сводятся к жалобам на бели и зуд. Бели могут быть жидкими, профузными, с примесью творожисто - крошковатых включений. Выделения бывают густыми, мазеподобными, зеленовато – белого цвета. Частым симптомом кандидоза является зуд, особенно сильный при поражении вульвы. Зуд бывает постоянным или беспокоит во второй половине дня, вечером и ночью.

Эффективными средствами лечения являются противогрибковые антибиотики леворин и нистатин. Можно использовать местно клотrimазол в виде 1 % крема (смазывание слизистых оболочек) и интравагинальных таблеток, содержащих 0,1 г препарата.

При беременности не назначают леворин и клотримазол. Курсы лечения включают применение синтетических витаминов и пищевых продуктов, богатых витаминами. По показаниям применяют общеукрепляющие средства и десенсибилизирующие препараты (димедрол и др.).

ХЛАМИДИОЗ

Хламидии – особые микроорганизмы, отличающиеся способностью к облигатному внутриклеточному паразитированию. Хламидии поражают все отделы полового тракта. Частота хламидиоза весьма велика. У женщин, обратившихся с воспалительными заболеваниями органов малого таза и нижнего отдела половых путей, достигает 50 %. Хламидии выделяются у 40 % больных гонореей и у 40 % больных трихомониозом. Заболевание передается половым путем.

Клиническая картина. Инкубационный период продолжается 20 – 30 дней. Заболевание характеризуется длительностью течения, недостаточной отчетливостью признаков, склонностью к рецидивам.

Острая стадия хламидийного эндоцервицита характеризуется гнойными (серозно-гнойными выделениями из цервикального канала и гиперемией вокруг наружного зева, нередко отмечается отечность влагалищной части шейки. В хронической стадии выделения слизисто – гноевидные, на шейки матки часто наблюдается эрозия (псевдоэррозия), клинически не отличающаяся от эрозий, возникновению которых способствовали другие возбудители.

Признаки острого воспаления уретры наблюдаются лишь у 4-5 % больных урогенитальном хламидиозом. Кольпит и воспаление выводного протока больших желез преддверия

(бартолинит) также не имеют признаков, типичных только для хламидиоза. Клиническая картина сальпингита, вызванного хламидиями, не имеет специфических симптомов. Он может протекать с признаками, присущими острому и хроническому воспалению маточных труб. Диагноз хламидийного сальпингита возможен при специальном исследовании материала, полученного во время лапароскопии.

Лечение. Основные принципы терапии: ранняя диагностика и своевременное начало лечения, одновременно обследование и лечение мужа, прекращение половой жизни до полного извлечения, полный запрет употребления алкоголя, острой пищи, чрезмерных физических и психических нагрузок.

Необходима одновременная профилактика кандидоза, которая состоит в применении нистатина или леворина в суточной дозе 2 000 000 ЕД или низорала по 0,02 г 2 раза в день в течение всего времени лечения хламидиоза.

Этиотропным лечением хламидийной инфекции является применение препаратов тетрациклического ряда, антибиотиков – макролидов, а также рифампицина. При остром воспалении нижних отделов половых органов тетрациклин применяют по 500 мг через 6 ч в течение 7 дней, курсовая доза 14 г.

При острой восходящей инфекции и при хроническом процессе курсовую дозу препарата увеличивают до 28 г; длительность лечения 14 дней. Метациклин (ронтгомицин) при свежих острых и подострых формах назначают по 600 мг на первый прием, затем по 300 мг каждые 8 ч в течение 7 дней, на курс лечения 6,6 г. При осложненных формах курс лечения удлиняют до 10 дней.

Антибиотики – макролиды; эритромицин при остром заболевании назначают по 0,5 г через 6 ч в течение 7 дней. Комбинация рифампицина и эритромицина: 1-й день – рифампицина 900 мг

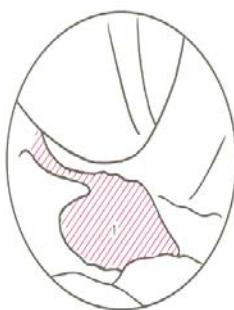
однократно, 2-3-й дни – по 150 мг 4 раза в день, на курс лечения 3 г. Одновременно принимают эритромицин по 0,5 г 4 раза в день, на курс 12 г.

Для лечения смешанной хламидийно – гонорейной инфекции рекомендуется применение доксициклина; первый прием – 0,3 г, затем по 0,1 г через 12 ч 2 раза, последующие приемы по 0,1 г через 12 ч, курс лечения 8-12 дней.

ЭНДОМЕТРИТ

Причиной носпецифического бактериального эндометрита являются патогенные и/или условно – патогенные микроорганизмы.

При инфицировании внутренней поверхности матки поражается базальный слой эндометрия. Чаще всего острый эндометрит возникает после абортов, родов или диагностического выскабливания матки. Наличие крови, остатков децидуальной ткани, плодного яйца способствует росту микробной флоры. Воспалительный процесс может захватить прилегающий к эндометрию миометрий.



Острый катаральный сальпингит.
1 – маточная труба.



Нормальный яичник с желтым телом.
1 – собственная связка яичника;
2 – яичник, 3 – желтое тело.



Клиническая картина острого эндометрита появляется, как правило, на 3-4 –й день после занесения инфекции . Отмечаются повышения температуры, учащение пульса , познабливание , в крови-лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево , ускорение СОЭ . Матка умеренно увеличена , чувствительна при пальпации , особенно по бокам (по ходу крупных лимфатических сосудов). Выделения серозно-гноевидные, нередко сукровичные (длительное время) , что связано с задержкой регенерации слизистой оболочки . Острая стадия эндометрита продолжается 8-10 дней , при правильном лечении процесс заканчивается , реже переходит в подострую и форму . Эндометрит может протекать в легкой или abortивной форме , особенно при применении антибиотиков .

Лечение эндометрита в острой стадии заключается в назначении антибиотиков в учетом чувствительности к ним возбудителя. обычно начинают полусинтетические пенициллины , канамицин, гентамицин и др . Дозы и длительность применения антибиотиков определяются тяжестью заболевания. В связи с частотой присоединения анаэробов рекомендуется дополнительно применять метронидазол. При необходимости приводят инфузионную, десенсибилизирующую общеукрепляющую терапию.

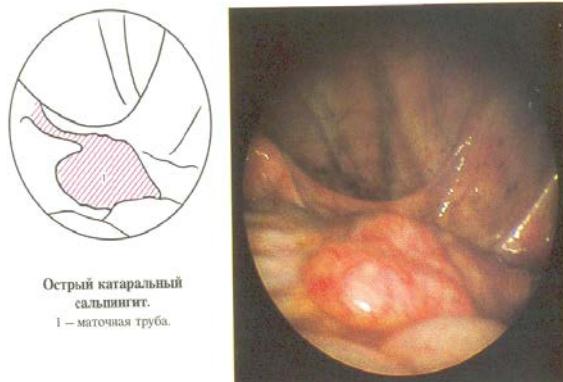
Лечение хронического эндометрита комплексное, включающее терапию сопутствующих заболеваний, общеукрепляющие средства, по показаниям седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины.

Физиотерапия занимает основное место при лечении хронического эндометрита, ее проводят дифференцированно в зависимости от длительности процесса, возраста больной, функции яичников.

САЛЬПИНГООФАРИТ

Сальпингоофорит (СО) относится к числу наиболее частых локализаций ВЗОТ. Развитие не гонорейных СО обусловливается патогенными и условно – патогенными микроорганизмами: стафилакокками (чаще золотистыми), стрептококками (В – гемолитическим, группы В), эшерихиями, энтерококками, эпидермальными стафилакокками, хламидиями.

Острый сальпингоофорит (ОСО) клиническая картина; повышение температуры, ухудшение общего состояния, сильная боль внизу живота, озноб при нагноительном характере процесса, дизурические и диспепсические проявления. В первые дни заболевания живот напряжен, болезнен при пальпации, может проявляться феномен мышечной защиты. Гинекологическое исследование усиливает боль, контуры придатков определяются недостаточно отчетливо (отечность, перифокальное процессы), они увеличены, пастозны, подвижность их ограничена. В картине крови отмечают сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону молодых форм и др., в протеинограммы преобладают глобулиновые фракции, ускорена СОЭ, в крови повышен уровень С – реактивного белка. Возникают изменения в нервной и сосудистой системе, особенно при выраженной интоксикации. Клинические признаки ОСО бывают выражены более или менее значительно в зависимости от степени патогенности микробы и выраженности воспалительной реакции и его характера (серозный, гнойный).



Лечение больных в острой стадии сальпингоофорита проводят только стационаре, где создают физический и психический покой, назначают легкоусвояемую пищу, адекватное количество жидкости, следят за функцией кишечника и выделительных органов.

Основное место в лечении острого сальпингита принадлежит антибиотикам, эффективность применения которых определяется свойствами возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам. Рекомендуется применение клиндамицина и хлорамфеникола; гентамицина с левамицетином, линкомицином или клиндамицином. В тяжелых случаях метранидозол назначают внутривенно в суточной дозе 1-1,5 г со скоростью 5 мл/мин в течение 5-8 дней; в менее тяжелых случаях рекомендуется пероральное применение препарата по 400 – 500 мг 3 раза в день в течение 7-8 дней. При выраженных признаках интоксикации используют инфузционную терапию (парентеральное введение 5 % раствора глюкозы, полиглюкина, реополиглюкина, гемодеза, белковых препаратов; общее количество жидкости 2-2,5 л). При необходимости в состав инфузционной среды включают витамины, средства, корректирующие кислотно – щелочное равновесие (50-100 мл 4-5 % раствора бикарбоната натрия). Показано применение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин).

К физическим методам лечения можно отнести издавна используемый холод на надлобковую область. Холод, действующий на рецепторы указанной области кожи, оказывает болеутоляющий,

противовоспалительный и гемостатический эффект. Холод применяют с перерывами. Хроническая стадия процесса характеризуется наличием инфильтратов, утратой физиологической функций слизистой и мышечной оболочек маточной трубы, развитием соединительной ткани, сужением просвета сосудов, склеротическими процессами. При длительном течении нередко возникает не проходимость труб с образованием гидросальпинкса или без него (прекращение экссудации в связи со склерозом сосудов). Основанная жалоба – болевые ощущения (тупые, ноющие), усиливающиеся при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, до или во время менструации. Боль обычно ощущается внизу живота, в паховых областях, в области крестца, во влагалище.

Нарушения менструальной функции (обильные, болезненные менструации) наблюдаются у 40 – 55 % больных и связаны преимущественно с наступающими нарушениями функции яичников (гипофункция, ановуляция и др). Нарушения половой функции (болезненный коитус, снижение или отсутствие либидо и др). Отмечают 35 – 40 % больных. Наблюдаются расстройства секреторной функции (бели), причиной которых могут быть сопутствующие кольпит и эндоцервичит.

Лечение ХСО имеет целью достижение противоаоспалительного и обезболивающего эффекта, повышение защитных сил организма, восстановление нарушенных функций половых органов и вторично возникших расстройств нервной, эндокринной и других систем организма.

ПАРАМЕТРИТ

Параметрит – воспаление околоматочной клетчатки (воспаление всей клетчатки малого таза – пельвиоцеллюлит), обусловленное патогенными (реже условно – патогенными) микроорганизмами (стафилакокки, стрептококки, энтерококки и др). Или полимикробными ассоциациями. Параметрит возникает чаще всего после патологических родов, абортов, операций на половых органов. Эксудат обычно бывает серозным, сравнительно редко происходит его нагноение.

Клиническая картина типична для воспалительного процесса: в острой стадии – повышение температуры, учащение пульса, ухудшение самочувствия (на состояние резко не нарушается), тупая боль внизу живота, особенно на стороне пораженного параметрия. Изменения со стороны крови (СОЭ, лейкоцитоз и др) характерны для воспалительного процесса; признаки раздражения брюшины отсутствуют.

При гинекологическом исследовании определяется резистентность бокового (соответственно процессу) свода влагалища, несколько позднее – инфильтрат сбоку от матки (реже несколько сзади или спереди от нее). Инфильтрат малоболезненный, простирается от боковой поверхности матки до стенки таза. Консистенция инфильтрата в начале мягковатая, затем плотная.

Лечение включает применение антибактериальных препаратов, десенсибилизирующих, общеукрепляющих и других веществ в соответствии с особенностями течения заболевания.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ, ПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит и перитонит могут возникнуть на фоне ВЗОТ и развиться первично. Начало заболевания нередко связано с менструацией, abortionами, внутриматочными манипуляциями, переохлаждением. Для клиницистов наиболее приемлема классификация распространения воспалительного процесса воспалительного по брюшине, предложения В.С. Маятом и В.Д. Федоровым (1966), которые выделяют:

- местный ограниченный процесс: тубоовариальный абсцесс, пиоовар, пиосальпинкс;
- местный неограниченный процесс пельвиоперитонит;
- распространенный гнойный перитонит диффузный (воспалительный процесс занимает от 2 до 5 анатомических областей брюшной полости);
- распространенный гнойный перитонит разлитой (воспалительный процесс занимает более 5 областей брюшной полости).

Эта классификация характеризует локализацию и этапы воспалительного процесса. Заболевания вызываются стафилакокками, кишечной палочкой, гонококками, анаэробами, хламидиями, вирусами, а нередко смешанной флорой (при этом процесс протекает тяжелее).

Тактика ведения больных пельвиоперитонитом. Антибактериальные препараты выбирают в соответствии с чувствительностью к ним возбудителя. Интенсивную терапию антибиотиками проводят обязательно в течение 48 ч после прекращения лихорадки, болей, явлений интоксикации: полный курс лечения антибиотиками не должен быть менее 10 дней.

Лапароскопия рекомендуется: 1) сразу после поступления при сомнении в диагнозе; 2) через 48 ч при отсутствии эффекта от интенсивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии: при наличии тубоовариального образования – для удаления его содержимого и дренирования полости таз и/или подведения антибиотиков; для решения вопроса об оперативном лечении. Объем оперативного вмешательства у женщин репродуктивного возраста: экстирпация матки и придатков (одно – или двусторонняя в зависимости от их гнойного поражения) показана при воспалительных процессах после абортов или на фоне ВМС; надвлагалищная ампутация с удалением придатков с одной или двух сторон – при воспалительных процессах, не связанных с абортами и ВМС.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ГОНОРЕЯ

Этиология, патогенез. Заболевание вызывается гонококком, передается в основном половым путем; бытовой путь заражения наблюдается очень редко (чаще у девочек). Важное значение имеет фагоцитоз гонококка трихомонадами, что способствует сохранению инфекции. Слизистая оболочка влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонорейной инфекции. Только при изменениях, связанных с беременностью и возрастом, когда слизистая оболочка имеет характер однорядного эпителия, возможно возникновение кольпита гонорейной этиологии. Гонококки могут проникнуть в кровь, чему способствует обильная сеть кровеносных и лимфатических сосудов в мочеполовых органах. Различают следующие формы гонореи; свежую (с длительностью заболевания до 2 мес) и хроническую. Свежая гонорея в свою очередь подразделяется на острую, подострую и торpidную.

По локализации различают гонорею: а) нижнего отдела половых органов и мочеводящих путей; б) верхнего отдела половой системы (восходящая гонорея).

Гонорея нижнего отдела мочеполовых органов. Наиболее часто поражаются уретра (71 – 96 %) и слизистая оболочка цервикального канала (85 – 98 %). У большинства больных (60 – 62,8 %) развивается много очаговое поражение.

Гонорейный уретрит. Клинические проявления уретрита обычно мало выражены даже в острой стадии заболевания (свежая острая гонорея). Кратковременно отмечаются неприятные ощущения боли и рези в начале мочеиспускания.

Гонорейный эндоцервицит. Воспалительные изменения при гонорейном эндоцервиците развиваются в покровном эпителии и в строме слизистой оболочки шейки матки, а также в цервикальных железах. В железах нарушается целость базальной мембранны, развиваются микроабсцессы, а при задержке секрета – кисты.

Гонорейный бартолинит. Поражение больших вестибулярных желез (бартолиновых) наблюдается у 8- 20 % больных гонореей, развивается через 2-3 недель после заражения. При поражении выводных протоков желез, как правило, двустороннем (каналикулит), определяются гиперемия вокруг наружных отверстий протоков (гонорейные пятна), незначительные слизисто – гнойные выделения, болезненность и отчетность протоков при пальпации.

Гонорейный кольпит и вульвовагинит могут возникать в детском возрасте, при беременности и в постменопаузе. Клиническая картина гонорейного вагинита не отличается от проявлений

вагинита другой этиологии. Пациентки предъявляют жалобы на обильные выделения, жжение и зуд.

Гонорейный проктит наблюдается у 30 – 47 % женщин, больных гонореей. Протекает большей частью незаметно. Обычно гонорейные проктиты сочетаются с поражениями мочеполовых органов и развиваются вторично в результате затекания гноя из половых путей.

Гонорея верхнего отдела половых органов. Наиболее серьезным является гонорейны процесс, распространившийся выше области внутреннего зева шейки матки (поражение эндометрия, придатков матки, тазовой брюшины). Восходящая гонорея в настоящее время встречается довольно часто.

Гонорейный эндометрит. Морфологические изменения в эндометрии зависят от фазы менструального цикла, в которую произошло внедрение гонококков: обычно поражается базальный слой эндометрия (после менструации, родов, абортов), реже проникновение гонококков происходит в период пролиферации и секреторных изменений в эндометрии.

Гонорейный сальпингоофорит обычно бывает двусторонним (в отличие от септического). В острой стадии возникают гиперемия, отек складок слизистой оболочки труб, лейкоцитарная инфильтрация стромы, изъявление и десквамация эпителия, что вызывает слипание складок, образуется гнойный или серозно – гнойный экссудат.

Гонорейный пельвиоперитонит наблюдается у 16,4 % больных свежей и у 2,2 % - хронической гонореей. Процесс обычно начинается с брюшинного покрова маточных труб, распространяется на параметрий, брюшину малого таза (пельвиоперитонит) и брюшиной полости (перитонит – в 4,4 % острого течения восходящей гонореи), характеризуется склонностью к образованию спаек и сращений.

Диагностика гонореи основана на данных анамнеза (появление заболевания через 3-4 дня после начала половой жизни, случайная половая связь); наличии уретрита, бартолинита, эндоцервицита, изменений менструальной функции (межменструальные кровяные выделения, преждевременное или запоздалое начало менструации), двустороннем воспаление придатков матки у первично бесплодной женщины при наличии уретрита, эндоцервицита, бартолинита; данных объективного исследования.

Практическое занятие № 7

Миома матки. Эндометриоз.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<p>Вводное слово</p> <p>Основные положения цели Миома матки. Эндометриоз.</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Миома матки. Эндометриоз.</p>

--	--

Цель практического занятия: дать представление о «**Миома матки. Эндометриоз**», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Миому матки. Эндометриозу.	Основную сущность темы Миома матки. Эндометриоз.
Разобрать основные методы исследования	Усвоить основные методы исследования
Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии	Иметь представление об основных направлениях Миома матки. Эндометриоз.
Перечислить и дать краткую характеристику Миому матки. Эндометриозу.	Иметь понятие об основных приёмах и методах исследованиях и Миома матки. Эндометриоз.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	<p>Вступительное слово о Миома матки. Эндометриоз.</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	<p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>1.Этиология миомы матки.</p>	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.

	2.Патогенез развития миомы матки. 3.Клинические признаки по видам миомы матки. 4.Лечение миомы матки 5.Этиология эндометриоза матки. 6.Патогенез эндометриоза матки. 7.Клинические признаки по видам эндометриоза матки. 8.Лечение эндометриоза матки	Активно участвует в усвоении основных вопросов представляющей темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	<p>Подводит итог практического занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

Вопросы по теме

- 1.Этиология миомы матки.
- 2.Патогенез развития миомы матки.
- 3.Клинические признаки по видам миомы матки.
- 4.Лечение миомы матки
5. Этиология эндометриоза матки.
6. Патогенез эндометриоза матки.
- 7.Клинические признаки по видам эндометриоза матки.
- 8.Лечение эндометриоза матки

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

1. Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Миома матки – доброкачественная опухоль, возникающая из мышечной ткани. Чаще возникает в репродуктивном периоде, после 30 лет, что составляет 15-17%. Миома матки представляет собой узлы, заключенные в капсулу. величина их различна.



Патогенез

В настоящее время поколеблено существовавшее мнение о ведущей роли гиперэстрогенемии в этиологии и патогенезе миомы матки.

Повышенное содержание эстрогенов в крови и прогестерон дефицитное состояние не является постоянным фактором в развитии миомы.

В патогенезе миомы матки существенное значение имеют не только нарушение метаболизма, синтеза и соотношения половых гормонов, но также состояние рецепторного аппарата миометрия, более высокая активность эстроген рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами.

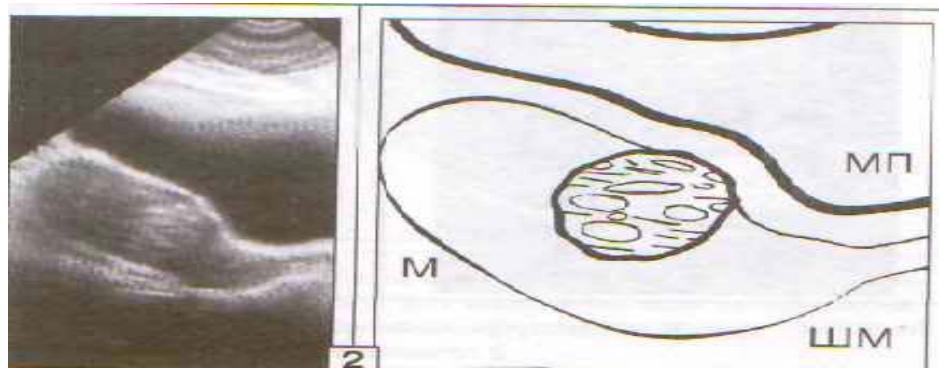
Повышение уровня эстрогенных гормонов в крови сосудистого бассейна половых гормонов (местная гипергормонемия), локальные изменения холинергической иннервации.

Классификация миомы матки.

В зависимости от места разрастания фиброматозного узла различают следующие виды фибромиомы.

1. Субсерозные (подбрюшинные) узлы, то есть разрастание новообразования в направлении серозного слоя матки, встречаются в 16, 8 % случаев миом.
2. Интерстициальные (внутристеночные) узлы, то есть рост миоматозного узла в толще маточной стенки составляют 43 %.

3. Субмукозные (подслизистые) узлы, то есть рост узла в полость матки встречаются в 20 % случаев миом.
4. Атипичные формы узлов – позадишеечная миома.
5. Надбрюшинная миома
 - межсвязочная (фибромиома)
 - цервикальная миома



Жалобы и симптомы

Жалобы больных зависят от многих факторов: локализации и величины опухоли, вторичных изменений в миоматозных узлах, продолжительности заболевания, наличия существующих изменений в питании и т. д.

Основным и ранним симптомом фибромиомы матки является нарушения менструальной функции, маточные кровотечения в виде мено и метроррагии и скучные продолжительные мажущие кровянистые выделения.

Кровотечения, чаще бывают циклические, они удлиняются и усиливаются, могут быть длительными, на их фоне может возникнуть вторичная анемия.

Боли, возникают в связи с сдавлением нервных окончаний, некрозом опухоли.

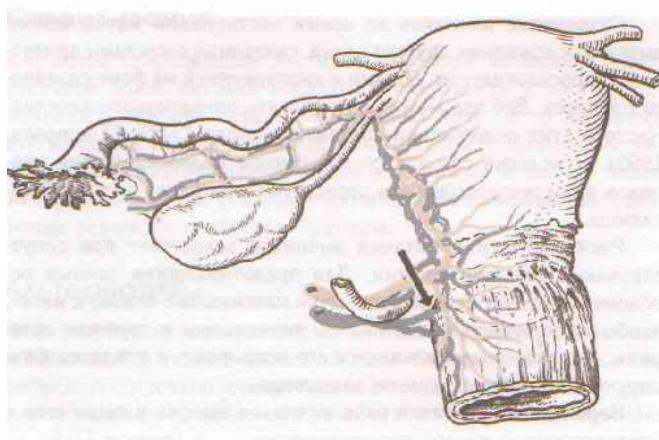
- ✓ Недомогание
- ✓ Снижение работоспособности.
- ✓ Общая слабость

Клиника:

- ✓ Симптомная
- ✓ Безсимптомная
- ✓ Клинические проявления заболевания зависят от локализации миоматозного узла.

Миоматозные узлы располагаются:

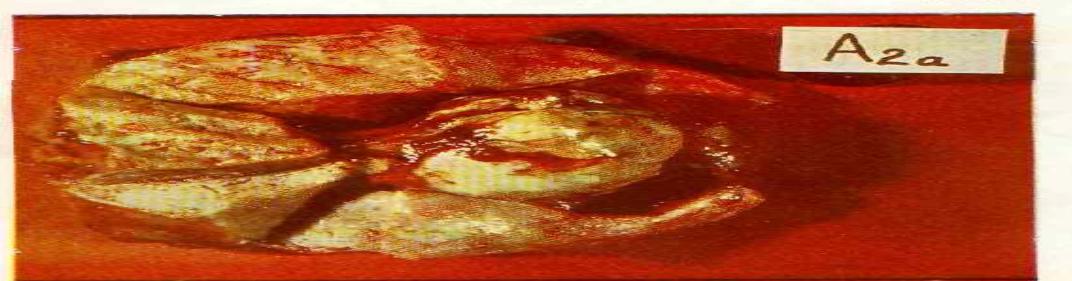
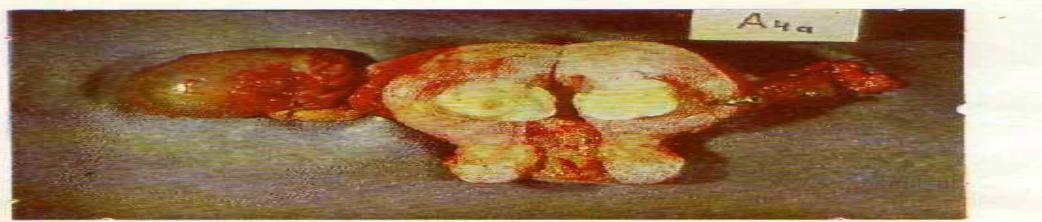
- ✓ В области тела матки – 95%
- ✓ В области шейки матки – 5%





Диагн

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓



Диф.диагностика.

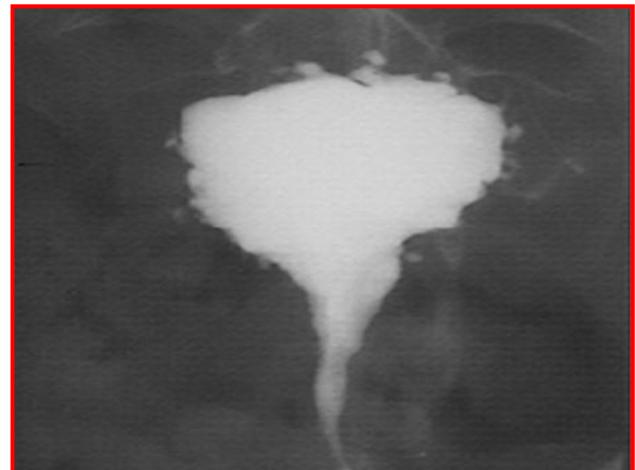
С раком матки или саркомой

С опухолями яичников

С беременностью

Лечение:

- ✓ Консервативное - (симптоматическое, гормональное)
- ✓ Оперативное



Показания к консервативному лечению.

1. Размеры миомы не более 12 недель беременности.

2. Если миома не сдавливает окружающие органы.

3. Если нет обильного кровотечения, которое приводит к анемизации больной.

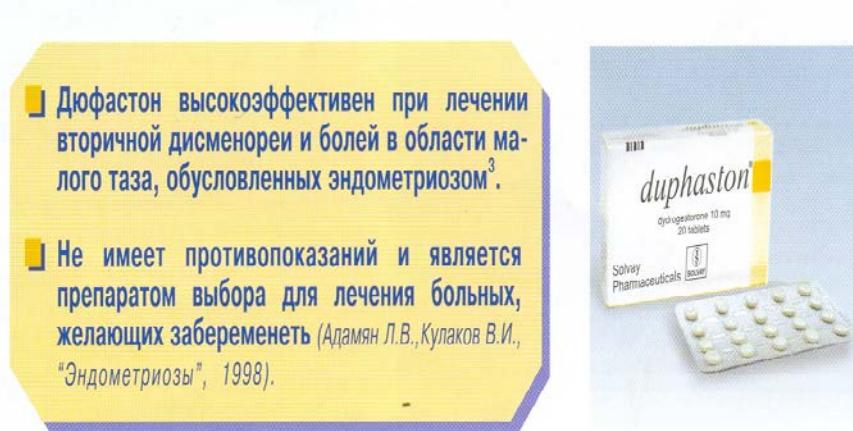
Показания к оперативному лечению.

Меноррагии, приводящие к анемии, быстрый рост, большие размеры миомы, (более 14 недель беременности). Резко выраженный болевой синдром. Подозрение на злокачественное перерождение.

Субмукозная миома матки Выраженное нарушение функций соседних органов.

Операции делятся на:

1. Радикальные (надвлагалищная ампутация матки; экстирпация матки)
2. Консервативные (вылущивание миоматозных узлов с целью сохранения менструальной и детородной функций).



■ Дюфастон высокоеффективен при лечении вторичной дисменореи и болей в области малого таза, обусловленных эндометриозом³.

■ Не имеет противопоказаний и является препаратом выбора для лечения больных, желающих забеременеть (Адамян Л.В., Кулаков В.И., "Эндометриозы", 1998).

ЭНДОМЕТРИОЗ

В последние годы проблема эндометриоза приобрела особую актуальность, что обусловлено возрастанием частоты данной патологии. Генитальный эндометриоз в структуре гинекологической патологии занимает 3 - е место (после воспалительных заболеваний внутренних гениталий и миом тела матки), встречаясь у 8-15 % женщины. (Адамян А.В 1998 г), из них у 68 – 85 % наблюдаются нарушения сексуальных функций.

Важность рассматриваемой проблемы определяется также частым возникновением у женщин с эндометриозом нарушений генеративной и других функций, а кроме того, возможностью развития рака из эндометриоза.

В настоящее время под эндометриозом понимают эндометриоподобные разрастания, развивающиеся за пределами обычной локализации эндометрия.

При этом указывается на сходство их строения со строением слизистой оболочки тела матки.

Основными частями эндометриоза являются эндометриальный эпителий и цитогенная строма. Эндометриоз, в котором железистая ткань отсутствует, называется стромальным или интерстициальным. Подавляющее большинство исследователей рассматривают их как эндометриоидные гетеротопии. Следует иметь в виду возможность злокачественного перерождения эндометриозов. В очаге одновременно с эндометриоподобным эпителием разрастается также соединительная ткань. Частота эндометриоза у женщины репродуктивного возраста колеблется, от 7 до 50 %, однако истинная частота эндометриоза неизвестна. Она определяется с учетом либо общего числа гинекологических больных, под-вергшихся чревосечению, либо числа лапароскопий, произведенных гинекологом. По данным В.П.Баскакова эндометриоз встречается у 27,6 % гинекологических больных, поврежденных чревосечению, и у 17 % оперированных женщин, у которых производилось гистологическое исследование удаленного материала.

По данным Р Кистнер (1984) и Т Жеффсоате (1985), в Англии и США частота эндометриоза по отношению к общему числу гинекологических больных, подвергшихся операции, варьирует от 10 до 25 %. По данным литературы последних лет, частота внутреннего эндометриоза матки, в том числе диффузного и очагового аденомиоза, составляет 2,92 % гинекологических операций и 11,06 % общего числа гистерэктомий. Вместе с тем имеются указания, что частота аденомиоза матки по отношению к общему числу гистерэктомий составляет 25–40 %. Частота эндометриоза по отношению к числу женщин, которым произведена диагностическая лапароскопия, варьирует от 12 % до 22 – 26,2 %. Согласно современным представлениям, эндометриоз является одной из основных причин бесплодия. Среди женщин с сохраненной репродуктивной функцией эндометриоз встречается у 6 – 7 % пациенток, а среди пациенток страдающих бесплодием 20–47,8 %.

В России эндометриоз как причина бесплодия занимает второе место после воспалительных заболеваний матки и придатков. В связи с этим восстановление репродуктивной функции у пациенток с бесплодием, обусловленным эндометриозом является актуальным. Различным аспектам эндометриоза посвящено множество работ отечественных и зарубежных ученых. Однако, несмотря на многочисленные исследования, эндометриоз продолжает оставаться заболеванием, этиология и патогенез которого во многом неясны. В.П.Баскаков рассматривает эндометриоз как «дисгормональное иммунозависимое заболевание, характеризующееся доброкачественным разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами полости матки».

Что касается этиологии и патогенеза этого заболевания, то ни одна из предложенных концепций не может полностью объяснить ни причины, ни многообразия локализации очагов эндометриоза. Концепция эмбрионального происхождения эндометриоза, предложенная Ф. Реслингхаусен в 1896 г, нашла свое подтверждение в клинических наблюдениях. Так, В. П. Баскаков указывает на возможность эмбрионального происхождения эндометриоза на основании обнаружения эндометриоза у девочек 11 - 12 лет, т. е. в первые годы после начала менструаций, а также сочетания эндометриоза с пороками развития органов половой и мочевыводящей системы.

Многие исследователи придерживаются имплантационной концепции развития эндометриоза, предложенной Ж. А. Сампсон. В соответствии с данной теорией жизнеспособные клетки эндометрия, поступающие в полость малого таза во время ретроградного заброса менструальной крови, способны имплантироваться на брюшине, что подтверждается анатомическими особенностями распределения эндометриоза в малом тазу. Существует также концепция мета пластического происхождения эндометриоза (целомическая метаплазия), предложенная Н.С. Ивановым и разработанная Р. Меер, который предполагал, что клеточные элементы, расположенные между зрелыми клетками серозного покрова малого таза, могут трансформироваться в эпителий маточно–трубного типа. Иными словами, очаги эндометриоза могут возникать из мультипотентных клеток мезотелия брюшины.

В настоящее время определенное значение в патогенезе эндометриоза придается конституционально – наследственному фактору. В частности, указывается на семейную предрасположенность к данному заболеванию. По данным Л. Малинак и соавт., распространенный эндометриоз установлен у 62 % больных при наличии эндометриоза в семье и только у 23 % женщин при его отсутствии. В последние годы большое внимание уделяется изменениям иммунного статуса у пациенток с эндометриозом (снижение активности Т-клеточного иммунитета, повышение активности В-лимфоцитарной системы с увеличением количества ИгГ и ИгА, появление аутоантител в субстратах эндометриоидных очагов), что свидетельствует об иммунологической зависимости заболевания. Не вызывают сомнений имеющиеся при эндометриозе нарушения функции системы гипоталамус-гипофиз-яичники органы-мишени. Даже при малых формах эндометриоза отмечен недостаточный уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) в крови в преовуляторный период и пониженная концентрация ЛГ в фолликулярной жидкости. Это обстоятельство, по мнению некоторых авторов, ведет к снижению fertильности. В то же время в плазме крови больных с

эндометриоидными кистами яичников наблюдается резкое повышение содержания фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), а базальная концентрация ЛГ часто повышена в течение всего менструального цикла. У данной группы пациенток наблюдается не только значительное (в 2 – 10 раз) увеличение концентрации эстрадиола (Е 2), но и нарушение обычной динамики концентрации этого гормона.

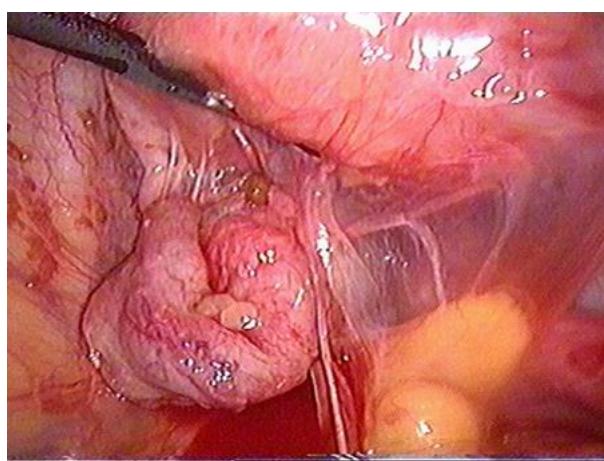
Овуляция у женщин с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом наблюдается не во всех менструальных циклах. Это подтверждается результатами исследований, проведенных в нашем центре: овуляторное отверстие

(стигма) было обнаружено в яичнике лишь у 19,2 % пациенток, тогда как в контрольной группе (больные с перитонеальной формы бесплодия) – у 91,3 % пациенток. Недостаточность функциональной активности желтого тела отмечается практически у всех женщин страдающих бесплодием, обусловленным эндометриозом.

Таким образом, при современном уровне знаний достаточно обоснованным является положение в соответствии, с которым эндометриоз различной локализации возникает на фоне функциональной неполноценности системы гипотала-мус-гипофиз-яичники. Пусковым фактором его развития может явиться одна из указанных выше причин. В последние годы многими учеными изучено роль факторов роста в патогенезе эндометриоза – клеточных белков, способных стимулировать или тормозить рост клеток, а также приводить к изменению функции клеток.

Показано, что в развитии эндометриоза большую роль играют сосудистый эндотелиальный, эпидермальный, инсулиноподобные факторы роста, основной фактор роста фибробластов, трансформирующий фактор роста-β. Изучение клеточных белков легли в основу разработки новых альтернативных методов лечения эндометриоза и бесплодия.

Эндометриоз (эндометриоидные гетеротопии) представляет собой патологический процесс, при котором в миометрии или других органах половой системы и вне ее возникают включения (очаги), структура которых характеризуется наличием эпителиальных и стромальных элементов, присущих эндометрию. В ткани эндометриоза происходят более или менее выраженные изменения соответственно фазам менструального цикла.

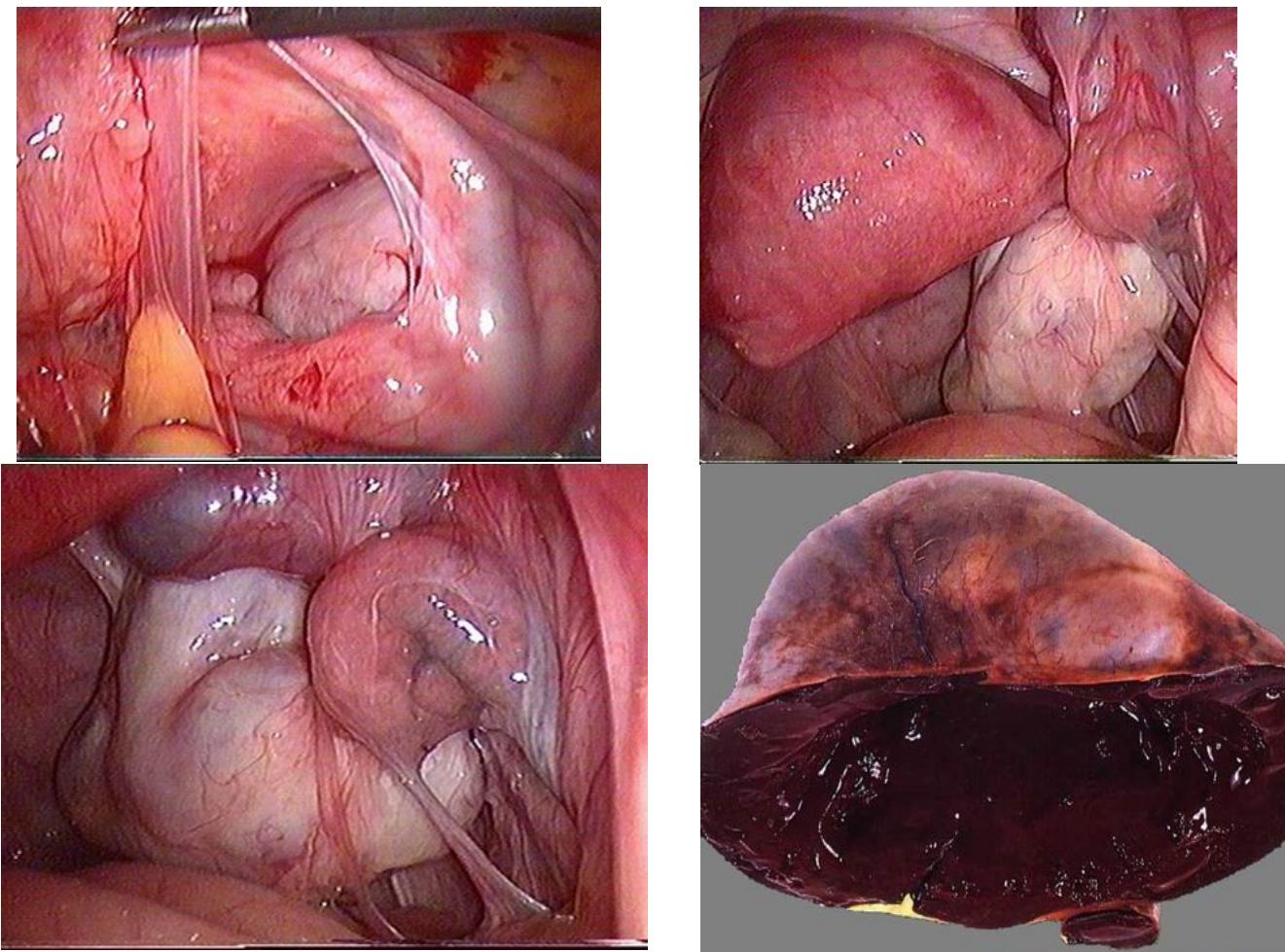


Патогенез:

Патогенез генитального эндометриоза сложен. Определенное значение придается наследственному фактору, учитывая наблюдения семейной предрасположенности к эндометриозу. Предполагается, что возникновение эндометриоза осуществляется мультифакториальной наследственностью (сумма генетических и средовых факторов).

Клиническая картина различных форм эндометриоза:

1. Характерно длительное, нередко прогрессирующее течение заболевания. Самопроизвольный регресс возможен в постменопаузальном периоде.
2. Наиболее постоянным симптомом являются боли, появляющиеся или резко усиливающиеся в предменструальные дни и во время менструации; при длительном и тяжелом течении эндометриоза болевые ощущения беспокоят и после ее окончания. Болевые ощущения нетипичны для эндометриоза влагалищной части шейки матки, иногда они не выражены при малых очагах эндометриоза брюшины малого таза.
3. Наблюдаются некоторое увеличение размеров пораженного органа (матка, яичник) или эстрогенитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.
4. Характерны нарушения менструальной функции, выражющиеся чаще всего в альгоменорее. При внутреннем и наружном эндометриозе наблюдаются и другие расстройства — меноррагии, пред и постменструальные кровяные выделения, нарушение ритма менструаций и др.
5. Бесплодие — частый спутник внутреннего и наружного эндометриоза. Причины этой патологии различны: ановуляция, неполноценная секреторная фаза, спаечный процесс в малом тазу (периофорит, нарушение проходимости маточных труб и др.), изменения в эндометрии и др.



Почему при эндометриозе возникает бесплодие? Как часто эндометриоз является причиной бесплодия?

Если очаги эндометриоза локализуются на маточных трубах, яичниках, стенках малого таза, циклические кровянистые выделения из этих очагов попадают в брюшную полость и приводят к формированию спаек между органами, что, в свою очередь нарушает проходимость маточных труб и делает невозможным попадание яйцеклетки из яичника в маточную трубу и ее оплодотворение сперматозоидом. Кроме этого, при эндометриозе в яичниках часто (в 17-27% случаях) нарушаются процессы созревания фолликула и овуляции (выхода яйцеклетки из лопнувшего фолликула), а также страдает функция желтого тела.

При эндометриозе вырабатываются особые вещества (интерлейкины, факторы распада опухоли), нарушаются иммунитет и активизируются специальные клетки (макрофаги, лейкоциты), которые подавляют подвижность сперматозоидов, затрудняя оплодотворение яйцеклетки, и препятствуют нормальному развитию беременности, приводя к самопроизвольным выкидышам.

Эти факторы приводят к тому, что эндометриоз является причиной бесплодия в 5-33% случаев.

Методы диагностики эндометриоза

Диагноз эндометриоза ставится на основании клинических симптомов (жалоб пациентов), данных гинекологического осмотра. В связи со схожестью симптомов эндометриоза с целым рядом других заболеваний (воспалительные заболевания гениталий, опухолевые образования матки и яичников), а также наличием случаев бессимптомного течения этого заболевания, для постановки точного диагноза часто приходится прибегать к специальным методам исследования (ультразвуковая диагностика, лапароскопия, гистеросальпингография и др.).

Диагностика и лечение

Распознавание эндометриоза половых органов нередко представляет сложную задачу. Однако в последние годы в связи с внедрением эндоскопических методов исследования и развитием учения о данном заболевании его диагностика значительно улучшилась.

Распознавание эндометриоза основано на учете и анализе данных анамнеза, общепринятых методов объективного и результатах специальных методов исследования.

Лечение генитального эндометриоза.

Общие принципы.

Лечение эндометриоза должно быть комплексным, дифференцированным; следует учитывать: возраст больной, ее отношение к репродуктивной функции, особенности личности; локализацию, распространность и тяжесть течения процесса; сочетание с воспалительным процессом, его последствия (рубцово-спаечные процессы), гиперпластические процессы эндометрия и деструктивные изменения в яичниках и матке.

Основные этапы неоперативного и хирургического лечения эндометриоза завершаются реабилитационным лечением, цель которого — устранение остаточных нарушений, восстановление трудоспособности и других видов социальной активности.

В нашей стране принят циклический прием препаратов с 5-го по 25-й день менструального цикла с 7-дневным интервалом. Сторонники этого метода считают его более физиологичным. Длительность приема препаратов определяется локализацией и распространностью эндометриоза.

В последние годы успешно применяют даназол — производное тестостерона, обладающее выраженным антигонадотропным действием при сниженном андрогенном эффекте. Есть данные

об эффективности антиэстрогена тамоксифена (цитозониума), который блокирует эстрогенрецепторы цитоплазмы клеток эндометриоидных очагов. Г. Ҳабер, Ж. Бехелак (1987) лапароскопическим исследованием подтвердили исчезновение эндометриоидных очагов после длительного применения тамоксифена. При выраженному болевому синдроме и у женщин пременопаузального возраста применяют препараты андрогенов (смесь разных эфиров тестостерона)

Комбинированная терапия

Используется комбинированная терапия наружного эндометриоза, включающая три этапа:

- 1) эндокоагуляция очагов эндометриоза, рассечение спаек (перитубарных и перитонеальных) во время лапароскопии;
- 2) прием даназола в течение 3—9 мес в дозе до 400 мг в день;
- 3) повторная лапароскопия и при необходимости рассечение оставшихся спаек и эндокоагуляция оставшихся очагов эндометриоза. Беременность после этой терапии наблюдалась у 46 % женщин [Реидел Х., Семм К., 1982].

Учитывая роль иммунной системы в развитии эндометриоза, очевидно, плодотворным будет поиск в применении иммуномодуляторов. Появились отдельные сообщения о благоприятном действии левамизола при комплексной терапии

Хирургическое лечение эндометриоза применяют при узловатых формах аденомиоза, сочетании диффузной формы аденомиоза с миомой, аденомиозе ИИИ степени, при наличии эндометриоидных кист яичников и распространенном ретроцервикальном эндометриозе. Непременным условием эффективности хирургического лечения является применение гормонотерапии после операции в течение не менее 2—3 мес во избежание рецидивов, поскольку гарантии полного удаления эндометриоидных гетеротопий при наружном эндометриозе не может быть.

СОСУДИСТЫЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА.

Активный эндометриоз сопровождается пролиферацией клеток, повышенным сосудообразованием как внутри эндометриозного очага, так и вокруг него, поэтому выявление факторов, стимулирующих пролиферацию и ангиогенез, в том числе и в ближайшем перитонеальном окружении, представляется важным и актуальным. Ангиогенез, вероятно, играет определенную роль в патогенезе эндометриоза, так как для успешной имплантации и роста эндометриоидной ткани необходимо образование новых сосудов. Эндометриоидные гетеротопии обычно окружены развитой сетью сосудов, экстрагенитальный эндометриоз чаще всего локализуется в тканях с хорошим кровоснабжением: в легких, коже, мышцах. Перитонеальная жидкость у женщин, страдающих эндометриозом, обладает повышенной ангиогенной активностью по сравнению с таковой у здоровых женщин. Исследования последних лет показали, что растворимые компоненты перитонеальной жидкости могут способствовать росту очагов эндометриоза (Оостерлинск Д. Ж., Суррей э. С. Ҳалме Ж. 1993 г.) В экскрементах показано, что перитонеальная жидкость, полученная от пациенток с эндометриозом, повышает пролиферативную активность клеток стромы эндометрия. (Шошиери Д.Ж. 1996 г.) и стимулирует образование новых кровеносных сосудов в хорион аллантоисной мембране. (Менлеман С 1993 г.).

Для успешного роста нормального и эктопированного эндометрия необходимо согласованная и синхронная пролиферация эпителиального, стромального и сосудистых компонентов. Факторы роста местно опосредуют действие эстрогенов и прогестерона на железистые и стромальные элементы эндометрия, и в то же время сосудистый эндотелиальный фактор роста (СЭФР), регулируемый стероидными гормонами яичников, обеспечивает синхронное развитие сосудистого компонента, который является клеточным белком, играющий важную роль в процессе физиологической и патологической неоваскуляризации, а также повышающий проницаемость сосудов.

Сосудистый эндотелиальный фактор роста.

Эффекты: Повышение пролиферативной активности клеток эндотелия сосудов.

Увеличение проницаемости сосудов.

Источники: Макрофаги перитонеальной жидкости.

Клетки железистого эпителия и стромы эндометрия и гетератопий.

Свойства.

Экспрессия в зависимости от фазы менструального цикла:

- в эндометрии и РНК и связывающий протеин СЭФ определяются преимущественно в клетках железистого эпителия и более диффузно – в клетках стромы:

- максимальная экспрессия в секреторную фазу, что соответствует периоду наибольшей пролиферативной активности эндотелиальных клеток эндометрия и усилиению ангиогенных свойств эндометрия.

Регуляция экспрессии СЭФР и его рецепторов стероидными гормонами яичников:

- эстрадиол и эстрадиол + медроксипрогестерона ацетат вызывает увеличение экспрессии СЭФР в эндометрии,

- в эндометрии СЭФР, по-видимому, является одним из первичных медиаторов половых стероидов.

Экспрессия СЭФР при эндометриозе:

- повышение ангиогенной активности перитонеальной жидкости,

- увеличение количества макрофагов в перитонеальной жидкости,

- корреляционная зависимость между степенью тяжести эндометриоза и концентрацией СЭФР в перитонеальной жидкости при умеренных и тяжелых формах выше, чем при минимальных и малых формах. СФР определяется как в нормальном и эктопированном эндометрии, так и в перитонеальной жидкости.

Высокая ангиогенная активность перитонеальной жидкости при эндометриозе сопровождается увеличением количества макрофагов, которые наряду с клетками эндометриоидных гетеротопий являются основными источниками СЭФР. (Хилл Ж. А. 1988, М. Ларен Ж. 1996 г.) Кроме того, среди макрофагов перитонеальной жидкости отмечается увеличение активированных форм, а в ответ на стимуляцию стероидными половыми гормонами яичников у пациенток с эндометриозом происходит более выраженная, чем у здоровых женщин, активация макрофагов перитонеальной жидкости (Чанг С. 1997 г.). Исследователи полагают, что изменение свойств и концентрации факторов роста в перитонеальной жидкости имеют большое значение в патогенезе эндометриоза. Установлена корреляция между степенью тяжести эндометриоза и концентрацией СЭФР в перитонеальной жидкости.

Таким образом, повышенная активность СЭФР и увеличение ангиогенной активности перитонеального окружения могут лежать в основе успешной имплантации эндометрия в брюшной полости и роста эндометриоидных гетератопий.

ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА.

Влияние эстрогенов на органы мишени опосредуется в тканях белковыми факторами роста, повышающими пролиферативную активность клеток аутокринным или паракринными путями. Одним из медиаторов эстрогенов является эпидермальный фактор роста. (ЭФР) белок с молекулярной массой 6 кД а, обладающий митогенной активностью различных типах клеток, включая фибробласты, кератиноциты и эпителиальные клетки.

ЭФР и его рецепторы представлены во многих тканях репродуктивной системы. Действие эстрогенов на эндометрии, вероятный источник эндометриоза, опосредуется ЭФР. ЭФР и рецептор ЭФР, а также рецепторы эстрогенов определяются в эндометрии и эндометриоидных гетеротопиях. ЭФР повышает пролиферативную активность клеток эндометрия. (Хайнинг Р, Самерон Ж.Т. 1991г.), экспрессия ЭФР в эндометрии не зависит от фазы менструального цикла. С. Меллор и С. Тхомас изучали влияние ЭФР и эстрадиола на синтез ДНК и белка в культуре стромальных клеток эндометрия и эндометриоидной ткани.

Влияние ЭФР на синтез белка в клетках эндометрия и эндометриоидных гетератопий различается. Под влиянием ЭФР интенсивность синтеза белка в клетках стромы эндометрия усиливается в большей степени, чем в стромальных клетках эндометриоидных гетератопий, что свидетельствует об имеющихся фенотипических различиях между эндометрием и эндометриоидными тканями. Экспрессия рецептора ЭФР также выше в клетках стромы эндометрия. Низкая экспрессия рецептора ЭФР отражает доброкачественный характер эндометриоза, в отличие от рака эндометрия, при котором экспрессия рецептора ЭФР резко повышена. Если бы ЭФР вызывал в эндометриоидных тканях такое же усиление синтеза ДНК и белка, как в эндометрии, это привело бы к быстрому росту гетератопий и заполнению ими всей полости малого таза. (Меллор С. С. 1994 г).

А Ди Лието и соавторы показали, что при лечения эндометриоза гостерелином (син. Золадекс), т-е препаратами – аналогами гонодотропин рилизинг гормона (ГнРГ), наряду с уменьшением степени эндометриоза, отмечается значительное уменьшение экспрессии рецепторов ЭФР. В эндометриоидных гетеротопиях и эндометрии. Значительное снижение экспрессии рецепторов ЭФР при лечении аналогами ГнРГ связано не только с гипоэстрогенией по мнению исследователей, предполагают, что в регуляции экспрессии рецепторов ЭФР участвуют половые стероиды и ЭФР, и также препараты, как гостерелин депо, способные непосредственно воздействовать на экспрессию рецепторов ЭФР путем выработки их лигандов (Ди Лието А, Де Росо Г 1997г.).

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЕ ФАКТОРЫ РОСТА.

В систему инсулиноподобных факторов роста (ИФР), помимо самых ИФР И и ИИ входят рецепторы ИФР и семейство белков, связывающих ИФР (ИФР-СБ). Предполагается участие ИФР в циклических процессах пролиферации и дифференцировки эндометрия. ИФР, их рецепторы и связывающие белки определяются в клетках нормального эндометрия и перитонеальной жидкости при эндометриозе. В нормальном эндометрии экспрессия ИФР-1 определяется как в строме, так и в железистом эпителии и максимальна в фазу пролиферации, а ИФР-2 в фазу секреции, особенно в поздней секреторной фазе (Чанг С .В., Хо В. С.1997г.). При эндометриозе экспрессия ИФР-1 и ИФР-2 в эндометрии и ги-теротопиях снижена. В фиброзных элементах

перитонеальных спаек отмечается повышенная экспрессия ИФР-1 и отсутствие экспрессии ИФР-2.

ИФР, повышая митогенный потенциал перитонеальной жидкости при эндо-метриозе, способствуют существованию и росту эндометриоидных очагов (Таскинг О, Мангал Р 1996 г.).

ОСНОВНОЙ ФАКТОР РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ.

Основной фактор роста фибробластов (ОФРБ)-гепарина связывающий ангиогенный белок массой 18 кДа.

В эндометрии здоровых женщин репродуктивного возраста ОФРФ определяется в высокой концентрации вне зависимости от фазы менструального цикла. Интересно, что концентрация ОФРФ повышена в атрофическом эндометрии, эстрадиол повышает, а прогестерон снижает экспрессию ОФРФ в клетках эндометрия вероятно повышается пролиферативная активность стромы эндометрия.

ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА

Трансформирующий фактор роста-В (ТФР- β) – мультифункциональный белок, повышающий и угнетающий пролиферативную активность и регулирующий дифференцировки клеток различных типов, обладает фибриногенными и ангиогенными свойствами, что свидетельствует об участии этого фактора роста в восстановительных процессах.

Он вырабатывается макрофагами, тромбоцитами, остеобластами и снижает активность Т и В - лимфоцитов и НК - клеток.

Концентрация ТФР- β повышается в секреторную фазу менструального цикла, что соответствует периоду снижения пролиферативной активности и преобладания процессов дифференцировки клеток эндометрия. Трансформирующий фактор роста β - определяется в перитонеальной жидкости. У больных с эндометриозом концентрация этого фактора роста в перитонеальной жидкости выше, чем у женщин, не страдающих эндометриозом, вне зависимости от фактора бесплодия. (Гостерлайнч Д. Ж. 1993 г.). В экспериментах трансформирующий фактор роста- β влияет на рост, усиливает некоторые виды агрегации клеток, а также повышает экспрессию молекул адгезии, в том числе интегрина и тромбоци-торноэндотелиальных клеточных молекул адгезии в этих клетках. Возможно, специфический ингибитор ТФР- β со временем может быть использован при лечении эндометриоза и спаечного процесса в брюшной полости. (Доу К. 1997г.).

Эндометриоз всегда сопровождается местной воспалительной реакцией, и в последние годы большое значение в развитии его придается нарушениям местной регуляции метаболизма и функции клеток в перитонеальном окружении. Перитонеальная жидкость при эндометриозе имеет свои особенности и обладает повышенной ангиогенной и митогенной активностью, которая может быть обусловлена изменением концентрации некоторых факторов роста (Гиудисе Л.С. 1994 г.).

Основные клеточные элементы перитонеальной жидкости и источники факторов роста макрофаги – при эндометриозе чаще существуют в активированной форме, в результате повышается их фагоцитарная и секреторная активность и перитонеальная жидкость приобретает способность поддерживать и стимулировать рост очагов эндометриоза и спаечный процесс и, следовательно быть причиной бесплодия.

У больных с эндометриозом выявлены разнообразные нарушения в содержании гормонов в сыворотке крови и оргомальных рецепторов в органах мишених, но в настоящее время доказано, что гормоны не оказывают прямого влияния на клетки гормонально-зависимых органов. Их действие опосредовано через факторы роста, экспрессию генов, специфические белки, цитокины, нарушение соотношения процессов пролиферации и апоптоза. Исследование апоптоза (генетически запрограммированной смерти клетки) открывает новые направление в генезе и лечении многих распространенных заболеваний.

Регуляторами апоптоза, действующими на уровне целостного организма, являются гормоны. Действие гормонов на клеточном и молекулярном уровне опосредовано цитокинами, интерлейкинами, ростовыми факторами, генами и специфическими онкопротеинами.

Выявление роли апоптоза и пролиферации на генном молекулярном уровне относится к наиболее перспективному направлению акушерства и гинекологии, так как открывает принципиально новые возможности в консервативном лечении больных с дисгормональными, гиперпластическими и опухолевыми заболеваниями, а также в осуществлении реальной профилактики многих заболеваний.

Исходя из выше изложенного следует сделать следующие выводы:

1. В очагах эндометриоза и гиперплазированном эндометрии имеют место низкий апоптоз и высокая пролиферативная активность клеток.
2. Источником участков эндометриоза могут являться клетки гиперплазированного эндометрия с преобладанием эпителия пролиферирующего типа.
3. В патогенезе adenомиоза и гиперплазии эндометрия играет роль высокая экспрессия генов (и кодируемые ими белков) - ингибиторов апоптоза.
4. Низкий апоптоз, высокий пролиферативный потенциал, а также нарушение соотношения процессов пролиферации и апоптоза, обусловливают способность эктопированных клеток гиперплазированного эндометрия к автономному росту, при котором снижается зависимость от гормональных воздействий, так как клетки переходят на ауто и паракринный механизмы регуляции.
5. Эпидермальный фактор роста (ЭФР) содержится в перitoneальной жидкости (ПЖ), является одним из факторов, усиливающих рост гетератопий, источником ЭФР в ПЖ при эндометриозе могут быть клетки эндометриоидных гетератопий и макрофаги.

Клиническая картина различных форм эндометриоза. зависит от локализации, длительности течения, сопутствующих заболеваний, психоэмоциональной характеристики больной (степень переносимости болей, отношение к возникающим нарушением репродуктивной функции и др.). При наличии особенностей симптоматологии эндометриоза разных локализаций существуют клинические проявления общие для всех видов данного заболевания:

1. Характерно длительное, нередко прогрессирующее течения заболевания. Самопроизвольный регресс возможен в постменопаузальном периоде.
2. Наиболее постоянным симптомом являются боли, появляющиеся или резко усиливающиеся в предменструальном периоде и во время менструации при длительном и тяжелом течении эндометриоза, болевые ощущения беспокоят и после ее окончания. Болевые ощущения не типичны для эндометриоза влагалищной части шейки матки, иногда они не выражены при малых очагах эндометриоза брюшины малого таза.
3. Наблюдается некоторое увеличение размеров пораженного органа (матка, яичник) или экстрагенитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.
4. Характерные нарушение менструальной функции, выражющиеся чаще всего в альгоменорее, пред и постменструальные кровянистые выделения, нарушения ритма менструаций.
5. Бесплодие - частый спутник внутреннего и наружного эндометриоза.

Распознавание эндометриоза основано на учете анализа данных анамнеза, общепринятых методов объективного и результатов специальных методов исследование.

Из данных опроса больной диагностическое значение имеют:

- Указания на возникновения заболевания после патологических оперативных родов, аборты, внутри маточные вмешательства.
- Характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации.
- Безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов.
- Нарушение овариально-менструального цикла по типу метрорагии пред и пост менструальных кровяных выделений.
- Бесплодие в сочетании с болевым синдромом имеющим циклический характер. Указанные клинические симптомы встречаются в различных вариантах.

ЭНДОМЕТРИОЗ ШЕЙКИ МАТКИ.

Эндометриоз шейки матки считается заболеванием крайне редким, макроскопические очаги эндометриоза влагалищной части шейки матки чаще всего представляют собой участки, имеющие вид полосок, «глазков», «тутовой ягоды», «наботовой кисты». Они бывают многоугольной и округлой формы точечного типа. При осмотре невооруженным глазом эндометриоидные гетератопии имеют бледно-розовый или красноватый цвет. Наиболее четко они выявляются в лuteиновой фазе цикла, что обусловлена изменением их объема и окраски, синебогровые образования рельефно выступают на поверхности шейки матки. Величина их варьирует от микроскопической до размера вишни. Иногда они бывают крупные, изредка поражают почти всю влагалищную часть шейки матки. Отличительной чертой первичного эндометриоза шейки матки является поверхностное расположение не только на влагалищной части шейки матки, но и в дистальном отделе слизистой оболочки канала шейки матки, благодаря чему при наличии соответствующих проявлений заболевания (пред- и постменструальные кровянистые выделения) клинический диагноз ставится с достаточной достоверностью.

Окончательный диагноз устанавливается при гистологическом исследовании ткани шейки матки, полученной путем экцизии и выскабливания слизистой оболочки канала шейки матки при подозрении на эндометриоз шейки матки, ткань пораженная эндометриозом, хрупкая и при экцизии может разрушаться. Этот факт в определенной мере также может являться диагностическим критерием.

Характерными клиническими проявлениями эндометриоза шейки матки являются кровянистые выделения из половых путей в менструальном периоде. Наиболее часто они отмечается перед менструацией, у 1/3 спустя некоторое время после ее окончания. Нередко эндометриоз шейки матки возникает после диатермокоагуляции, родов, сопровождающихся травмой после оперативного вмешательства, развитие эндометриоза при этом происходит, как правило, в течение первого полугодия после воздействия провоцирующего фактора.

В соответствии с данными макро- и колпоскопического исследования при поражении влагалищной части шейки матки эндометриозом можно различать следующие варианты:

1. Эндометриоидные очаги разной формы и величины располагающиеся как на передних и задних губах шейки матки, так и вокруг наружного маточного зева.
2. Эндометриоз влагалищной части шейки матки, имеющий вид псевдоэрозии с наличием закрытых желез, наполненных геморрагическим содержимым.

3. Эндометриоз влагалищной части шейки матки, имеющий вид хронического эндоцервицита. Эндометриоз в виде участков округлой формы, соответствующих месту наложения пулевых щипцов.

Для более глубокого изучения состояния шейки матки диагностических целях широко применяется как простая, так и расширенная кольпоскопия.

Особенность кольпоскопической картины эндометриоза шейка матки сводиться к изменению цвета и объема участков эндометриоидной ткани в зависимости от фаз менструального цикла. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в лuteиновой фазе цикла, в период предменструальных кровянистых выделений: из бледно – розовых плоских участков (в фазе роста и созревания фолликула) они превращаются в сине – багровые образования.

Таким образом макро и кольпоскопические картины эндометриоза шейка матки в сочетании с приведенными выше симптомами заболевания могут служить критериями для установления клинического диагноза.

Функционально – морфологические особенности эндометриоза шейка матки у большинства больных зависят от фазы менструального цикла. Результаты морфологических и гистохимических исследований эндометриоза шейка матки при сопоставлении с тестами функциональной диагностики и гистологической картиной соскобов эндометрия показывают, что в различных фазах менструального цикла в эндометриоидной ткани наблюдаются структурные и гистохимические изменения, сходные с таковыми в слизистой оболочки тела матки. (Железнев Б. И., Прохорова Л.М. 1971 г.).

ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ.

Клинические проявления внутреннего эндометриоза тела матки находятся в прямом распространении патологического процесса.

По глубине распространения его в миометрии он делится на внутренний эндометриоз тела матки 1 степени (прорастание слизистой оболочки на глубину одного поля зрения при малом увеличении микроскопа), внутренний эндометриоз 2 степени (распространения эндометриоидной ткани примерно до средины толщины стенки матки) и внутренний эндометриоз 3 степени (в патологической процесс вовлечена вся толщина стенки матки).

У больных внутренним эндометриозом 1 степени и у части их с внутренним эндометриозом 2 степени ясно выраженного увеличения матки чаще всего не отмечается, а если обнаруживается, но не превышает ее величины 5 - 6 недельной беременности.

У большинства больных внутренним эндометриозом 2 степени и у всех больных внутренним эндометриозом 3 степени наблюдаются увеличение матки и утолщение ее стенки – диффузная форма аденомиоза.

Очаговая и узловая форма аденомиоза наблюдаются несколько реже диффузной. При этих формах у женщин репродуктивного возраста и в пременопаузе всегда выявляется гиперплазия мышечной ткани, окружающей очаги гетеротопического эндометрия.

Таким образом, для макроскопической картины аденомиоза характерно увеличение матки, неравномерное при очаговом распространение внутреннего эндометриоза, утолщение стенок матки за счет гиперплазии мышечной ткани и ячеистое строение стенки матки на разрезе.

Внутренний эндометриоз тела матки может сочетаться с миомой матки, такое сочетание встречается в 9 % случаев. Внутренний эндометриоз наиболее часто сочетается с эндометриозом и эндометриоидными кистами яичников.

По мнению большинства исследователей, внутренний эндометриоз обычно встречается в репродуктивном периоде, реже его выявляют в постменопаузе 3,2 %.

У женщин репродуктивного возраста и в пременопаузе при внутреннем эндометриозе тела матки 1 степени менструальный цикл чаще бывает двухфазным. С пременструальными кровянистыми выделениями в течении 2 - 4 дней. Менструации нередко обильные. Изменений размеров матки в зависимости от фаз менструального цикла не наблюдается. При 2 степени эндометриоза отмечаются пред – и пост менструальные кровянистые выделения, менструации, как правило, обильные, иногда приобретают характер менорагии. У каждой четвертой больной наблюдается недостаточность лuteиновой фазы. Во второй фазе цикла матка увеличена. У каждой второй больной отмечается гипохромная анемия. При 3 степени эндометриоза наблюдаются пред – и постменструальные кровянистые выделения в течение 5 – 7 дней, менструации обильные. Матка увеличена, резко болезненна и размягчена. У всех больных имеет место постгеморрагическая анемия с выраженным пойкилоцитозом, аизоцитозом и гипохромией эритроцитов.

У больных внутренним эндометриозом тела матки 3 степени и локализацией эндометриоидных очагов в истмико – цервикальном отделе всегда наблюдается выраженный болевой синдром.

Выраженность болевого синдрома находится в прямой зависимости от распространенности внутреннего эндометриоза. С увеличением ее степени, особенно при вовлечении в процесс всей стенки матки вплоть до среднего покрова боли усиливаются, возникает прогрессирующая альгоменорея.

Накануне менструации у женщин с аденомиозом появляется чувство тяжести внизу живота, которое зачастую сочетается с позывами к мочеиспусканию. Как правило, после окончания менструации эти симптомы исчезают.

При наружном эндометриозе чаще всего поражается яичники, при чем односторонняя локализация встречается примерно в два раза чаще чем двусторонней. Основное значение в патогенезе этого заболевания имеет имплантация частиц эндометрия в результате ретроградного заноса крови из матки.

Нередко целостность эндометриоидной кисты нарушается и ее содержимое попадает в брюшную полость, в результате чего образуются спайки и сращения, которые сопровождаются инфильтрацией стенок соседних органов.

Исходом нарушений целостности стенок кисты (протекания) помимо образования спаек и сращений является возникновение ретроцервикального эндометриоза. Эндометриоз яичника может сочетаться с различными новообразованиями этого органа. Нередко в одном яичнике наряду с «шоколадными» кистами, наблюдается дермоидные, сосочковые или другие кистомы яичника.

Подавляющие большинства больных эндометриозом яичников отмечают ноющую или тянущую боль в нижних отделах живота или пояснично – крестцовой области, накануне и во время менструального цикла заметно усиливается. У 65 % больных отмечается дисменорея. У части больных не имеющих болевого синдрома, накануне и во время менструации появляется тяжесть внизу живота, запоры и вздутие кишечника. Болевой симптом и запоры встречаются чаще и сильнее выражены тогда, когда в спаечный процесс вовлечена прямая кишка и развивается ретроцервикальный эндометриоз.

В течение болезни могут наблюдаться периоды сравнительного благополучия, а затем внезапно наступает обострение, как правило, накануне или во время регул, что объясняется «протекание» кисты.

Клиническая картина «шоколадных» кист, когда значительно, количество содержимого кисты попадает в брюшную полость, напоминает перитонит, появляются симптомы раздражения брюшины.

Ретроцервикальный эндометриоз по частоте занимает третье место после поражения матки и яичников.

Ретроцервикальный эндометриоз чаще, чем эндометриоз других локализаций, подвергается малигнизации. Обычно больные жалуются на ноющую боль внизу живота, пояснице, крестце. Встречаются больные как с резко выраженным болевым синдромом, так и с асимптомными формами, что зависит от степени распространения эндометриоза. Боль появляющиеся накануне усиливается и при акте дефекации, отхождении газов, движении и т. д. дисменорея прогрессирует. Большинство больных жалуется на боль при половых сношениях, одним из симптомов являются запоры накануне и во время регул.

Ретроцервикальный эндометриоз может прорастать в задний свод влагалища, прямую кишку, может вызвать сдавление мочеточника. Особенностью болей внизу живота при ретроцервикальном эндометриозе является их « стреляющий » характер и иррадиация в область прямой кишки.

При ректомоноскопии обнаруживается гиперемия и отечность слизистой, выбухание стенки кишки внутрь, при чем накануне и во время регул эти изменения усиливаются.

Эндометриоз послеоперационного рубца передней брюшной стенки встречается редко.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Несмотря на четко выраженные симптомы генитального эндометриоза при любой локализации, его диагностика представляет значительные трудности.

Частые ошибки при установление диагноза эндометриоза обусловлены сходней с ним симптоматикой других заболеваний, в связи с чем необходимо провести дифференцированную диагностику с теми или иными заболеваниями гениталия.

Таблица 1

Локализация эндометриоза	От каких заболеваний необходимо дифференцировать
Шейка матки	Рак, псевдоэрозии, хронический эндоцервицит, эритроплакия, наборы кисты с геморрагическим содержимым, хронический неспецифический эндометрит.
Тела матки	Субмикозная миома матки, рак эндометрия, хронический неспецифический эндометрит, дисфункция яичников.
Яичники	Опухолевые образования воспалительного характера, доброкачественные и злокачественные опухоли, кисты с прекрутом ножки яичника, туберкулез придатков матки, Субсерозная миома матки, обострение хронического аппендицита.
Ретроцервикальный эндометриоз.	Рак прямой кишки, рак влагалища, рак яичников 3-4 стадии (распространение в ректовагинальную клетчатку), метастазы рака желудка.
Влагалище	Язвенный колпакит, рак влагалища, метастазы хорионэпителиомы, пара проктит.
Маточные трубы	Туберкулез маточных труб, нодозный сальпингит.
Кишечник	Рак кишечника.

Значение классификации эндометриоза имеет очень большое практическое значение для распознавания этого заболевания. Действительно, классификация ориентирует медицинских работников в отношении частоты и локализации отдельных форм этой патологии, это в свою очередь облегчает и диагностику. Согласно современным представлениям, по локализации различают генитальный и экстра генитальный эндометриоз. Чаще встречается генитальный эндометриоз его в свою очередь, делят на внутренний (70%) и наружный (25%). Наружный эндометриоз может быть внутрибрюшинным (придатки, матки, брюшина матки) и вне брюшинным (ретроцервикальный, ретровагинальный, эндометриоз стеки влагалища, промежности и т.д.). К экстра генитальной локализации эндометриоза (5%) относится поражения желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря, легких, области пупка, послеоперационного рубца и др. У некоторых женщин могут наблюдаться множественные локализации эндометриоза. Распознавание эндометриоза обосновано на учете и анализе данных анамнеза, общепринятых методов объективного и результатах специальных методов исследования. Однако в последние годы в связи с внедрением эндоскопических методов исследования и развитием учения о данном заболевании, его диагностика значительно улучшилось.

Из данных опроса больной диагностического значения имеют:

- a)* указания на возникновения заболевания после патологических (оперативных) родов, искусственных и самопроизвольных абортов, закончившихся выскабливанием матки, диагностические выскабливания эндометрия, другие внутриматочные вмешательства или диатермокоагуляция шейки матки;
- b)* характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации;
- c)* безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов;
- d)* возникновение усиливающего циклического болевого синдрома у подростков и девушек, возникшего после начала менструаций;
- e)* нарушения менструальной функции типа метрорагии, пред-и постменструальных кровяных выделений;
- e)* бесплодие в сочетании с болевым синдромом, имеющим циклический характер.

Из данных объективного исследования известную информативную ценность имеет увеличение матки и ее придатков пораженных эндометриозом, перед и во время менструации. Однако этот признак не является постоянным

(например, при первой степени распространения внутреннего эндометриоза тела матки заметного увеличения ее не происходит) и оценка его нередко носит субъективный характер. Заметное увеличение матки и яичника наблюдается при выраженном поражении этих органов эндометриозом. Распознавание эндометриоза влагалищной части шейки матки и стенок влагалища облегчается при исследовании при помощи влагалищных зеркал.

Специальные методы. Эндометриоз шейки матки распознается без затруднений, однако необходимо помнить о внешнем сходстве эндометриоидных гетеротопий с очагами расширенных сосудов под истонченной слизистой оболочкой шейки, которые иногда появляются после диатермокоагуляции псевдоэрозии. Следует иметь ввиду некоторые черты сходства эндометриоидных гетеротопий с эритроплакией. Поэтому диагноз эндометриоза должен быть подтвержден кольпоскопией, прицельной биопсией и последующим гистологическим исследованием биоптата. При подозрении на эндометриоз слизистой оболочки цервикального канала (кровяные выделения до и после менструаций) биопсии предшествует диагностическое выскабливание эндоцервикса.

Диагноз внутреннего эндометриоза. Тела матки (аденомиоза) устанавливается на основании циклического увеличения и болезненности матки. Для уточнения диагноза, особенно на

ранних стадиях процесса, и для дифференциальной диагностики между эндометриозом (узловатая форма) и миомой матки применяют инструментальные методы.

Распространенным методом является гистеросальпингография, которая позволяет установить правильный диагноз в 33–80 % наблюдений (Савельева Г. М. 1983). Гистеросальпингографию выполняют не позднее 5 – 7го дня менструального цикла, чтобы тонкая слизистая оболочка начала стадии пролиферации не мешала проникновению контрастного вещества в эндометриоидные очаги, сообщающиеся с полостью матки. При внутреннем эндометриозе тела матки контрастное вещество располагается за пределами контура полости матки, причем тени гетеротопий имеют вид каналцев, лакун, дивертикулов. На рентгенограммах при распространенном процессе видно увеличение размеров матки; неровность контуров указывает на сочетание эндометриоза с миомой матки или на узловатую форму заболевания. Гистеросальпингография позволяет выявить степень распространения внутреннего эндометриоза тела матки.

Гистероскопия является достаточно информативным методом диагностики диффузной формы аденомиоза. Гистероскопия производится также на 5–7 - й день менструального цикла, а при его нарушениях – в любой день до и после диагностического выскабливания. Контрольная гистероскопия особенно показана при гиперплазии слизистой оболочки матки, препятствующей выявлению эндометриоидных гетеротопий. Правильно проведенная гистероскопия позволяет детально рассмотреть внутреннюю поверхность матки, устья маточных труб и эндометриоидные ходы, открывающиеся в полость матки и имеющие вид темно-красных точечных отверстий на фоне бледно-розовой слизистой обо-ложки. Ультразвуковое исследование при диффузном аденомиозе имеет вспомогательное значение, преимущественно при 2–3 степени распространения. Определяется увеличение матки в лuteиновую фазу менструального цикла; в стенках матки в дни предшествующие менструации, удается обнаружить точечные или мелкие «кистозные» эхо структуры. Эхографическая картина узловатой формы аденомиоза характеризуется диффузным утолщением и ячеистой структурой миометрия пораженной стенки и наличием в ней узла неоднородного строения, вокруг которого в отличие от миомы отсутствует четкая капсула. Для выявления очагового аденомиоза эхоскопия наиболее информативна в предменструальном периоде. Тем не менее на основании анализа данных эхоскопии, произведенной значительному контингенту женщин, М.А. Союнов (1987) отмечает относительно невысокую диагностическую ценность этого метода для выявления узловой формы аденомиоза.

Эндометриоидные гетеротопии, развивающиеся в стенке маточной трубы, могут быть обнаружены при гистеросальпингографии в виде «законтурной» тени вследствие проникновения контрастного вещества в эндометриоидные ходы.

Эндометриоидные гетеротопии, развивавшиеся на серозном покрове маточной трубы, выявляются при лапароскопии.

Диагностике эндометриоза яичников, особенно эндометриоидных кист, помогают данные опроса (прогрессирующая альгоменорея, нарушений функций соседних органов, безуспешность проводившегося противовоспалительного лечения и др.) При гинекологическом исследовании в области придатков матки определяется опухолевидное, болезненное, малоподвижное образование, нередко спаянное с маткой и другими органами. В диагностике эндометриоза яичников наиболее существенное значение имеет лапароскопия. При этом методе исследования эндометриоидные кисты имеют вид опухолевидных образований, покрытых белесоватой или синеватой оболочкой, сквозь которую просвечивают участки темно-синего или сине-багрового цвета. Эндометриоидная киста обычно спаяна с задней поверхностью матки, серозным покровом прямой кишки, маточными трубами. При « малых » формах эндометриоза яичников мелкие гетеротопии имеют вид точечных или более крупных (но не более 3-5мм) пятен синюшно - багрового цвета (эндометриоидные « глазки »). Возможны спайки и рубцовые изменения окружающих тканей. Иногда истинный диагноз эндометриоидной кисты яичника выявляется во

время хирургических операций, показаниями к которым считаются опухоли или тубоовариальные опухолевидные образования, возникшие на почве воспалительных процессов. Ретроцервикальный эндометриоз распознается на основе данных опроса, жалоб (усиливающиеся «циклические» боли, болезненность акта дефекации и др.) и бимануального гинекологического исследования, при котором определяются плотные, бугристые узелки (единичный узел) неправильной формы, располагающиеся на задней стенке над влагалищной части шейки матки. Узелки легко определяются через задний свод влагалища. Ретроцервикальный эндометриоз может быть диффузным, распространяющимся на крестцовое - маточные связки, близко располагаться к стенки прямой кишки или прорастать. При расположении очагов эндометриоза в непосредственной близости к прямой или толстой кишке рекомендуется производить ректороманоскопию, чтобы исключить прорастание эндометриоидной ткани в указанные отделы кишечника. Ректороманоскопию рекомендуется проводить накануне или во время менструации, когда эндометриоидные гетеротопии определяются более отчетливо. При необходимости производят биопсию.

Диагностика «малых» форм эндометриоза основывается преимущественно на данных лапароскопии. Показанием к ее проведению служат бесплодие неясной этиологии, неэффективная терапия хронических аднекситов. Лапароскопию применяют у подростков при прогрессирующей альгоменорее, причина которой не связана с другими морфофункциональными изменениями внутренних половых органов (Аветисова Л.Р. 1987г.).

«Малые» формы эндометриоза при лапароскопии имеют вид мелких красноватых, коричневатых, синевато-багровых очажков, располагающихся на брюшине малого таза, на поверхности яичников, крестцово-маточных связок и др. Эндометриоидные гетеротопии, как правило, единичные, чаще всего локализуются в области крестцово-маточных связок – 72 % наблюдений, часто поражаются брюшина прямокишечно-маточного пространства – 56 %, задняя поверхность широких связок – 41 %, поверхность яичников – 22 %, реже всего эндометриоидные гетеротопии во время лапароскопии обнаруживаются в области пузирно-маточной складки – в 11% наблюдений (Пшеничникова Т.Я., 1987 г.). В процессе лапароскопии рекомендуется биопсия эндометриоидных гетеротопий для подтверждения диагноза. Однако эндометриоидные элементы при гистологическом исследовании обнаруживаются не всегда. Очаги, подобные по внешнему виду эндометриоидным гетеротопиям, представляют собой участки бывших кровоизлияний. Такие очаги могут быть остатками старой менструальной крови, излившимися в брюшную полость ретроградным путем через маточные трубы.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.

Лечение эндометриоза должно быть комплексным, дифференцированным, следует учитывать: возраст больной, ее отношение к репродуктивной функции, особенности личности, локализацию, распространность и тяжесть течения процесса, сочетание с воспалительным процессом, его последствия (рубцово-спаечные процессы), гиперпластические процессы эндометрия и деструктивные изменения в яичниках и матке. Основные этапы неоперативного и хирургического лечения эндометриоза завершается реабилитационным лечением, цель которого устранение остаточных нарушений, восстановление трудоспособности и других видов социальной активности. Современный подход к лечению эндометриоза состоит в сочетании хирургического метода, направленного на максимальное удаление эндометриоидных очагов и гормономодулирующей терапии. Даже при распространенных формах эндометриоза следует по возможности придерживаться принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии и прибегать к радикальным операциям только когда исчерпаны все другие возможности (Баскаков В. Н. 1980 г., Кулаков В.И. 1994 г.).

Основным принципом действия медикаментозной терапии при эндометрио-зе является подавление секреции эстрadiола в яичниках. При этом считается, что снижение уровня эстрadiола в периферической крови до 30% от исходного, т-е ниже 145 г. моль / л, свидетельствует об адекватном подавлении функции яичников, а степень и продолжительность угнетения гормоносекретирующей функции яичников определяют эффективность гормонотерапии. (Уиголле-Пос-кет М. 1988 г., Рок Ж. Менторс Д. М.1992 г.)

Для лечения эндометриоза наибольшую практическую ценность имеют аго-нисты гонодотропных рилизинг гормонов (а-Гн РГ), (декапептил, золадекс, люк-трин), прогестогены (дюфастон, оргаметрил, депо-провера, примолюйтнор), анитипрогестины (неместрон), ингибиторы гонодотропинов (дановол, даназол). Широко применяется депонированные формы а - Гн РГ, обеспечивающие постоянную концентрацию препарата в крови на протяжении длительного времени. При лечение препаратами а-Гн РГ в условиях выраженной гипоэстрогенации происходят атрофические изменения эндометриозных очагов. Сроки лечения колеблется от 3 до 6 месяцев в зависимости от степени распространения заболевания.

Однако после проведенного консервативного, хирургического и гормонального лечения, при отсутствии выраженных поражений маточных труб, fertильность восстанавливается лишь у 30 – 52 % больных. При этом отмечается слабая корреляция вероятности наступления беременности с типом эндометриоза и степенью его распространения (Волков Н.И. 1996 г., Поули С. 1997 г.). Пациентке с эндометриозом, у которых не наступила беременность после хирургического лечения и последующей гормональной терапии, является кандидатами для включения их в программу экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки (ЭКО и ПЭ).

Учитывая нарушение иммунного статуса больных с эндометриозом необходимо в комплексацию терапию включить индукторов интерферона, в частности циклоферана, который может стать важным компонентом лечения больных с генитальным эндометриозом.

Хирургическое лечение эндометриоза применяют при узловатых формах аденомиоза, сочетании диффузной формы аденомиоза с миомой, аденомиоза

3 ст, при наличии эндометриоидных кист яичников и распространенном ретроцервикальном эндометриозе. С развитием эндохирургии предложена новая методика лечения внутреннего эндометриоза-лапароскопическая электродеструкция пораженного миометрия с последующей гистерорезектос-копической обляцией эндометрия. (Wood С. Маҳер П. Хилл П. 1994 г.).

Ретроспективный анализ результатов подобного лечения больных внутренним эндометриозом тела матки позволил обосновать ряд положений:

1. Лапароскопический электромиолизис в сочетании с гистерорезектос-копией следует рассматривать как операцию выбора у больных внутренним эндометриозом тела матки в репродуктивном возрасте.

2. Основным преимуществом эндохирургического лечения является его органосберегающий характер, что немаловажно для сохранения репродуктив-ной функции, а также исходного качества жизни. К другим достоинствам этого метода следует отнести известные преимущества малоинвазивного хирургического вмешательства малую травматичность, уменьшение длительности, операции, объема интраоперационной кровопотери, а также раннее восстановление активной деятельности.

Перед оперативным лечением эндометриоза рекомендуется применение да-назола, в течение 1-2 месяцев, что способствует локализации процесса, умень-шению пери фокального воспаления и частично спаечного процесса.

Опыт показывает, что у большинства больных с эндометриозом отмечают-ся невротические нарушения, проявляющиеся часто в виде отрицательных эмоций и неадекватного отношения к своему заболеванию. Эмоциональное напряже-ние способствует появлению нейроэндокринных

расстройств, изменению функций симпатико-адреналовой и гипофизарно – адреналовой системы. Поэтому психотерапия является важным звеном комплексной патогенетической терапии эндометриоза. Большое значение имеют создание правильного отношения ко всем проявлениям болезни и психологическая подготовка к продолжительному лечению, а также правильная оценка результатов лечения.

Практическое занятие № 7

Доброподобные и злокачественные опухоли яичников.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели Доброподобные и злокачественные опухоли яичников</p> <p>Основные положения цели Доброподобные и злокачественные опухоли яичников</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Доброподобные и злокачественные опухоли яичников</p>

Цель практического занятия: дать представление о «**Доброподобные и злокачественные опухоли яичников**», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение	Основную сущность темы НМЦ ,нарушение МЦ
Разобрать основные методы исследования	Усвоить основные методы исследования
Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии	Иметь представление об основных направлениях Доброподобные и злокачественные опухоли яичников
Перечислить и дать краткую характеристику Доброподобному и злокачественному опухолю яичников	Иметь понятие об основных приёмах и методах исследованиях
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	<p>Вступительное слово о Добропачественные и злокачественные опухоли яичников. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	<p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Этиология кист яичника. 2.Патогенез развития кист яичника. 3.Клинические признаки по видам кист яичника. 4.Лечение кист яичника. 5. Этиология кистом яичника. 6. Патогенез кистом яичника. 7.Клинические признаки по видам кистом яичника. 8.Лечение кистом яичника. 	<p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	<p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов.</p> <p>Поощряет активное участие студентов в практического занятия.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия.</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

Вопросы по теме

- 1.Этиология кист яичника.
- 2.Патогенез развития кист яичника.
- 3.Клинические признаки по видам кист яичника.
- 4.Лечение кист яичника.
5. Этиология кистом яичника.
6. Патогенез кистом яичника.
- 7.Клинические признаки по видам кистом яичника.
- 8.Лечение кистом яичника.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

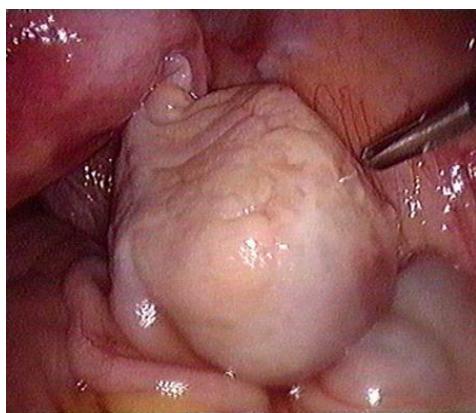
Шаги:

1. Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладется ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Киста - патологическая полость, выполненная каким-либо содержимым, возникшая в результате задержки или избыточной секреции жидкости.

Классификация

- ✓ Пфанштиля
- ✓ Майера
- ✓ Кивши
- ✓ Вальдера
- ✓ Шредера



Частота

Опухолевидные образования встречаются в 34%, истинные опухоли яичников – 66% случаев.

Простые кисты образуются в результате накопления жидкости в предшествующей полости. В корковом слое яичников встречаются фолликулярные кисты, киста жёлтого тела, а в мозговом слое – кисты из эмбриональных остатков- из мозговых тканей и канальцев.

Фолликулярная киста – имеет основное практическое значение, встречается сравнительно часто – около 30% всех опухолей и опухолевидных образований. Это образование: маленькое по величине, одностороннее, чаще однокамерное, тонкостенное. Образуется из зреющих фолликулов в любой стадии развития или атрезии (5-6 см в диаметре.)

Патогенез

Возможно связан со снижением эстрогенной функции яичников, что приводит к возрастанию уровня гонадотропных гормонов, причем изменяется соотношение между ЛГ и ФСГ в сторону повышения. Увеличиваются фолликулярные кисты медленно. Наполнение жидкости происходит за счет трансфузии.

Клиника

Ановуляция

Период персистенции фолликула. Неосложненная фолликулярная

киста небольших размеров, обычно бессимптомна и обнаруживается при гинекологическом осмотре.

При бимануальном исследовании справа или слева в области придатков матки находят образование тугопластической консистенции, с гладкой поверхностью, сравнительно небольших размеров, безболезненное при пальпации и смещении. Жалобы возникают при перекручивании ножки кисты или при сдавлении соседних органов. Тогда больные отмечают усиление болей в поясничной области, чувство тяжести внизу живота, дизурические явления. Детородная функция не нарушена.

Диагностика

Основывается на данных:

- ✓ Бимануального исследования
- ✓ Лапароскопии
- ✓ Сонографии
- ✓ Эхографии

Лечение – хирургическое. Операция заключается в вылущивании кисты с сохранением здоровой ткани яичника, что особенно важно у женщин репродуктивного возраста.

При тенденции к росту или при перекруте (7-8%) – клиновидная резекция яичника.

Киста желтого тела

Частота:

Встречается редко от 2 до 5%.

Размеры:

величина чаще с куриное яйцо.



Этиопатогенез.

- ✓ Беременность
- ✓ Частые воспалительные процессы
- ✓ Патогенез

Развитие их связано с тем, что после овуляции полость фолликула не спадается и не заполняется целиком лuteиновыми клетками, как это бывает в норме, остается существовать и растягивается серозной жидкостью. Стенка кисты состоит из нескольких клеток. По своему строению эти клетки ничем не отличаются от лuteиновых клеток желтого тела. По мере роста кисты происходит атрофия лuteиновых клеток и кистозных элементов внутренней стенки. Киста жёлтого тела гормонально –

неактивна.

Клиника и диагностика

Киста жёлтого тела редко превышает 3-4 см в диаметре, она имеет гладкую поверхность и эластичную консистенцию. Жалоб больные обычно не предъявляют, и киста обнаруживается при гинекологическом осмотре.

Диф. диагностика

Дифференцировать кисту желтого тела следует от истинной опухоли яичника – кистомы. При диф. диагностике в пользу кисты желтого тела свидетельствует небольшие размеры образования, появление или увеличение кисты во второй фазе менструального цикла.

Лечение

При подозрении на кисту желтого тела не следует спешить с оперативным вмешательством, такая больная надлежит диспансерному наблюдению: осмотры должны повторяться каждые 11-12 мес. Если не наблюдается обратного развития кисты или имеется тенденция к её увеличению, показана операция – *резекция яичника в месте с кистой*.

Прогноз: благоприятный .

Текалютеиновые кисты

Характерны для трофобластической болезни – пузырного заноса и хорионэпителиомы.

Кистозные образования формируются в обеих яичниках под влиянием стимулирующего действия хорионического гонадотропина, содержащего большое количество лuteинизирующего гормона, на текаткань фолликулов.

Лечение

Оперативному лечению не подлежат, так как через 1-3 месяца подвергаются обратному развитию.

Паровариальная киста

Кисты надъяичникового придатка (паровариальные кисты) развиваются из остатков околояичника (вольфова протока), представляющего собой слепозаканчивающиеся каналцы, расположенные между маточной трубой и яичником в листах мезосальпингса. Содержимое паровариальной кисты прозрачное, жидкое, бедное белком, не содержит муцина. Кисты могут быть различными по объему – от нескольких сантиметров до размеров головки новорожденного. Форма этих кист:

- ✓ Шаровидная или
- ✓ Овощные



Клиника

При небольших размерах паровариальная киста практически никак не проявляется. Жалоб больные не предъявляют. Менструальная функция не нарушена.

При значительных размерах кисты появляются симптомы, связанные со сдавлением соседних органов, особенно часто – дизурические явления.

Диагностика

При бимануальном исследовании находят кистозное образование, ограниченное, подвижное вследствие интрапигментного расположения. На нижнем полюсе кисты пальпируется плотное образование (яичник).

Лечение

- ✓ Оперативное – удаление кисты
- Прогноз: благоприятный

Опухоли яичников. Эпителиальные доброкачественные опухоли яичников

Наибольшую группу эпителиальных доброкачественных опухолей яичников составляют кистомы.

Кистома – истинная опухоль яичника, отличительной чертой которой является быстрый рост.

Кистомы яичников делятся на две большие группы:

1. Серозные
2. Муцинозные

Серозные кистомы (цилиоэпителиальные кистомы).

Отличительной особенностью серозной кистомы является выстилающий эпителий. По строению эпителий серозных кистом

напоминает трубный или поверхностный эпителий яичника. Почти всегда удается обнаружить клетки мерцательного эпителия. Кистомы чаще бывают односторонними и однокамерными.

Величина их различна: от нескольких сантиметров до 30 см и более в диаметре.

Содержимое кистомы представляет собой серозную жидкость соломенного цвета.

Простая серозная кистома

Клиника

Сециернирующая серозная кистома чаще обнаруживается в возрасте 45 лет.

Нередко отмечаются боли в нижних отделах живота и пояснице.

Гормональной активностью опухоль не обладает, менструальный цикл не нарушен.

При относительно больших размерах или межсвязочно расположенной опухоли возникают дизурические явления, иногда асцит.

Пролиферирующая серозная кистома чаще всего обнаруживается в возрасте 48 лет. Кистомы часто бывают двусторонними и сопровождаются асцитом. Эти кистомы, по классификации ВОЗ, относят к пограничным между доброкачественными и злокачественными опухолями яичника. При микроскопическом исследовании обращают внимание на выраженные признаки пролиферации эпителия, что проявляется его многофазностью. Эти кистомы также относят к предраковым заболеваниям яичника. Злокачественные превращения пролиферирующих серозных кистом наблюдаются у каждой второй больной.

Муцинозные кистомы

Муцинозная кистома – эпителиальная доброкачественная опухоль яичника, которая встречается чаще серозной кистомы. Этот вид кистомы отличается характером выстилающего эпителия, который напоминает эпителий шеечного канала, - (высокий) цилиндрический. Этот вид кистомы встречается во все возрастные периоды жизни женщины, но преимущественно в 50 лет.

Псевдомуцинозная кистома

Многокамерное образование круглой или овальной формы, с узловатой поверхностью вследствие отпочковывания дочерних кистозных полостей, эластической консистенции, чаще одностороннее. Рост этой опухоли происходит по эвертирующему типу (центрифугально). Растут эти опухоли быстро и могут достигать больших размеров. Содержимое опухоли – густое слизеобразное, составной частью которого являются глюкопротеиды.

Клиника и диагностика

Больные с псевдомуцинозной кистомой, когда она достигает значительных размеров, обычно ощущают тяжесть внизу живота;

При бимануальном исследовании в области придатков матки находят образование овальной формы, эластической консистенции, значительных размеров. Асцит возникает редко.

Пролиферирующая псевдомуцинозная кистома

Может рассматриваться как предраковый процесс. Опухоль многокамерная, наружная поверхность ее гладкая, на внутренней имеются сосочковые разрастания. Клиническое течение

заболевания при этом виде кистом мало чем отличается от проявлений обычных псевдомуцинозных кистом. Злокачественное превращение псевдомуцинозных кистом наблюдается у каждой третьей больной.

Строение:

Различают:

1. Анатомическую
2. Хирургическую ножки опухоли.

Клиника

Клиническая картина во многом обусловлена возникшим частичным или полным перекрутом ножки опухоли. При полном перекруте ножки кистомы (свыше 180°) резко нарушаются кровоснабжение и питание опухоли.

Клинически это проявляется картиной острого живота:

- ✓ резкие боли
- ✓ тошнота
- ✓ рвота
- ✓ повышение температуры
- ✓ учащение пульса
- ✓ напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина - Блюмберга.

Диагностика

При гинекологическом исследовании в области придатков определяется опухоль, болезненная при смещении. При частичном перекруте ножки опухоли яичника клиническая картина менее выражена.

Лечение:

При частичном или полном перекруте ножки опухоли необходимо срочное хирургическое вмешательство.

Промедление с операцией может привести:

К некрозу опухоли, кровоизлияниям в капсулу опухоли, нагноению, перитониту, разрыву капсулы кистомы. При наличии опухоли яичников может возникнуть ряд осложнений:

- ✓ перекрут ножки опухоли
- ✓ разрыв капсулы
- ✓ нагноение
- ✓ прорыв содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку.

Наиболее часто происходит перекрут ножки кистомы вследствие резких движений, поднятия тяжестей и др.; нередко это осложнение наблюдается у девушек и девочек.

Фиброма яичника – доброкачественная опухоль, развивающаяся из его стромы.

Строение опухоли:

Опухоль округлой или овальной формы, односторонняя плотная, с узловой или гладкой поверхностью. Цвет опухоли белый, при некрозе буро-красный.

Размеры опухоли: варьируют от микроскопически определяемого образования до головы взрослого человека.

Опухоль имеет ножку, что создает условия для её перекручивания.

Клиника:

Обычно фиброма яичника возникает у женщин в возрасте 40-50 лет. Наиболее характерно для этой группы опухолей появление асцита. Иногда при фиброме яичника одновременно с асцитом наблюдаются гидроторакс, анемия (триада Мейгса).

Лечение:

Лечение оперативное – удаление опухоли. После хирургического вмешательства сравнительно быстро исчезают асцит и гидроторакс.

Опухоли стромы полового тяжа. К этой группе относят опухоли, состоящие из клеток, которые возникают из полового тяжа или мезенхимы эмбриональных гонад. Они содержат гранулезные клетки, текаклетки, клетки Сертоли-Лейдига. Они относятся к гормонально-активным опухолям яичника.

Прогноз: Ввиду доброкачественного характера опухоли предсказание благоприятное. После удаления опухоли указанные выше симптомы исчезают.

К гормонально-активным опухолям яичника относятся:

- ✓ Гранулезоклеточные опухоли
- ✓ Текаклеточные опухоли
- ✓ Арренобластомы
- ✓ Опухоль Бреннера.

Частота:

Гормонально-активных опухолей составляет в среднем 8,9% от общего числа истинных опухолей яичников.

Гранулезоклеточная опухоль (фолликулома).

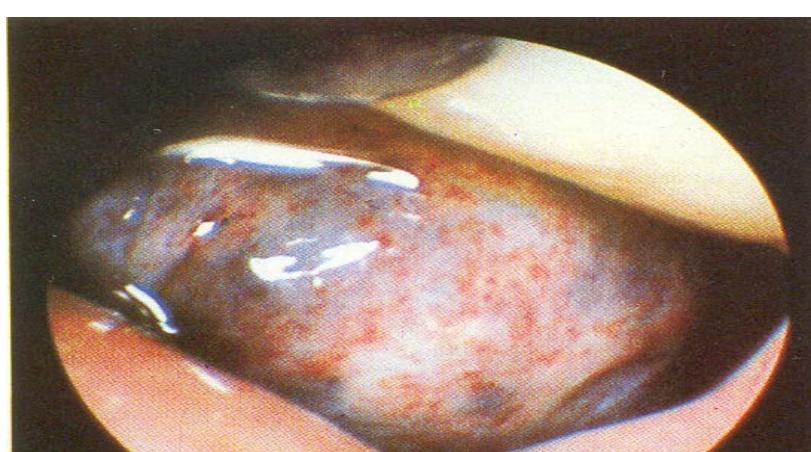
Возникает из гранулезных клеток фолликула или из дифференцирующихся остатков половых тяжей.

Опухоль является гормонально-активной и продуцирует эстрогены. Опухоль имеет желтую окраску. На разрезе солидного или ячеистого строения. Размеры опухоли варьируют от микроскопических включений в яичнике до 40 см в диаметре.

При морфологическом исследовании эндометрия обнаруживаются гиперпластические процессы (полипы, железисто-кистозная гиперплазия, аденоматоз). Гранулезоклеточная опухоль может быть: доброкачественной и злокачественной.

Частота:

Злокачественное превращение гранулезоклеточных опухолей наблюдается у 4 - 25% больных.



Клиника:

Проявления заболевания зависят от степени гиперэстрогении и возраста женщины. Обычно отмечаются: боли внизу живота увеличение его объема. У девочек при этих опухолях нередко наблюдается: преждевременное половое созревание, возникают маточные кровотечения, рано появляются вторичные половые признаки: оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез.

Наружные половые органы соответствуют по своему развитию более старшему возрасту. У молодых женщин развитие опухоли сопровождается временной аменореей, которая сменяется ациклическими кровотечениями.

Диагностика:

Основывается на данных анамнеза, клинической картине заболевания, обнаружении опухоли яичника.

При гинекологическом исследовании обращает на себя внимание:

отсутствие атрофических изменений наружных половых органов, матка слегка увеличена, в области придатков определяется одностороннее, тугоэластическое подвижное образование.

Основным дополнительным методом диагностики является лапароскопия, при которой производится биопсия. Окончательный диагноз ставится после патоморфологического исследования удалённой опухоли.

Лечение:

У молодых женщин при наличии доброкачественного процесса допустимо удаление опухоли с последующим активным наблюдением за больной. В пре и постменопаузе показано удаление матки с придатками.

При злокачественной гранулезоклеточной опухоли, как правило, производят полное удаление матки с придатками и резекцию сальника. Химиотерапию (тиофосфамид) предпочтительнее назначать в ИИИ и ИВ стадии ракового процесса.

Текома (текаклеточная опухоль)

Возникает из текаткани яичника и относится к эстрогенпродуцирующим новообразованиям.

Частота: Текомы составляют 3,8% всех новообразований яичника.

Клиника:

Течение заболевания мало чем отличается от проявления гранулезоклеточной опухоли. Текомы возникают в пожилом возрасте (60 лет и старше). В основном опухоли бывают односторонними.

Размеры их колеблются от небольших до головки новорожденного. Форма опухоли округлая или овальная, консистенция плотная.

Характерным для этой опухоли является асцит, который может возникнуть как при доброкачественном, так и при злокачественном течении заболевания. Злокачественное течение текомы чаще наблюдается в молодом возрасте.

Диагностика:

Срочное морфологическое исследование во время хирургического вмешательства позволяет правильно определить характер опухоли у большинства больных и решить вопрос об объеме операции.

Лечение:

При доброкачественном характере текаклеточной опухоли удаляют придатки на стороне поражения. При злокачественной текаклеточной опухоли производится полное удаление матки с придатками.

У некоторых больных лучевое лечение в послеоперационном периоде значительно снижает число рецидивов.

Опухоль Бреннера

Встречается редко, чаще односторонняя. Величина различная – до головы взрослого человека. Строение волокнистое, как фиброма, белесовато – серого цвета, иногда с желтоватым оттенком.

Клиника.

В молодом возрасте – нарушение менструального цикла. У старых – метрорагии и во всех возрастах гирсутизм.

Лечение:

Хирургическое – удаление опухоли, так как относится к доброкачественным образованиям.

ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

Тератомы яичников.

Дермоидная киста яичника относится к зрелым тератомам и среди опухолей яичников встречается у 8% больных.

Дермоидная киста – одностороннее, реже двустороннее образование серовато-беловатого цвета с гладкой поверхностью, обладает большой подвижностью за счет длинной ножки, что создает благоприятные условия для её перекрута.

Этиология и патогенез дермоидных кист до настоящего времени не выяснены.

Клиника:

Наиболее часто опухоль встречается в возрасте 20 - 40 лет. Общее состояние больной нарушается редко. Иногда отмечаются боли или чувство тяжести внизу живота, которые возникают при больших размерах опухоли.

Диагностика:

Рост кисты медленный, обычно она не достигает больших размеров.

При пальпации определяются участки эластической консистенции, которые чередуются с более плотными.

Содержимым дермоидной кисты являются:



Сало

- ✓ Волосы
- ✓ Зачатки глаз.

Внутренняя поверхность гладкая, в одном из участков обнаруживается выступ-паренхиматозный бугорок, в котором нередко находят зрелые ткани иrudиментарные органы: *зубы, кости и др.*

Состоит из плотной, местами гиалинизированной соединительной ткани.

Внутренняя поверхность кисты или не имеет эпителия, или покрыта цилиндрическим однослоистым мерцательным эпителием.

Головной бугорок покрыт кожей с волосами и сальными железами.

Под кожей находится слой жировой ткани и плотная соединительная ткань с различными включениями.

Незрелая тератома характеризуется наличием элементов с более низкой дифференциацией, чем у зрелых. Они представляют собой переходную стадию к тератобластомам. Эта форма опухоли чаще подвергается злокачественному превращению.

Диагностика:

Обнаружение подвижной кисты яичника, располагающейся кпереди от матки, обычно наводит на мысль о возможности дермоидной кисты.

Лечение:

Хирургическое.

Молодой возраст больной, редкое рецидивирование и злокачественное превращение дермоидной кисты позволяют производить резекцию яичника с максимальным сохранением микроскопически неизмененной ткани.

Прогноз. Благоприятный.

Злокачественное превращение наблюдается у 0,4 — 1,7% больных.

Тератобластома яичника

Возникает в детском и юношеском возрасте, составляя 2 - 2,5% всех злокачественных опухолей яичников.

Тератобластомы богаты сосудами, в связи с чем часто отмечаются кровоизлияния под капсулу и в толщу опухоли.

Клиника:

Тератобластомы чаще встречаются у девушек с астеническим телосложением.

Жалоб больные не предъявляют, основным признаком заболевания является обнаружение опухолевидного подвижного образования в малом тазу.

Нередко ножка опухоли подвергается перекруту; возможен разрыв капсулы.

Строение: Тератобластома имеет плотную неравномерную консистенцию, узловатую поверхность.

Асцит появляется в запущенной стадии заболевания.

Лечение:

Оперативное - надвлагалишная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника.

Прогноз. Неблагоприятный

Практическое занятие № 8

Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов. Фоновые и предраковый заболевания женских половых органов. Рак шейки и тела матки.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</p> <p>Основные положения цели Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</p>

Цель практического занятия: дать представление о «**Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.**», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Анатомия наружных половых органов.	Основную сущность темы
Разобрать основные методы исследования	Усвоить основные методы исследования
Дать представление об	Иметь представление об основных направлениях
Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования и Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос

Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	<p>Вступительное слово о Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	<p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>1. Анатомия наружных половых органов. 2. Анатомия внутренних половых органов</p> <p>3.Классификация аномалий расположения ЖПО 4. Классификация аномалий развития ЖПО 5.Связочный аппарат матки. 6.Диагностика аномалий ЖПО 7. Лечение аномалий ЖПО. 8.Реконструктивные операции при аномалии развития ЖПО.</p>	<p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	<p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

Вопросы по теме

- 1..Анатомия наружных половых органов.
2. Анатомия внутренних половых органов
- 3.Классификация аномалий расположения ЖПО
4. Классификация аномалий развития ЖПО
- 5.Связочный аппарат матки.
- 6.Диагностика аномалий ЖПО
7. Лечение аномалий ЖПО.
- 8.Реконструктивные операции при аномалии развития ЖПО.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

- 1.Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

К нарушениям развития половой системы относятся: 1) аномалии полового развития без нарушения половой дифференцировки (преждевременное половое созревание, задержка полового созревания);

2) аномалии полового развития, сопровождающиеся нарушением половой дифференцировки (врожденный адреногенитальный синдром — АТС, дисгенезия гонад, пороки развития матки и влагалища).

Частота аномалий развития половой системы составляет около 2,5 %. Хромосомная и генная патология является причиной примерно 30 % нарушений полового развития. Определенную роль играет наследственная предрасположенность, проявляющаяся при действии повреждающего фактора внешней среды. К таким повреждающим факторам относятся: физические (ионизирующая радиация, гипоксия, экстремальные термические и механические воздействия); химические (алкоголь, наркотики, ряд химических соединений, угнетающих ферментные системы, синтез белков и другие процессы); биологические — бактерии, вирусы (краснуха, ЦМВ и др.); некоторые лекарственные препараты, особенно при приеме их в несоответствующих дозах в ранние сроки беременности. В эксперименте показана роль авитаминоза и других нарушений обмена веществ в возникновении этой патологии.

Клинические наблюдения указывают на более высокий процент аномалий развития половой системы у потомства больных родителей (алкоголизм, эндокринные заболевания и др.) по сравнению с этими показателями в популяции. У пожилых родителей рождение детей с аномалиями развития наблюдается значительно чаще, чем у молодых.

Как известно, закладка половых органов происходит в первые недели беременности, а интенсивное их развитие отмечается в 8—12 недель. В соответствии с этим пороки развития половых органов формируются в указанные сроки внутриутробной жизни. Так, пороки развития матки образуются на 8—10-й неделе беременности, когда происходит слияние средней трети парамезонефральных (мюллеровых) протоков; пороки развития влагалища формируются позднее, как результат нарушения слияния и канализации нижних отделов парамезонефральных протоков.

Очень редко встречается полное отсутствие (аплазия) тех или иных половых органов. Нередко наблюдается удвоение внутренних половых органов, например матки и влагалища. К аномалиям относится и остановка развития формирующегося органа на ранней стадии, что определяетrudиментарное его строение (рудиментарная матка,rudиментарный рог матки). Аномалии развития половых органов нередко сопровождаются нарушением функций репродуктивной системы: нарушением характера менструаций (олигоменорея, альгодисменорея, аменорея), репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности), половой функции (препятствия к половому акту и др.). Порокам развития половых органов часто сопутствуют аномалии развития мочевой системы, что объясняется общностью основных этапов их развития на стадии раннего эмбриогенеза и анатомической близостью закладок половых и мочевых органов. Пороки развития мочевой системы наблюдаются у 30—58 % женщин с аномалиями строения половых органов (например, выявляютсяrudиментарно замкнутое влагалище и аплазия почки на этой же стороне). Поскольку пороки развития матки и влагалища лечатся оперативно, в настоящем руководстве они рассматриваться не будут. Физиологический процесс полового развития протекает в определенной генетически закодированной последовательности, начинаясь в начале второго десятилетия жизни и заканчиваясь к 16—17 годам. Физиология полового развития описана в главе 2. Его нарушения могут быть следствием органических и функциональных изменений ЦНС, количественной и структурной аномалии половых хромосом, анатомической и функциональной патологии эндокринных желез (надпочечников и яичников). Нарушения полового развития могут быть не только признаком патологии структуры и функции репродуктивной системы, но и симптомом, угрожающим здоровью и жизни женщины. К нарушениям полового развития относятся преждевременное половое развитие (ППР), задержка полового развития (ЗПР), отсутствие полового развития и гермафродитизм — нарушения половой дифференцировки с несоответствием строения наружных, внутренних половых органов и половых желез. Аномалии развития матки. Утерус диделфус — удвоение матки и влагалища при их обособленном расположении, при этом оба половых аппарата разделены поперечной складкой брюшины. Эта патология возникает при отсутствии слияния правильно развитых парамезонефральных протоков, причем с каждой стороны имеется лишь один яичник. Обе матки хорошо функционируют и с наступлением половой зрелости беременность может возникать поочередно то в одной, то в другой.

Утерус дуплекс — вагина дуплекс — аномалия развития, сходная с предыдущей, однако на определенном участке обе части половой системы более тесно соприкасаются друг с другом, часто с помощью фиброзно-мышечной перегородки. Одна из маток нередко уступает другой по величине и в функциональном отношении, причем на стороне недоразвития может наблюдаться атрезия гимена или внутреннего маточного зева.

Утерус бисорнис бисоллис — представляет собой менее выраженное последствие отсутствия слияния парамезонефральных протоков. Здесь имеются общее влагалище и раздвоение шейки и тела матки.

Утерус бисорнис унисоллис — аномалия развития, при которой слияние парамезонефральных протоков распространяется на верхние части средних отделов.

Утерус бисорнис сrudиментарным рогом обусловлена значительным отставанием в развитии одного из парамезонефральных протоков. Еслиrudиментарный рог имеет полость, то практически важно, сообщается ли она с полостью матки. Существование функционирующегоrudиментарного рога сопровождается такими осложнениями, как полименорея, альгодисменорея, инфицирование. Вrudиментарном роге может иметь место беременность.

Утерус униорнис — редкая патология, возникающая при глубоком поражении одного из парамезонефральных протоков. При данной аномалии, как правило, отсутствуют одна почка и один яичник.

Утерус бисорнисrudиментариус солидус — аномалия развития, известная под названием «синдром Майера—Рокитанского—Кюстера—Мюллера—Хаусера». При этой патологии влагалище и матка представлены тонкими соединительноткаными зачатками.

Диагностика. Обнаружение аномалий половых органов происходит при рождении, в период полового созревания и в течение репродуктивного периода жизни женщины. Ведущим, а иногда и единственным симптомом аномалий половых органов является нарушение менструальной функции в виде аменореи или полименореи.

Первичная аменорея — наиболее частый признак пороков развития половых органов. Во многих случаях аменорея носит ложный характер и связана с невозможностью оттока менструальной крови из-за атрезии (недоразвития) или аплазии (отсутствие части органа) в любом участке половой системы, расположенному ниже внутреннего маточного зева. Значительно реже встречается вторичная аменорея.

Другим частым симптомом служит появление в пубертатном периоде болей в животе, ежемесячно усиливающихся, иногда сопровождающихся потерей сознания. В таких случаях иногда предпринимается даже чревосечение.

Осмотр влагалища в зеркалах позволяет установить удвоение шейки матки, перегородку влагалища и некоторые другие аномалии. Гистеросальпингография показана при подозрении на двурогую матку, наличие перегородок в ней, а также приrudиментарном роге, если его просвет сообщается с полостью матки.

Одним из основных методов исследования УЗИ органов малого таза.

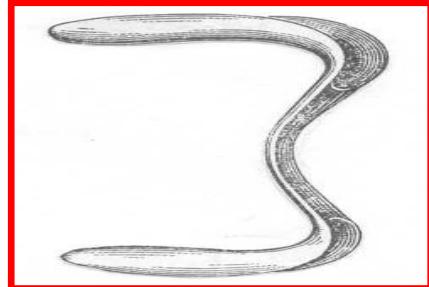
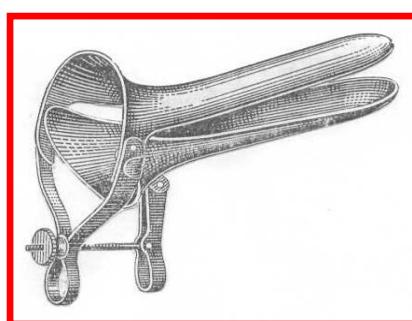
Газовая пельвиграфия применяется при подозрении на наличиеrudиментарного рога матки.

Биконтрастная геникография имеет большое диагностическое значение при всех видах аномалий развития внутренних половых органов.

Определенное значение в диагностике аномалий развития половых органов имеют эндоскопические методы исследования: кульдоскопия, лапароскопия, цистоскопия и ректороманоскопия.

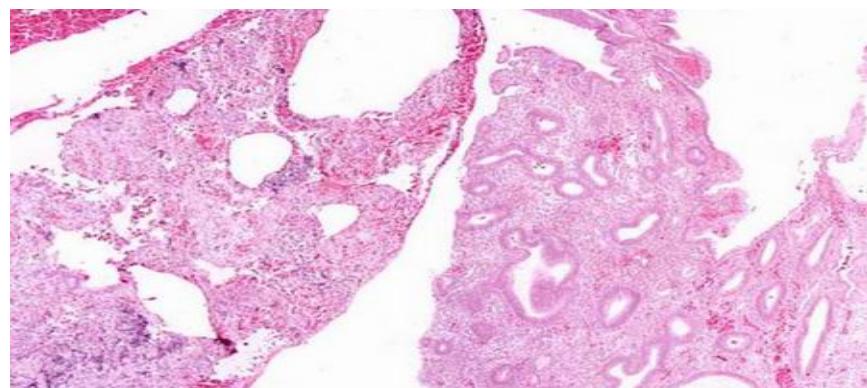
Лечение. При одних видах патологии (седловидная матка, однорогая матка и др.) не требуется никакого лечения. Однако знание вида аномалии развития необходимо в дальнейшем для правильного ведения беременности, родов, а также для выполнения различных внутриматочных манипуляций. При двурогой матке прибегают к хирургическому вмешательству. При синдроме Рокитанского—Кюстера лечение малоэффективно. Оно сводится в основном к обеспечению половой функции (создание искусственного влагалища перед вступлением в брак). Рудиментарный, или добавочный, рог матки удаляют во время чревосечения.

Понятие «Предрак» включает комплекс клинических и морфологических признаков. К клиническим признакам относят длительный (хронический) дистрофический процесс и так называемые доброкачественные опухоли, когда они имеют определенную тенденцию к малигнизации и морфологические признаки предрака: атипическое разрастание эпителия, очаговые пролифераты (но без инвазии), клеточный атипизм. В последнее время высказано мнение, что для предрака типична ранняя более и менее продолжительная фаза непролиферативных изменений, которая еще мало изучена. Вопрос о биохимических особенностях тканей и клеток при предраке нельзя считать достаточно освещенным.



Важно подчеркнуть, что не всякий предрак переходит в рак, т.е. переход из стадии предрака (в клиническом смысле) в рак не является неотвратимым и совершается не всегда. Это положение имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение для разработки мероприятий по лечению и профилактике злокачественных опухолей и прежде всего рака. Современная медицина располагает двумя путями эффективной профилактики злокачественных опухолей:

- 1) предупреждение развития предракового процесса;
- 2) лечение предракового процесса.



По отношению к ряду злокачественных опухолей полового аппарата женщины (и прежде всего раку шейки матки) своевременное преминение профилактических мероприятий является вполне доступным и высокоэффективным. Подробнее эти вопросы освещены в соответствующих разделах.

Лейкоплакия, дисплазия эпителия.

К предраковым заболеваниям шейки матки относятся лейкоплакия (некоторые эпителия формы), (дисплазия) базальноклеточная гиперактивность шейки матки. К потенциально опасным в отношении рака следует относить лишь лейкоплакии с пролиферацией клеток базального слоя и атипизмом эпителия. Они могут сочетаться с преинвазивным и инвазивным раком.

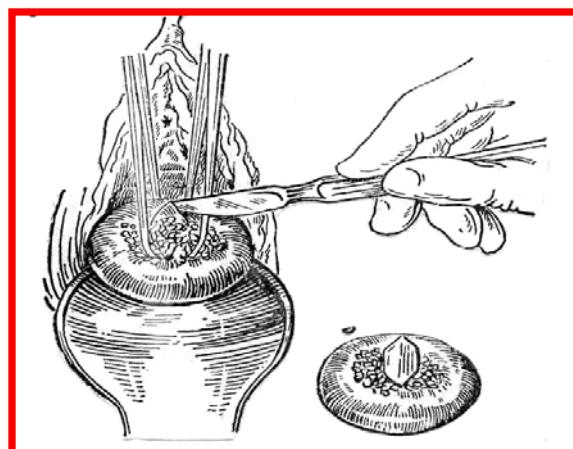
Клинические симптомы подобной лейкоплакии не представляют ничего характерного. Диагноз устанавливается при гистологическом исследовании препарата, полученного при цельной биопсии после кольпомикроскопии. Терапия заключается в диатермоконизации шейки матки с последующим наблюдением. При выявлении инвазивного рака показано расширенное удаление матки с придатками и лучевая терапия.

Дисплазия эпителия шейки матки встречается у больных 32 -38 лет, во время беременности в более раннем возрасте, в период менопаузы-редко. У молодых женщин дисплазия развивается преимущественно в эпителии влагалищной части шейки матки; в старшем возрасте патологический процесс переходит в шеечный канал. В этих случаях можно говорить о дисплазии резервных клеток. Этим термином обозначают мелкие клетки эпителиального вида, находящиеся часто под призматическим эпителием слизистой оболочки шеечного канала и желез, а также под низким многорядным эпителием переходной зоны. В основе дисплазии лежат анатомия и пролиферация базальных клеток, переходящие затем на вышележащие слои; в этом процессе участвуют и парабазальные клетки. Для дисплазии характерно полиморфизм клеток, прежде всего их ядер, увеличение размеров ядер, но без признаков полиморфизма, иногда васкуляризация, большое (до 90%) число митозов и патологических митозов (до 29%). Различают нерезкую и резко выраженные формы дисплазии. К первой относят случаи, когда пролиферирующий эпителий составляет половину эпитеального слоя. При резко выраженной форме патологически изменена большая часть эпитеального слоя, а также обнаруживается измененный эпителий с выраженным полиморфизмом и значительным количеством митозов лишь в глубоких слоях эпителия.

Симптоматология. При дисплазии эпителия шейки матки не наблюдается характерных симптомов. Часто определяются соответствующие изменения шейки матки: псевдоэррозия (до 85 %), эндоцервицит, лейкоплакия, преинвазивный и инвазивный рак шейки матки. У ряда больных отсутствует какие либо проявления.

Диагностика. Подозрение на дисплазию шейки матки может возникнуть при кольпомикроскопии и цитологическом исследовании, диагноз подтверждается путем гистологического исследования.

- Исследование при помощи зеркал.
- Цитологическое исследование.
- Гистологическое исследование.
- Кольпоскопическая биопсия.



П р о г н о з. Зависит от своевременной диагностики и рациональной терапии. В этих случаях его можно считать благоприятным.

Полипы слизистой оболочки шейки матки.

Обычно это слизистый полип. По вопросу о том, являются ли слизистые полипы истинной опухолью, результатом воспалительного процесса или нарушений гормональных функций яичников, нет единого мнения. Однако в пользу последнего взгляда говорит тот факт, что слизистые полипы шейки матки чаще наблюдается у женщин старше 40 лет, чем в молодом возрасте.

Роль воспалительного процесса в развитии полипа в настоящее время твердо не установлена. Злокачественного превращения слизистых полипов шейки матки не наблюдается.

Макроскопически подобное образование представляет в виде узлов различных размеров от нескольких миллиметров до 5-6 см, растущих в виде продолговатой формы полипа на ножке. В отдельных, сравнительно редких случаях, аденокарцинома шейки матки также имеет форму полипа.

С и м п т о м а т о л о г и я. Основными симптомами полипов шейки матки является бели (слизистые, примесью крови), иногда контактные кровотечения. Изредка наблюдаются некроз и инфицирование полипа.

Л е ч е н и е. При обнаружении полипа шейки матки показаны удаление его и гистологическое исследование. Полип на тонкой ножке удаляют путем откручивания. При толстой ножке необходимо наложение на нее лигатуры с последующим рассечением. Если при наличии полипа ациклические кровяные выделения, показано выскабливание слизистой оболочки шейки матки.

Предраковые заболевания эндометрия.

К этим заболеваниям относятся: атипическая гиперплазия, очаговый аденоматоз и аденоматизные полипы эндометрия. Макроскопически соскоб эндометрия при его предраковых изменениях не имеет характерных особенностей; слизистая оболочка бывает утолщенной, местами полипозного вида. Макроскопически атипическая гиперплазия и аденоматозные полипы эндометрия характеризуются пролиферацией желез и железного эпителия. Железистый эпителий часто бывает многорядным, иногда отличается полиморфизмом. Ядра желез эпителия палочковидной, овоидной или округлой формы. При атипической гиперплазии наблюдаются митозы. Предраковые изменения могут быть очаговыми или захватывать весь эндометрий; в последнем случае они часто выявляются на фоне железисто – кистозной гиперплазии.

Развитию предраковых изменений в эндометрии способствуют эстрогены (длительное их введение), эстрогенпродуцирующие опухоли, склерокистозные яичники.

С и м п т о м а т о л о г и я. Основным симптомом у молодых женщин являются ановуляторное кровотечение, у пожилых кровотечения в менопаузе.

К л и н и ч е с к о е т е ч е н и е. Предраковые изменения эндометрия могут подвергаться обратному развитию, длительно существовать без изменений. Переход в рак (особенно в менопаузе) возможен (по данным различных авторов) в 2 – 45 % случаев.

Д и а г н о с т и к а. Диагноз основывается на данных гистологического исследования соскоба эндометрия. Необходимо учитывать, что аденоматозные полипы часто локализуются у дна матки и в трубных углах.

П р о г н о з. Зависит от своевременного распознавания, постоянного наблюдения и рациональной терапии. В этих условиях он является благоприятным.

Л е ч е н и е. В молодом возрасте показана гормональная терапия для восстановления нормального менструального цикла. С этой целью применяют (с 5 – го дня после выскабливания) синтетические прогестины 17–оксипрогестеронкапронат на 5,12 и 19 – й день цикла по 125 – 250 мг внутримышечно и этинилэстрадиол по 1 таблетке (0,05г) с 5-го по 25 – й день цикла или инфекундин с 5 – го по 25 – й день цикла по 1 таблетке в течение 3–4 циклов.

Необходимо учитывать противопоказания: тромбофлебит, болезни печени. При резко выраженной атипической гиперплазии, аденоматозе и успехе гормональной терапии показано повторное гистологическое исследование соскоба эндометрия, яичников. При склерокистозных яичниках показана резекция их, при гормонопродуцирующей опухоли яичника – удаление её. У женщин старше 50 лет показана ампутация или экстирпация матки (в зависимости от состояние шейки матки).

Рак тела матки и шейки матки.

Рак шейки матки. Встречается у женщин в возрасте 40 – 50 лет и старше. Различают экзофитную, эндофитную и смешанную форму рака шейки матки.

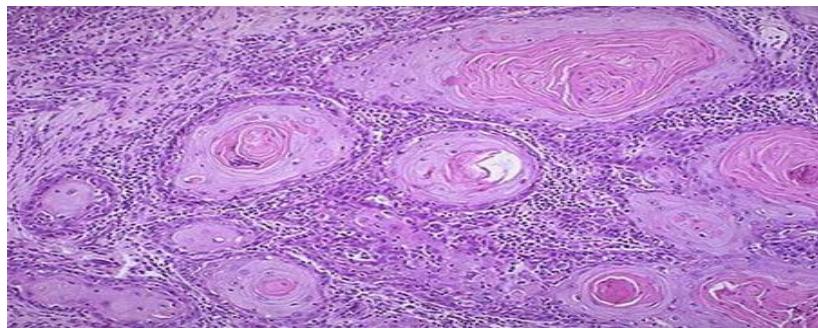
Экзофитная форма. Макроскопически опухоль представляется в виде цветной капусты. Процессы пролиферации преобладают над процессами распада.

Эндофитная форма. Раковая опухоль прорастает в толщу шейки матки; при ней преобладают процессы распада.

Шейка матки приобретает форму бочки, при распаде узла образуется обширная кратерообразная язва, появляются ациклические кровотечения.

По гистологическому строению различают плоскоклеточный и железистый рак шейки матки. Распространение рака происходит в основном по лимфатическим путям.

Гистологическое исследование

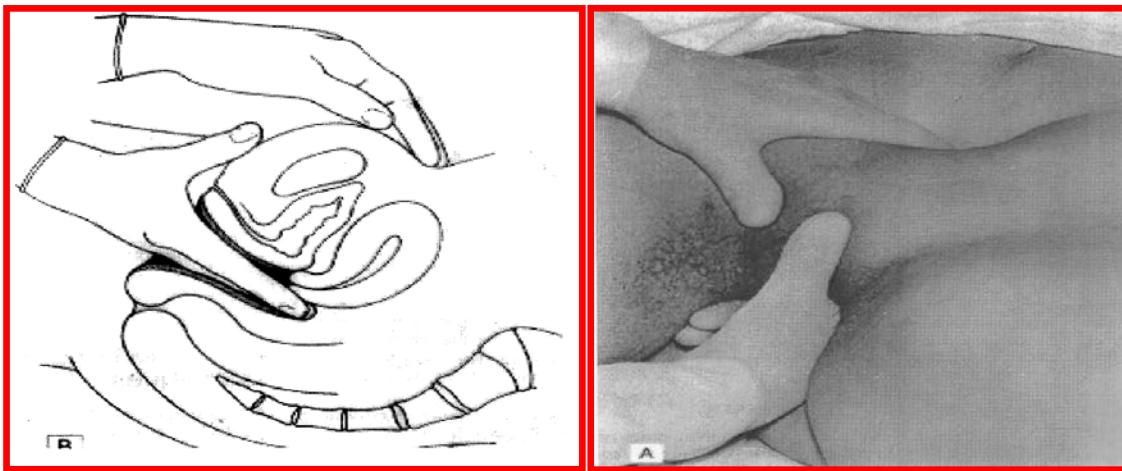


Клиника:

Рак шейки матки вначале на общем состоянии больных не отражается. Первыми сигнальными симптомами являются водянистые бели и контактные кровотечения. На последних стадиях присоединяются боли, симптомы со стороны соседних органов (дизурия, запоры).

Общие симптомы: Общее недомогание, боли, анемизация, потеря аппетита, нарушение сна, кахексия, температура, генерализованный сепсис, перитонит, пионефроз

Диагностика:



- Исследование при помощи зеркал;
- Влагалищное и прямокишечное исследование;
- Цитологическое исследование;
- Кольпоскопия;
- Прицельная биопсия;
- Гистологическое исследование;
- Проба Шиллера;
- Урологическое исследование.
- Осмотр при помощи зеркал
- Бимануальное вагино – абдоминальное исследование



Диф. диагностика:

- Эрозия шейки матки;
- Изъязвившийся эктропион;
- Туберкулёз;
- Сифилис;
- Мягкий шанкр;
- Выпадение матки.



Всемирная классификация ТНМ рака шейки матки (1985й):

Т – первичная опухоль.

Т_{ис} – преинвазивный рак (Са ин ситу).

Т₁ – рак тела матки.

T_{1a} – микроинвазивная карцинома (3 мм).

T_{1б} – инвазивная карцинома.

T₂ – рак, вышедший за пределы шейки матки.

T_{2a} – рак, инфильтрированный во влагалище.

T_{2б} – рак, инфильтрированный в параметрий.

T₃ – рак, инфильтрированный в 1/3 часть влагалища.

T_{3a} – карцинома 1/3 части влагалища.

T_{3б} – карцинома, распространившаяся в область малого таза.

T₄ – рак, распространившийся за пределы области малого таза.

Всемирная классификация ТНМ рака шейки матки (1985й):

H – Регионарные лимфатические узлы малого таза.

H₀ – метастазов нет.

H₁ – наличие метастазов.

H₂ – пальпируемые метастазы.

H_x – невозможное определение лимфатических узлов.

M – отдаленные метастазы.

M₁ – наличие отдаленных метастазов.

M_x – невозможное их определение

Клинико – анатомическая классификация

Стадия 0 – T_{ис}

Стадия I а – T_{1a}H₀M₀

Стадия I б – T_{1б}H₀M₀

Стадия II а – T_{2a}H₀M₀

Стадия II б – T_{2б}H₀M₀

Стадия III – T₃H₀M₀; T₁₋₃H₁M₀

Стадия IV – T₄M₁

Лечение:

И стадия – комбинированное лечение – оперативная и лучевая терапия.

Оперативное лечение – экстирпация матки вместе с периферическими и регионарными лимфатическими узлами (илиакальными, гипогастральными), малой подвздошной клетчатки и 1/3 верхней части влагалища. ИИ – ИИИ стадия–добавочная рентгено радионная лучевая терапия.

ИВ стадия– симптоматическое лечение.

Показания к лучевой терапии:

- Диссеминация ракового процесса.
- Гнойные процессы в полости малого таза.
- Генерализованная инфекция.
- Изменения крови (лейкопения).
- Тяжелые поражения печени.

Результаты лечения рака шейки матки :

И стадия – здоровые в течение 5 лет и больше – 78,1%;

ИИ стадия – здоровые в течение 5 лет и больше – 57%;

ИИИ стадия – 31%;

ИВ стадия – 7,8%;

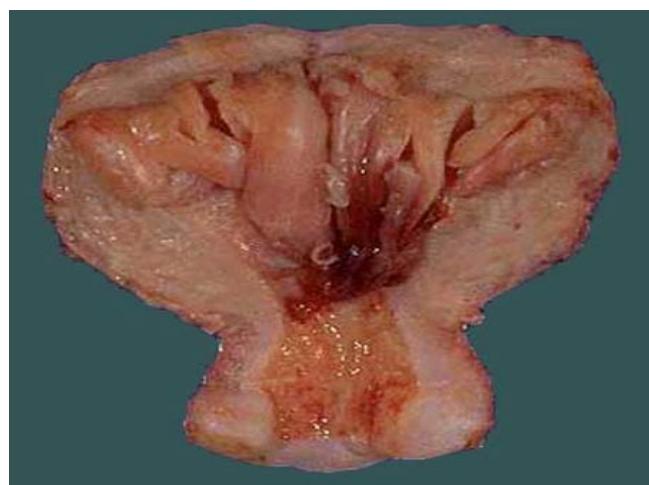
Все стадии – 55%.

Рак тела матки

Наблюдается у женщин старше 50 лет. Встречается в 10 раз меньше, чем рак шейки матки.

Различают 2 вида рака тела матки:

- ✓ Ограниченный;
- ✓ Диффузный.



Клиника:

Кровотечения, молочные, гнойные, кровянистые бели и боль (при метастазах). Развивается очень медленно, до появления первых жалоб проходит 2 года.

Смерть может наступить от кахексии, метастазов, сепсиса и перитонита.

Клинико – анатомическая классификация

Стадия 0 – Т_{ис}

Стадия И – Т₁Н₀М₀

Стадия ИИ – Т₂Н₀М₀

Стадия ИИИ – Т₃Н₀М₀; Т₁₋₃Н₁М₀

Стадия ИВ – Т₄М₁

Причины поздней диагностики раковых заболеваний:

1. Незнание женщиной симптомов рака;
2. Бессимптомное развитие рака;
3. Недостаточное обследование больных;
4. Недостаточная квалификация врачей и среднего мед.персонала.

Практическое занятие № 11

Бесплодный брак. Методы контрацепции.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<p>Вводное слово Определение и цели Бесплодный брак. Вопросы контрацепции.</p> <p>Основные положения цели Бесплодный брак. Вопросы контрацепции Определяющие компоненты и составные цели Бесплодный брак. Вопросы контрацепции</p>

Цель практического занятия: дать представление о «Бесплодный брак. Вопросы контрацепции

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Бесплодный брак. Вопросы контрацепции	Основную сущность темы Бесплодный брак. Вопросы контрацепции
Разобрать основные методы исследования	Усвоить основные методы исследования
Дать представление об основных	Иметь представление об основных

направлениях в Бесплодный брак Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	направлениях Бесплодный брак . Иметь понятие об основных приёмах и методах исследований
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	<p>Вступительное слово о Бесплодный брак. Вопросы контрацепции</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	<p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>1. Назовите причины женского бесплодия. 2. Назовите причины мужского бесплодия. 3. Классификация бесплодия. 4. Ведение женщин с первичным бесплодием. 5. Диагностика женского бесплодия. 6. Лечение бесплодия.</p>	<p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	<p>Подводит итог практического занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов.</p>	

	<p>Поощряет активное участие студентов в практического занятия.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Вопросы по теме

- 1.Назовите причины женского бесплодия.
2. Назовите причины мужского бесплодия.
- 3.Классификация бесплодия.
- 4.Ведение женщин с первичным бесплодием.
- 5.Диагностика женского бесплодия.
- 6.Лечение бесплодия.

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

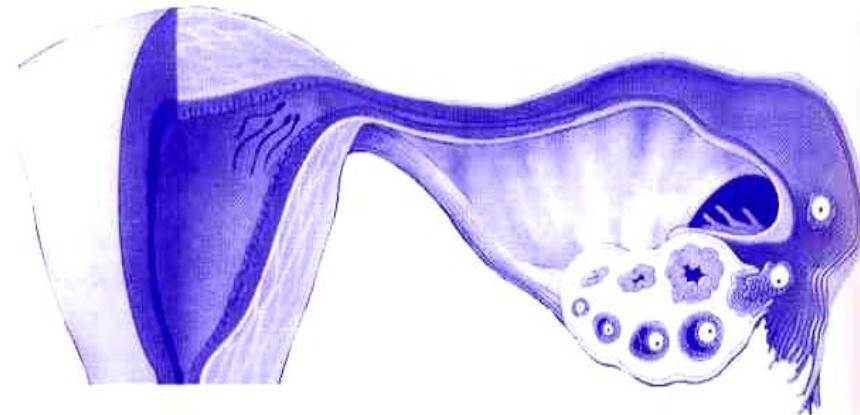
Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

- 1.Предварительно педагог подготовливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Бесплодие – отсутствие беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения.



Частота бесплодных браков

Колеблется от 10 до 20%. При частоте, превышающей 15%, бесплодие является одним из факторов, определяющих демографическую ситуацию в регионе. Различают первичное и вторичное бесплодие.

Определения «первичное» и «вторичное» бесплодие относятся только к женщине. Если у женщины никогда не было беременности — это **первичное бесплодие**. Если у нее была хотя бы одна беременность, то независимо от того, чем она закончилась (родами, абортом, выкидышем, внематочной беременностью), последующее бесплодие считается вторичным.

Причины женского бесплодия.

- ✓ Отсутствие овуляции 15-20%
- ✓ Заболевания придатков матки 20-30%
- ✓ Различные гинекологические заболевания 15-25 %
- ✓ Иммунологическое бесплодие 3-4%
- ✓ Эндокринное бесплодие.

Эндокринное бесплодие – это бесплодие, характеризующееся нарушением процесса овуляции.

Эндокринное бесплодие встречается 4-40 %

Ановуляция – одна из наиболее частых причин бесплодия. Хроническая ановуляция – гетерогенная группа патологических состояний, характеризующаяся нарушением циклических процессов в гипоталамо – гипофизарно – яичниковой системе. Многообразие клинических, биохимических, морфологических нарушений характерно для этого состояния. Клинический спектр представлен ДМК, олигоменореей, amenореей, при наличии или отсутствии галактореи, гирсутизма, а в ряде случаев вирилизации. Содержание в крови андрогенов и ЛГ при ановуляции может быть как нормальным, так и достигать высоких цифр. Размеры яичников также варьируют в широких пределах – от нормальных до увеличенных в несколько раз.

Лечение ановуляции

При гиперпролактенимии парлодел (1,25-2,5 мг/сут/ если содержание пролактина в норме, затем кломифен (по обычной схеме: с 5го по 9-й день цикла по 50 мг, при недостаточном эффекте дозу можно увеличить до 100-150 мг/сутки), ХГ(по 2000-3000 МЕ на 2-4-6 день повышения базальной температуры)

В связи с нарушениями в гипоталамо-гипофизарной системе (→ ановуляция. ЛТ↓ « гестагенный тест+ (кломифен, ХГ, пергонал)

Эстроген ↓ в состоянии отрицательного гестагенного теста (ХГ, пергонал или РГЛГ)

Андрогенемия, связанная с недостаточностью функции яичников: (дексаметазон (по 0,25 – 0,5 мг\сутки) + кломифен+ХГ)

При гиперандрогенемии яичников ↑ экскреция эстрогенов и при поликистозе яичников (гестоген + кломифен и агонист РГЛГ + ХГ).

Недостаточность лuteиновой фазы менструального цикла. (НЛФ)

Это нарушение функции яичников, характеризующееся гипофункцией желтого тела яичника. Недостаточный синтез прогестерона ведет к недостаточной секреторной трансформации эндометрия, изменению функции маточных труб, нарушению имплантации оплодотворенной яйцеклетки, что клинически проявляется бесплодием либо спонтанным выкидышем в I триместре беременности. Известно, что в фолликулярную фазу менструального цикла продукция прогестерона практически постоянно остается на низком уровне. Увеличение его концентрации начинается за 1-2 дня до овуляции и достигает самой высокой концентрации на 7-8-й день лuteиновой фазы цикла. Полагают, что механизмы, контролирующие функцию желтого тела, включают факторы, вырабатываемые самим желтым телом, и внеовариальные факторы. К ним относятся белки, пептиды, стероиды и ПГ, действующие независимо друг от друга и совместно. Существенная роль в регуляции функции желтого тела принадлежит также окситации, возопрессину, особенно в комбинации с ЛГ, ПРЛ, эстрогенами или ПГ. Влияние РГЛГ на функцию желтого тела до настоящего времени неясно, хотя имеются данные об ингибирующем его действии.

Причины НЛФ:

- ✓ Дисфункция гипоталамо – гипофизарной системы, возникшая после физического и психического стресса, травм, нейроинфекции и д.р. Установлено, что при НЛФ уровень ФСГ ниже чем у здоровых женщин.
- ✓ Гиперандрогенемия яичникового, надпочечникового или смешанного генеза.
- ✓ Функциональная гиперпролактениемия. НЛФ может развиваться в результате влияния высоких концентраций пролактина на секрецию и освобождение гонодотропных гормонов, а также ингибировать стероидогенез в яичниках.
- ✓ Затяжной воспалительный процесс в придатках матки.
- ✓ Патология желтого тела, обусловленная биохимическими изменениями в перитониальной жидкости (повышенное содержание простогландинов и их метаболитов, макрофагов, пероксидазы).
- ✓ Гипо или гипертиреоз.

Диагностика НЛФ.

Основным симптомом НЛФ могут быть бесплодие или скудные кровянистые выделения за 4-й 5-й дней до начала менструации. При постановки диагноза применяют следующие методы.

1. Традиционным методом является измерение базальной температуры. При нормальной функции желтого тела продолжительность лuteиновой фазы составляет 11-14 дней независимо от продолжительности менструального цикла. НЛФ характеризуется укорочением второй фазы цикла, разница температуры в обе фазы цикла составляет менее 0,6 °C.

2. Оценка уровня прогестерона в крови, определение экскреции прегнандиола с мочой. Начинают исследование не ранее 4-5 – го дня подъема ректальной температуры, так как пик синтеза прогестерона приходится на 7-8 – й день после овуляции. При НЛФ уровень прогестерона снижен. Идеальным является определение его уровня в течение второй фазы менструального цикла в 3-5 раз. Уровень прогестерона в плазме крови 9-80 нмоль\литр и прегнандиола в моче более 3 мг\сутки является показателем удовлетворительной функции жёлтого тела.
3. При биопсии эндометрия, проводимой за 2-3 дня до начала менструации, выявляется недостаточность секреторной трансформации эндометрия.
4. УЗ –сканирование роста фолликулов и толщины эндометрия в динамике менструального цикла позволяет предположить НЛФ.
5. Лапароскопия, произведенная после овуляции, позволяет наблюдать «стигму» на месте овулировавшего фолликула, хотя наличие овуляции ещё не означает полноценную функцию желтого тела.

Лечение НЛФ.

- ✓ Раствор прогестерона во вторую фазу цикла за 10 дней до начала менструации.
- ✓ Хориальный гонадотропин предпочтительно вводить на 2-4-6 – й день повышения базальной температуры по 1500-2000 МЕ.
- ✓ Комбинированные эстроген – гестагенные препараты назначают с целью ребоуд – эффекта в течение 2-3 курсов.
- ✓ Кломифен по обычной схеме: с 5-го по 9-й день цикла по 50 мг, при недостаточном эффекте дозу можно увеличить до 100-150 мг.
- ✓ При гиперпролактинемии рекомендуется лечение парладелом по 2,5-7,5 мг сутки в течение 4-6 циклов.
- ✓ При гиперандрогении назначают дексаметазон по 0,25-0,5 мг сутки с кломифеном.

Профилактика НЛФ.

Заключается в предупреждение тех патологических состояний, которые способствуют развитию НЛФ.

Синдром лютенизации неовулировавшего фолликула

Это преждевременная лютенизация предовуляторного фолликула без овуляции, характеризующаяся циклическими изменениями секреции прогестерона и несколько запоздалой секреторной трансформацией эндометрия, основным клиническим симптомом является бесплодие.

Причины: Не известны.

Патогенез: Фолликул увеличивается до 35 мм но не разрывается а уменьшается. Наблюдается гиперандрогенемия и обменные нарушения в яичниках.

Диагностика:

- УЗИ (плато-эффект)
- Лапароскопия (геморагическая зона без стигмы)

Лечение ЛНФ синдрома.

Специального лечения ЛНФ – синдрома не существует.

В настоящее время существует 5 основных методов лечения ановуляции.

- ✓ Стимуляция овуляции при гиперпролактинемии достигается назначением парлодела по 1,25 – 2,5 мг\сутки после нормализации уровня пролактина назначают кломифен, ХГ, пергонал.
- ✓ При дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы с ановуляции, низким уровне ЛГ, положительным гестогеновым тестом применяют кломифен, ХГ, пергонал.
- ✓ При выпадении отдельных функций гипоталамо-гипофизарной системы с низким уровнем эстрогенов, отрицательным гестагеновым тестом проводят терапию ХГ, Пергоналом: лишь при реактивности гипофиза предпринимают попытку использования РГЛГ.
- ✓ При гиперандрогенемии надпочечникового генеза требуется назначение кортикостероидов в сочетании с кломифеном, ХГ или пергоналом.
- ✓ При яичниковой гиперандрогинемии с высоким уровнем экскреции эстрогенов, ЛГ и поликистозом яичников используют гестогены с сочетанием с кломифеном или с перганаолом и ХГ, а также РГЛГ и его агонисты, позволяющие активировать созревание фолликулов в яичниках.

Трубно-перитонеальное бесплодие и как часто оно встречается?

Так называется сочетание трубного и перитонеального бесплодия. Среди причин женского бесплодия доля трубного и перитонеального бесплодия достигает 70%.

О трубном бесплодии говорят, когда маточные трубы не способны выполнять свою функцию. Причиной трубного бесплодия могут быть:

- нарушение функции маточных труб, инфантилизм (недоразвитие);
- органическое поражение маточных труб;
- отсутствие маточных труб.

Принято выделять 2 основные формы трубного бесплодия:

- ✓ Нарушение функции маточных труб.
- ✓ Органические поражения маточных труб.

К функциональным расстройствам относится нарушение сократительной активности маточных труб: гипертонус, гипотонус, дискоординация.

Органические поражения маточных труб включают непроходимость, спайки, перекрут, стерилизацию и др.

Физиология маточных труб.

Маточные трубы имеют сложную нейрогормональную регуляцию, направленную на обеспечение транспортной функции в системе репродукции. Физиологические процессы, при происходящие в маточных трубах, обеспечивают приём сперматозоидов и яйцеклетки, питание и транспорт гамет и эмбриона.

Перитонеальная форма бесплодия

Развивается как следствие воспалительных заболеваний в половых органах, после оперативных вмешательств на половых органах, органах малого таза и брюшной полости. Установлена прямая зависимость степени распространённости спаечного процесса в малом тазу от количества проведенных гидротубаций, а также роль масляных растворов, используемых при ГСГ.

Диагностика трубного бесплодия.

1. Анамнез
2. Хронические воспалительные заболевания половых и других органов и систем.
3. Особенности течения послеабортных, послеродовых, послеоперационных периодов.
4. Наличие синдрома тазовых болей, боли при половом сношении, альгодисменорея.
5. Характер предшествующей контрацепции и длительность её применения.
6. Частота половых сношений, смена партнёров, воспалительные заболевания у партнеров, характер болей.
7. ГСГ
8. Лапароскопия

Диагностика перитонеальной формы бесплодия.

Важную роль играют данные анамнеза, указания на перенесенные воспалительные заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости. Особого внимание заслуживают частые инвазивные процедуры: ГСГ, гидротубации и диагностические выскабливания.

Лечение функционального трубного бесплодия.

Предполагает использование психотерапии, седативных средств, транквилизаторов, спазмолитических препаратов, блокаторов простагландинов (напросин, индометацин) в предовуляторные дни цикла, коррекцию гормональных нарушений. Широкое применение нашла бальнеотерапия – сероводородные ванны.

Лечение трубного бесплодия при органических поражениях маточных труб

- ✓ Применяют как консервативное, так и оперативное лечение.
- ✓ Консервативная терапия, применяемая при лечении хронического воспаления придатков матки, недостаточно эффективна. При длительном консервативном лечении развиваются грубые анатомо – функциональные нарушения в трубах: дистрофические изменения, срастание складок слизистой оболочки, развитие соединительной ткани в слизистом и мышечном слое нарушается рецепторный аппарат, чувствительность которого к гормонам и без того снижена вследствие хронического воспаления, что обуславливает нарушение процессов стероидогенеза.

При отсутствии эффекта от комплексной консервативной терапии трубного бесплодия в течение 1,5-2 лет показано применение хирургических, в частности микрохирургических методов лечения.

Лечение перитониальной формы бесплодия.

Оптимальным является противовоспалительная терапия (продигиозан, антибактериальные препараты, физические факторы). Отсутствие беременности в течение 6-12 мес. после проведенного лечения является показанием к лапароскопии.

Профилактика трубного бесплодия.

Предусматривает профилактику и своевременное лечение воспалительных заболеваний половых органов супружес, рациональное ведение родов и послеродового периода, своевременную диагностику и лечение аппендицита.

Гинекологические заболевания, приводящие к бесплодию

- ✓ Аменорея
- ✓ Внутриматочные синехии

- ✓ Заболевания шейки матки
- ✓ Иммунологические
- ✓ Психогенные

Некоторые гинекологические заболевания как причина бесплодия.

Маточная форма аменореи. Причинами данной аменореи могут быть повторные диагностические выскабливания слизистой оболочки матки: послеродовые и послеоперационные осложнения; воздействие химических прижигающих веществ; эндометриты различной этиологии.

Диагностика.

- ✓ Субъективные ощущения циклических изменений в организме при сохранённой функции яичников.
- ✓ Обследование по тестам функциональной диагностики и определение уровней Е2 и прогестерона указывает на сохранение функции яичников.
- ✓ Гормональные пробы с прогестероном, комбинированными эстрогенами – гестагенами препаратами в циклическом режиме отрицательные.
- ✓ При ГСГ и УЗИ слизистая оболочка матки истончена или имеются внутриматочные синехии.
- ✓ Гистероскопия позволяет уточнить расположение и характер синехий.

Лечение

Разрушение синехий под контролем гистероскопии, введение ВМС на 2-3 менструальных цикла с назначением циклической гормонотерапии. При атрофии эндометрия, сохраненной или несколько сниженной функции яичников.

Прогноз: при маточной форме аменореи довольно сложный и зависит от степени и глубины поражения базального слоя эндометрия.

Эндометриоз

Эндометриоз (эндометриоидные гетеротопии) представляет собой патологический процесс, при котором в миометрии или других органах половой системы и вне ее возникают включения (очаги), структура которых характеризуется наличием эпителиальных и стромальных элементов, присущих эндометрию. В ткани эндометриоза происходят более или менее выраженные изменения соответственно фазам менструального цикла.



В соответствии с локализацией процесса выделяют:

- 1) эндометриоз генитальный — внутренний и наружный.
- 2) экстрагенитальный эндометриоз.

К внутреннему эндометриозу относится процесс, развивающийся в мышечной оболочке матки (внутренний эндометриоз тела матки, adenомиоз), перешейка и шейки матки. К наружному — эндометриоз труб, яичников, крестцово – маточных и широких маточных связок, брюшины маточно – прямокишечного углубления. К экстрагенитальной группе относятся эндометриоз

мочевого пузыря, кишечника, послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, почек, легких, конъюнктивы и других локализаций.

Патогенез:

Патогенез генитального эндометриоза сложен. Определенное значение придается наследственному фактору, учитывая наблюдения семейной предрасположенности к эндометриозу. Предполагается, что возникновение эндометриоза осуществляется мультифакториальной наследственностью (сумма генетических и средовых факторов).

Клиническая картина различных форм эндометриоза:

1. Характерно длительное, нередко прогрессирующее течение заболевания. Самопроизвольный регресс возможен в постменопаузальном периоде.
2. Наиболее постоянным симптомом являются боли, появляющиеся или резко усиливающиеся в предменструальные дни и во время менструации; при длительном и тяжелом течении эндометриоза болевые ощущения беспокоят и после ее окончания. Болевые ощущения нетипичны для эндометриоза влагалищной части шейки матки, иногда они не выражены при малых очагах эндометриоза брюшины малого таза.
3. Наблюдается некоторое увеличение размеров пораженного органа (матка, яичник) или эстрогенитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.
4. Характерны нарушения менструальной функции, выражющиеся чаще всего в альгоменорее. При внутреннем и наружном эндометриозе наблюдаются и другие расстройства — меноррагии, пре и постменструальные кровяные выделения, нарушение ритма менструаций и др.
5. Бесплодие — частый спутник внутреннего и наружного эндометриоза. Причины этой патологии различны: ановуляция, неполноценная секреторная фаза, спаечный процесс в малом тазу (периофорит, нарушение проходимости маточных труб и др.), изменения в эндометрии и др.

Почему при эндометриозе возникает бесплодие? Как часто эндометриоз является причиной бесплодия?

Если очаги эндометриоза локализуются на маточных трубах, яичниках, стенках малого таза, циклические кровянистые выделения из этих очагов попадают в брюшную полость и приводят к формированию спаек между органами, что в свою очередь, нарушает проходимость маточных труб и делает невозможным попадание яйцеклетки из яичника в маточную трубу и ее оплодотворение сперматозоидом. Кроме этого, при эндометриозе в яичниках часто (в 17-27% случаях) нарушаются процессы созревания фолликула и овуляции (выхода яйцеклетки из лопнувшего фолликула), а также страдает функция желтого тела.

При эндометриозе вырабатываются особые вещества (интерлейкины, фактор распада опухоли), нарушается иммунитет и активизируются специальные клетки (макрофаги, лейкоциты), которые подавляют подвижность сперматозоидов, затрудняя оплодотворение яйцеклетки и препятствуют нормальному развитию беременности, приводя к самопроизвольным выкидышам.

Эти факторы приводят к тому, что эндометриоз является причиной бесплодия в 5-33% случаев.

Методы диагностики эндометриоза

Диагноз эндометриоза ставится на основании клинических симптомов (жалоб пациентов), данных гинекологического осмотра. В связи со схожестью симптомов эндометриоза с целым рядом

других заболеваний (воспалительные заболевания гениталий, опухолевые образования матки и яичников), а также наличием случаев бессимптомного течения этого заболевания, для постановки точного диагноза часто приходится прибегать к специальным методам исследования (ультразвуковая диагностика, лапароскопия, гистеросальпингография и др.).

Диагностика и лечение

- ✓ Распознавание эндометриоза половых органов нередко представляет сложную задачу. Однако в последние годы в связи с внедрением эндоскопических методов исследования и развитием учения о данном заболевании его диагностика значительно улучшилась.
- ✓ Распознавание эндометриоза основано на учете и анализе данных анамнеза, общепринятых методов объективного и результатов специальных методов исследования.

Лечение генитального эндометриоза.

Общие принципы.

Лечение эндометриоза должно быть комплексным, дифференцированным; следует учитывать возраст больной, ее отношение к репродуктивной функции, особенности личности локализацию, распространность и тяжесть течения процесса сочетание с воспалительным процессом, его последствия (рубцово-спаечные процессы), гиперпластические процессы эндометрия и деструктивные изменения в яичниках и матке.

Основные этапы неоперативного и хирургического лечения эндометриоза завершаются реабилитационным лечением, цель которого — устранение остаточных нарушений, восстановление трудоспособности и других видов социальной активности.

В нашей стране принят циклический прием препаратов с 5-го по 25-й день менструального цикла с 7-дневным интервалом. Сторонники этого метода считают его более физиологичным. Длительность приема препаратов определяется локализацией и распространностью эндометриоза.

В последние годы успешно применяют даназол — производное тестостерона, обладающее выраженным антигонадотропным действием при сниженном андрогенном эффекте. Есть данные об эффективности антиэстрогена тамоксифена (цито-зониума), который блокирует эстрогенрецепторы цитоплазмы клеток эндометриоидных очагов. Г. Ҳабер, Ж. Бехелак (1987) лапароскопическим исследованием подтвердили исчезновение эндометриоидных очагов после длительного применения тамоксифена. (При выраженным болевом синдроме и у женщин пременопаузального возраста применяют препараты андрогенов (смесь разных эфиров тестостерона

Комбинированная терапия

Используется комбинированная терапия наружного эндометриоза, включающая три этапа:

- 1) эндокоагуляция очагов эндометриоза, рассечение спаек (перитубарных и перитонеальных) во время лапароскопии;
- 2) прием даназола в течение 3—9 мес. в дозе до 400 мг в день;
- 3) повторная лапароскопия и при необходимости рассечение оставшихся спаек и эндокоагуляция оставшихся очагов эндометриоза. Беременность после этой терапии наблюдалась у 46 % женщин

Учитывая роль иммунной системы в развитии эндометриоза, очевидно, плодотворным будет поиск в применении иммуномодуляторов. Появились отдельные сообщения о благоприятном действии левамизола при комплексной терапии эндометриоза.

Хирургическое лечение эндометриоза применяют при узловатых формахadenомиоза, сочетании диффузной формы adenомиоза с миомой, adenомиозе III степени, при наличии эндометриоидных кист яичников и распространенном ретроцервикальном эндометриозе. Непременным условием эффективности хирургического лечения является применение гормонотерапии после операции в течение не менее 2—3 мес. во избежание рецидивов, поскольку гарантии полного удаления эндометриоидных гетеротопий при наружном эндометриозе не может быть.

Цервикальное бесплодие

Через канал шейки матки (цервикальный канал) сперматозоиды попадают в полость матки. Нарушение проходимости цервикального канала может быть вызвано врожденным неправильным развитием или рубцово – спаечной деформацией после травмы в родах или во время аборта и быть причиной бесплодия. Иногда слизь цервикального канала может иметь слишком высокую вязкость, в ней могут содержаться антиспермальные антитела, блокирующие подвижность сперматозоидов. Такое бесплодие называют цервикальным.

Лечение.

Противоспалительное: нормализация функций яичников; барьерная терапия при наличии антител к сперматозоидам предполагает использование презерватива в течение 6 мес. либо применяется внутриматочная инсеминация;

При анатомических изменениях показаны реконструктивно – пластические операции.

Иммунологическое бесплодие

К иммунологическому бесплодию относят случаи, когда в организме женщины или мужчины вырабатываются специфические белки (антитела) против сперматозоидов. Эти антитела подавляют подвижность сперматозоидов и угнетают их способность к оплодотворению яйцеклетки. Антиспермальные антитела могут быть в крови женщины, в шеечной слизи, в секрете матки маточных труб. Именно эти случаи чаще всего имеют в виду, говоря о бесплодии, вызванном несовместимостью супругов. В случаях, когда организм

мужчины сам вырабатывает антиспермальные антитела, их называют аутоиммунными (от греч. *Ауто-«сам»*). Аутоиммунные антитела прикрепляются прямо к сперматозоидам. Из-за этого они начинают склеиваться между собой, теряют способность к передвижению.

В последнее время появились публикации об антителах к хорионическому гонадотропину (гормону, который вырабатывает плодное яйцо и который стимулирует секрецию прогестерона желтым телом) как причине бесплодия и неудач в его лечении. Однако, чтобы дать окончательную оценку сообщающимся фактам, необходимо проведение дополнительных исследований. Появление антител рассматривается специалистами как частное проявление общих нарушений в иммунной системе. Иммунологические нарушения могут сочетаться с любой другой формой бесплодия, быть причиной невынашивания наступившей в результате лечения беременности, поэтому исследования состояния иммунной системы входят в комплексное обследование бесплодных супружеских пар.

Пробы на биологическую совместимость.

Для характеристики совместимости спермы, влагалищных и шеечных выделений применяется проба Шуварского – Хунера.

При её выполнении необходимо соблюдать следующие правила: супругам рекомендуют половое воздержание в течение 4-5 дней; женщина приходит для исследования через 1,5 – 2 часа после полового сношения. Раздельно берут содержимое из заднего свода влагалища и канала щейки матки с помощью однограммового щипца, введенного без иглы в канал шейки матки. Наносят на 2 сухих предметных стекла, исследуют под микроскопом. Определяют от 5 до 15 хорошо подвижных сперматозоидов, проба положительная (++); меньше 5 сперматозоидов проба слабо положительная (+); неподвижные сперматозоиды или необнаруживаются пробу считают отрицательной (-).

Проба проводится с 12 – 16 день менструального цикла. При двукратной отрицательной пробе проверяют пробой Курцрока – Миллера. Каплю спермы не позже чем через 1,5 часа после её получение наносят на одно предметное стекло с каплей цервикальной слизи, на расстоянии 3 мм. одна от другой. Покрывают одним покрывным стеклом. При положительной пробе сперматозоиды скапливаются у границы слизи, по направлению головками к слизи. Результаты читают через 10-20 мин.

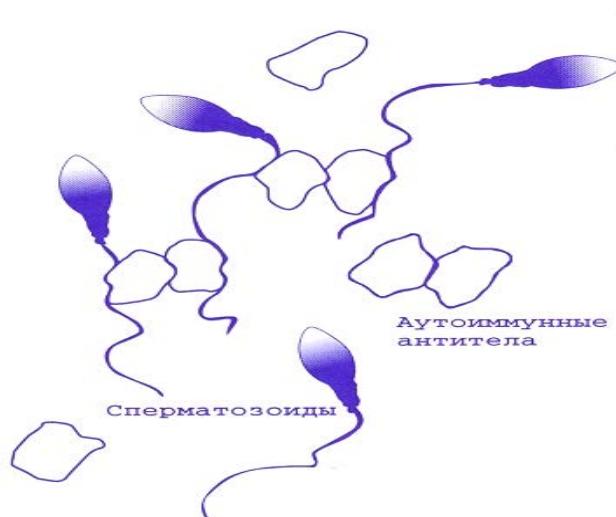
Лечение

Призерватив до 6 мес, глюкокортикоидные препараты женщине, использование методов развидения спермы (снижение концентрации антител) и отделение нормальных сперматозоидов от функционально неполноценных.

Психогенные факторы бесплодия.

У подавляющего большинства женщин с бесплодием выявляются различные нарушения психоэмоциональной сферы: чувство неполноценности, одиночества, истерические состояния в период очередной менструации.

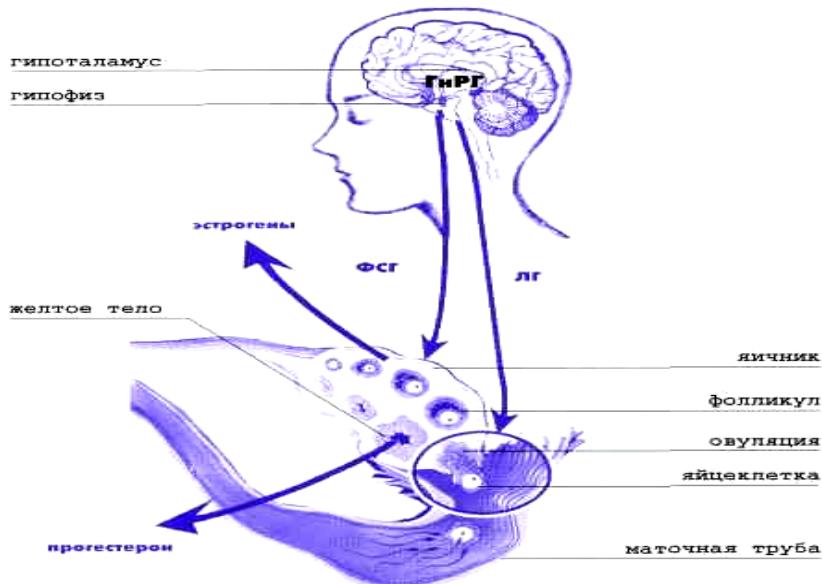
Показано наблюдение этой группы женщин у невропатолога, психоневролога.



Методы обследования бесплодных женщин.

Систематизация сроков проведения основных методов обследования женщин с бесплодием.

1. Тесты функциональной диагностики 2-3 цикла.
2. Гормональные исследования (ЛГ, ФСГ, Пролактин, тестостерон, ДЭА) на 3-5 й день менструального цикла; в середине цикла и во вторую фазу;
3. ГСГ на 6-8-й день менструального цикла;
4. УЗ-биометрия роста фолликулов на 8-14-й день менструального цикла.
5. Посткоитальные тесты – на 12-14-й день менструального цикла.
6. Лапароскопия на 18-й день менструального цикла.
7. Определение уровня прогестерона на 19-24 –й день менструального цикла.
8. Биопсия эндометрия за 2-3-й дня до начала менструации.



Базальная температура и ее измерение

На основании полученных результатов строится график базальной температуры. Под влиянием гормона желтого тела прогестерона) базальная температура в середине менструального цикла повышается на 0,4°C (до 37°C и выше) и держится на этом уровне в течение 12-14 дней, снижаясь до 36,6°C за 1-2 дня до месячных. Такая температурная кривая называется двухфазной и свидетельствует о нормальном овуляторном менструальном цикле. Если базальная температура в течение всего менструального цикла держится ниже 37°C, ее называют монофазной (однофазной). Это, как правило, бывает при отсутствии овуляции.

Базальная температура и ее измерение

Базальная температура — это температура, измеряемая обычно в прямой кишке (возможно во рту или во влагалище) с соблюдением определенных условий:

- в течение всего менструального цикла;
- в одной и той же области;
- утром, сразу после сна, не вставая с постели;
- в одно и то же время;
- одним и тем же градусником, вводя его в прямую кишку на 4-5 см;

- в течение 5-7 минут;
- в течение 2-3-х менструальных циклов.

Цели проведения гормонального исследования

Гормональные исследования позволяют определить концентрацию различных гормонов в крови и оценить таким образом функцию не только яичников, но и других эндокринных желез (гипофиза, щитовидной железы, надпочечников), влияющих на репродуктивную (детородную) функцию. В связи с цикличностью процессов в организме женщины анализ крови на гормоны должен быть сделан на 2-5 и 20-23 дни менструального цикла. Иногда для уточнения характера гормональных нарушений требуется проведение специальных гормональных проб.

Подготовка больных к анализу на гормоны

Кровь на гормоны должна быть сдана натощак в состоянии эмоциональной стабильности; обязателен половой покой накануне сдачи анализа. За 2 недели до исследования необходимо прекратить приём антибиотиков, антикоагулянтов, сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, салицилатов и гормонов, если они не были специально назначены врачом, проводящим исследование.

ГСГ

ГСГ (гистеросальпингография) — это до недавнего времени самый распространенный метод рентгенологического исследования состояния полости матки и проходимости маточных труб. Для того чтобы получить рентгеновские снимки матки и маточных труб, их необходимо заполнить с помощью специального катетера рентгеноконтрастным раствором через канал шейки матки — цервикальный канал. Свободное поступление контрастного вещества в маточные трубы и истечение его в брюшную полость свидетельствуют о проходимости маточных труб. ГСГ позволяет выявить полипы эндометрия, подслизистую миому и пороки развития матки. Недавно был разработан специальный контраст для ультразвуковых лучей и стало возможным проводить ГСГ под контролем УЗИ.

Ультразвуковой мониторинг

Ультразвуковой мониторинг — это наблюдение с помощью УЗИ (ультразвуковое исследование) за изменениями, происходящими в яичниках и матке в течение менструального цикла.

Лапароскопия — это операция, во время которой через микроразрезы на животе в брюшную полость вводят специальные инструменты, оснащенные оптикой. Лапароскопия позволяет увидеть глазом внутренние половые органы женщины и получить благодаря этому исчерпывающую информацию об их состоянии, выявить заболевания, которые невозможно диагностировать с помощью обычного гинекологического исследования, УЗИ, ГСГ. Кроме этого, важным преимуществом лапароскопии является возможность проведения одномоментного хирургического лечения обнаруженной патологии.

Гистероскопия.

Гистероскопия — это осмотр полости матки с помощью вводимой через влагалище и канал шейки матки оптической системы, подобной той, что применяется для лапароскопии только с использованием других специальных инструментов. Гистероскопия дает больше важной информации о состоянии полости матки, чем ГСГ. Во время гистероскопии можно сделать прицельную биопсию эндометрия, удалить полип, удалить из полости матки миоматозный узел или перегородку (вариант порока развития матки).

Биопсия эндометрия

Биопсия эндометрия — это забор кусочка эндометрия для гистологического (под микроскопом) исследования, что позволяет выявить целый ряд заболеваний, которые могут быть причиной бесплодия и неудач в ЭКО.

Мужское бесплодие

Наиболее частой причиной мужского бесплодия является изменение физиологических свойств спермы, зависящее от нарушения функции половых желез. Как известно, процесс сперматогенеза осуществляется в результате нормальной деятельности системы гипоталамус — гипофиз — testiculae. Нормальному ходу сперматогенеза способствует наличие барьера (собственная оболочка семенных канальцев, эндотелия сосудов), который обуславливает оптимальную среду питания, гормональный гомеостаз и защиту развивающихся сперматозоидов от проникновения из крови повреждающих веществ. Нарушение этого гемато — testiculярного барьера может произойти под влиянием воспалительных заболеваний, травм, повреждающих физических и химических факторов. В подобных случаях возможно изменение процесса сперматогенеза, ведущее к бесплодию.

Свойства спермы могут измениться при следующих заболеваниях:

1. Нейроэндокринных расстройствах, нарушающих нормальное взаимодействие в системе гипоталамус — гипофиз — testiculae.
2. При алкоголизме
3. **Морфинизме**
4. При воспалительных заболеваниях (орхит, эпидидимит), особенно гонорейной этиологии.
5. Рубцовые изменения в семявыводящем протоке и придатке семенника.
6. Пороки развития уретры (гипоспадия, эписпадия)

К бесплодию ведут следующие изменения спермы:

- ✓ Азооспермия
- ✓ Некроспермия
- ✓ Аспермия
- ✓ Отсутствие спермы.

При олигоспермии (малое количество семенных нитей и астеноспермии много сперматозоидов с ослабленными движениями, частичной тератоспермии зачатие возможно, но указанные аномалии практически обычно сопровождаются бесплодием)

Спермограмма

Основным отправным пунктом диагностики мужского бесплодия, помимо расспроса, осмотра и обследования больного, является анализ эякулята, подсчет количества и определение свойств клеток сперматогенеза. Этот анализ называется спермограммой.

Сpermограмма здорового мужчины

Объем эякулята (семенной жидкости) $\geq 2,0$ мл пХ 7,2 – 7,8

Число спермиев в 1 мл $\geq 20 \cdot 10^6$ /мл

Активноподвижных (кат. А) $\geq 25\%$

Подвижных (кат. А+Б) $\geq 50\%$

Морфологический нормальных форм $\geq 50\%$

Агглютинатов нет

Агрегатов нет

*Лейкоцитов более 1,0 *10⁶ /мл*

Эритроцитов нет.

Основные показатели спермограммы

Объем эякулята в норме составляет 3-5 мл (приблизительно одна чайная ложка). Снижение объема эякулята может свидетельствовать о сниженной функции яичек и половых желез. При объеме спермы менее 2 мл зачатие маловероятно, даже если другие показатели спермограммы не изменены.

Количество сперматозоидов в 1 мл спермы может колебаться в очень широких пределах, но должно составлять не меньше 20 млн. Снижение количества сперматозоидов носит название олигозооспермии. Это возможно в результате снижения функции яичек или двусторонней обтурации наблюдается азооспермия – полное отсутствие сперматозоидов в эякуляте.

Подвижность сперматозоидов является важной характеристикой качества спермы. В норме более половины всех сперматозоидов должны двигаться вперед, или в крайнем случае хаотично. Снижение количества подвижных сперматозоидов называется астенозооспермией, отсутствие – некроспермией. Морфология сперматозоидов показывает, какой процент всех сперматозоидов имеет нормальное полноценное строение. В норме нормальное строение должны также иметь более половины всех сперматозоидов. Снижение этого показателя называется тератозооспермией.

Лечение

Для мужчин с точно не установленной причиной бесплодия существуют неспецифические методы лечения, включающие кломифен, тамаксифен, мэстреролон, тестостерон с целью ребаунд – эффекта – гонадотропины, калликреин.

Развитие рентгенологии позволяет лечить варикоцеле, используя технику чрезкожной ретрографатной флебографии и эмболизации сосудов. Широко используют глюкокортикоиды при наличии антиспермальных антител и бесплодия.

Если же проводимое лечение не эффективно, женщине показано искусственная инсеминация спермой донора.

Кто такие «дети из пробирки»? Какие они?

Это дети, развившиеся из эмбрионов, которые возникли в результате встречи яйцеклетки и сперматозоидов «в пробирке» и потом были перенесены будущей маме. Таким способом борются с бесплодием родителей. Профессионалы называют эту технологию **экстракорпоральным оплодотворением** (от лат. Эхфра — «вне», «сверх» и сорпус, *корпорис* — «тело»); сокращенно —

ЭКО. На основе ЭКО возникло новое направление в медицине, которое получило название **вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).**

Дети, зачатые «в пробирке», ничем не отличаются от обычных детей. Они желанны и долгожданы, поэтому родители их очень любят, заботятся о них, оберегают. Священники всех религий их принимают: у христиан — крестят, у иудеев и мусульман — обрезают. Они нормальны и здоровы, а если болеют, то так же, как их сверстники.

ЭКО и этапы ЭКО

ЭКО — это оплодотворение яйцеклетки вне организма женщины — «в пробирке». Лечебная процедура ЭКО состоит из нескольких этапов:

- Индукция суперовуляции.
- Пункция фолликулов и забор яйцеклеток.
- Оплодотворение яйцеклеток и культивирование эмбрионов.
- Перенос полученных эмбрионов в полость матки.

Показания к ЭКО

ЭКО было создано для лечения трубного бесплодия. В настоящее время с помощью ЭКО и основанных на ЭКО методах и программах ВРТ могут эффективно лечиться практически все формы бесплодия, не поддающиеся лечению другими методами.

Индукция суперовуляции (гормональная стимуляция яичников) проводится для получения сразу нескольких зрелых фолликулов и яйцеклеток в течение одного менструального цикла. Известно, что у здоровой женщины не каждый менструальный цикл плодовит. В созревшем в условиях естественной гормональной стимуляции фолликуле может быть неполноценная яйцеклетка, он может быть пустым, то есть вообще не содержать яйцеклетки. Чтобы избежать таких неожиданностей и проводится индукция суперовуляции.

Пункция фолликулов

В самом начале истории ЭКО пункция фолликулов и забор яйцеклеток проводились через переднюю брюшную стенку (трансабдоминально) при лапароскопии. Лапароскопия требует госпитализации, проводится под наркозом и сейчас используется очень редко по особым показаниям. В настоящее время в основном используется трансвагинальный способ, при котором пункция яичников осуществляется через влагалище с помощью специальной иглы, под контролем ультразвукового исследования (рис. 38). Благодаря минимальной травматичности и болезненности, трансвагинальный способ пункции яичников удобен для пациенток и врачей, выполняется амбулаторно и не требует наркоза. Для обеспечения большего комфорта пункцию можно проводить под обезболиванием.

Существуют ли гарантии успешного лечения бесплодия методом ЭКО и почему не наступает беременность?

1. Существуют проблемы, так или иначе связанные с яйцеклетками:

- в результате стимуляции могут не развиться фолликулы;
- развивающиеся фолликулы могут не содержать яйцеклеток;
- полученные яйцеклетки могут быть плохого качества;
- может произойти преждевременная спонтанная овуляция и выход яйцеклеток из фолликулов до их пункции;

- спаечный процесс в малом тазу и нарушения нормального расположения органов могут сделать пункцию фолликулов технически невозможной.
2. Сперматозоиды могут быть неспособными оплодотворить яйцеклетку.
 3. Оплодотворение и развитие эмбриона могут не произойти, даже если яйцеклетки и сперматозоиды выглядят абсолютно нормальными.
 4. Эмбрионы могут развиваться ненормально или вообще остановиться в развитии на любом из этапов, даже после переноса их в полость матки.
 5. Процедура ЭКО может быть прервана на любом этапе по не зависящим от врачей и эмбриологов непредсказуемым обстоятельствам. Например: заболевание пациентов, ошибка пациентов при выполнении назначений врача и др.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

В настоящее время наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная контрацепция (ГК), основанная на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов. В зависимости от состава и способа введения современные гормональные контрацептивы подразделяются на группы, представленные в таблице 2.2.

Гормональная контрацепция относится к высокоэффективным методам предохранения от беременности. Как зарубежный, так и наш опыт, в частности, свидетельствует о том, что использование высокоэффективных методов контрацепции приводит к снижению числа абортов.

Эффективность контрацепции обычно оценивается путем подсчета числа незапланированных беременностей, которые наступают в течение определенного времени ее использования. При этом принято различать теоретическую эффективность, которая предусматривает использование метода без ошибок и пропусков приема таблеток, и клиническую эффективность, которую вычисляют на основании числа наступивших беременностей в реальных условиях, учитывая погрешности, допускаемые женщинами. Наиболее объективным показателем клинической эффективности является индекс Перля, отражающий частоту наступления беременности у 100 женщин в течение 1 года.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК)

Комбинированные пероральные контрацептивы (КОК) относятся к наиболее распространенным методам регуляции рождаемости и содержат в своем составе эстроген ный и геста-генный компоненты.

В качестве эстрогенного компонента КОК используется синтетический эстроген этинилэстрадиол (ЕЕ), в качестве прогестагенного — различные синтетические прогестагены.

В настоящее время КОК пользуются большой популярностью во всем мире, обеспечивая:

- высокую контрацептивную надежность;
- хорошую переносимость;
- доступность и простоту применения;
- отсутствие связи с половым актом;
- адекватный контроль менструального цикла;
- обратимость (полное восстановление fertильности в течение 1-12 мес. после прекращения приема);
- безопасность для большинства соматически здоровых женщин;

- лечебные эффекты:
 - регуляцию менструального цикла,
 - устранение или уменьшение симптомов дисменореи,
 - уменьшение менструальной кровопотери и вследствие этого лечение и профилактику железодефицитной анемии,
 - устранение овуляторных болей,
 - уменьшение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ),
 - лечебное действие при предменструальном синдроме,
 - лечебное действие при гиперандrogenных состояниях;
- профилактические эффекты:
 - снижение риска развития рака эндометрия и яични-ж ков, а также колоректального рака,
 - снижение риска возникновения доброкачественных новообразований молочной железы,
 - снижение риска развития железодефицитной анемии,
 - снижение риска внематочной беременности;
- снятие «страха нежелательной беременности»;
- возможность «отсрочки» очередной менструации, например во время экзаменов, соревнований, отдыха и по медицинским показаниям.

Виды и состав современных КОК, механизм действия

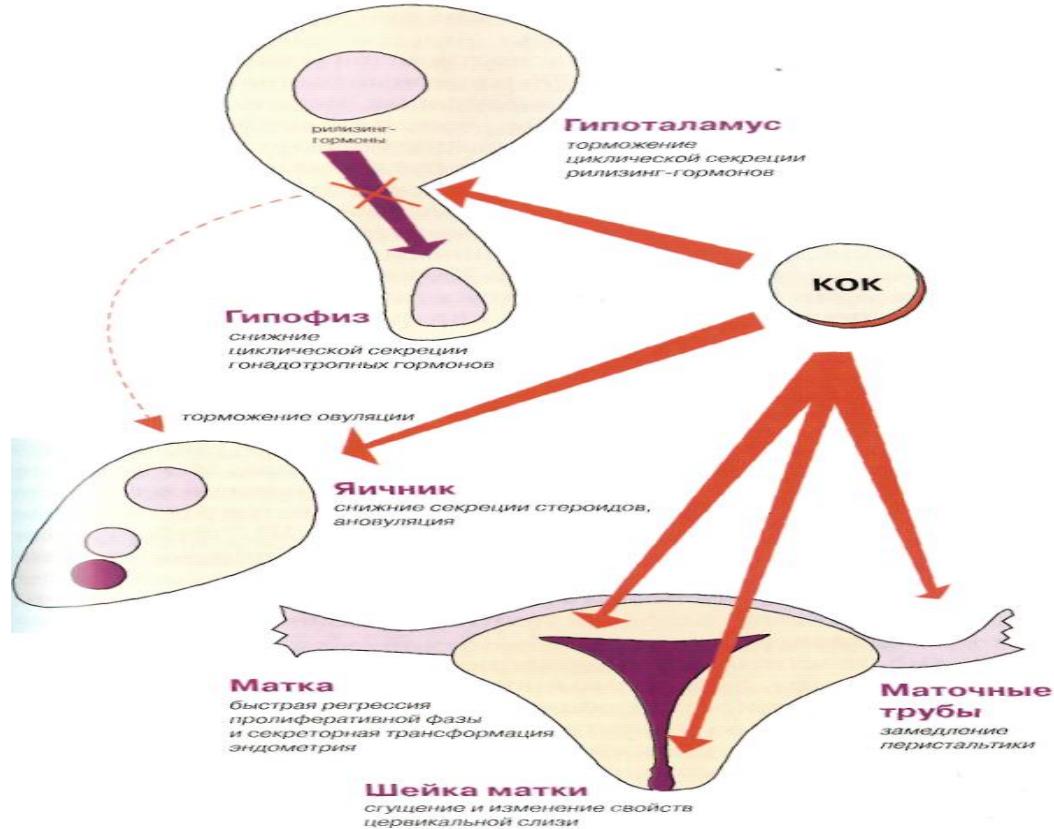
Все существующие комбинированные оральные контрацептивы для удобства определения их свойств классифицируются по типу прогестагенного компонента, по дозе входящего в каждую таблетку этинилэстрадиола и по составу. Наличие различных классификационных признаков явилось результатом длительной, почти полувековой истории создания КОК.

По количеству эстрогенного компонента в составе таблетки КОК подразделяются на:

- высокодозированные — 50 мкг ЕЕ/сут. (Овидон);
 - низкодозированные — не более 30-35 мкг ЕЕ/сут. (Диа-не-35, Жанин, Фемоден, Ярина, Сиест, Марвелон, Регу-лон, Триквилар, Три-Регол, Три-Мерси и т.д.);
 - микродозированные - 15—20 мкг ЕЕ/сут. (Логест, Ми-релль, Новинет, Мерсилон, Линдинет и т.д.).
- Синтезированные в настоящее время КОК в зависимости от схемы комбинации эстрогена и гестагена подразделяются на два основных типа:
- монофазные: с постоянной на протяжении приема ежедневной дозой эстрогена и гестагена;
 - многофазные: трехфазные, с переменной дозой эстрогена и гестагена, имитирующие колебания содержания естественных яичниковых гормонов в течение нормального менструального цикла (3 вида таблеток с разным соотношением эстроген/прогестаген).

Качественный и количественный состав гормональных контрацептивов продолжает совершенствоваться и расширяться. В настоящее время по рекомендациям ВОЗ доза эстрогенного компонента в КОК, использующихся с целью плановой контрацепции, не должна превышать 35 мкг этинилэстрадиола (низкодозированные контрацептивы). Следует подчеркнуть, что с целью плановой контрацепции следует использовать низко- и микродозированные препараты (см. табл. 2.3). Высокодозированные КОК применяются в основном для экстренной контрацепции и иногда в лечебных целях.

Внедрение трехфазных комбинированных эстроген-геста-генных препаратов в клиническую практику явилось следующим этапом развития контрацепции. Переменное содержание стероидов в этих препаратах позволило почти на 40% снизить общую курсовую дозу гестагенного компонента по сравнению с дозой, получаемой при применении аналогичных монофазных препаратов.



VI. Сборник ситуационных задач и заданий для практических занятий

Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения монипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения монипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетвори- тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения монипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетвори- тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения монипуляции, неможеть выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.
7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.
8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.
9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

.Миома матки. Эндометриоз.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетвори- тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетвори- тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, неможеть выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.

2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.

3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.

4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.

5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.

6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

Оценка знание студентов.

86-100 Отлично	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень знаний и навыка: 4
71-85 Хорошо	Показания исследования полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 Не удовлетворительно	Исследование полости матки при помощи зонда, сбор необходимый инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.
7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

Кровотечение в первой половине беременности.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень знаний и навыка: 4
71-85 хорошо	Показания исследования полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетвори- тельно	Показания исследования полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетвори- тельно	Исследование полости матки при помощи зонда, сбор необходимый инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: измерение длины матки

Инструменты: перчатки, зонд, гинекологический стол, ложкообразные зеркала, пулевка, спирт, вата.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина на гинекологическом кресле, ноги согнуты в тазовом и коленных суставах.
3. моют руки, высушивают, надевают стерильные перчатки
4. наружные половые органы женщины обрабатывают антисептическими растворами.
5. левой рукой раздвигают большие половые губы, правой вводят сначала нижнее зеркало
6. левой рукой придерживают нижнее зеркало и правой рукой вводят верхнее зеркало, и дают придерживать помощнику
7. Пулевкой захватывают вернюю часть шейки матки и убирают верхнее зеркало.
8. левой рукой придерживая пулевку, правой рукой вводят зонд в матку.

9. обращают внимание на измерения зонда, оно свидетельствует о длине матки (при опухолях, беременности)

10. снимают перчатки и помещают в герметический контейнер.

11. моют руки.

Аномалия развития и положения женских половых органов.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетвори- тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетвори- тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, не может выполнить практические навыки.

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.

2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.

3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.

4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.

5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.

6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к

боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

Бесплодный брак. Вопросы контрацепции.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Показания к пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 хорошо	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетвори- тельно	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетвори- тельно	Технику пункции полости малого таза через задний свод влагалища, сбор не необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.
7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.
8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.
9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

VII. Перечень вопросов по видам контроля (ТК, ПК, ИК)

Вопросы по теме № 1

- 1.Периоды жизни женщины.
- 2.Анатомия наружных половых органов.
- 3.Анатомия внутренних половых органов
- 4.Кровообращение ЖПО
- 5.Связочный аппарат матки.
- 6.Строение стенок матки.
- 7.Связочный аппарат половых органов.
- 8.Клетчатка малого таза.
- 9.Строение и функции молочных желез.

Вопросы по теме № 2

- 1.Нормальный менструальный цикл.
- 2.Регуляция менструального цикла.
- 3.Маточный цикл.
- 4.Яичниковый цикл
- 5.Нарушение менструального цикла.
- 6.Классификация нарушения менструального цикла.
- 7.Патогенез нарушения менструального цикла.
- 8.Лечение нарушение менструального цикла.

Вопросы по теме № 3

- 1.Классификация дисфункционального маточного кровотечения.
- 2.Патогенез дисфункционального маточного кровотечения.
- 3.Этиология дисфункционального маточного кровотечения.
- 4.Виды дисфункционального маточного кровотечения.
- 5.Диагностика дисфункционального маточного кровотечения.
- 6.Диф. диагностика дисфункционального маточного кровотечения.
- 7.Лечение дисфункционального маточного кровотечения.

Вопросы по теме № 4

- .Классификация кровотечений в 1 половине беременности.
- 2.Патогенез кровотечений в 1 половине беременности.
- 3.Этиология невынашивания беременности.
- 4.Виды абортов.
- 5.Диагностика невынашивания беременности.
- 6.Диф. диагностика невынашивания беременности.
- 7.Лечение невынашивания беременности.

Вопросы по теме № 5

- 1.Этиология внематочной беременности.
- 2.Виды внематочной беременности.
- 3.Лечение внематочной беременности.
- 4.Этиология трофобластических заболеваний.
- 5.Виды трофобластических заболеваний.

6.Лечение трофобластических заболеваний.

7. Прогноз трофобластических заболеваний.

Вопросы по теме № 6

1.Этиология воспалительных заболеваний.

2.Пути проникновения инфекций.

3.Клинические признаки воспалительных заболеваний ЖПО.

4. Диагностика воспалительных заболеваний.

5.Диф. диагностика воспалительных заболеваний.

6.Лечение воспалительных заболеваний.

7. Профилактика воспалительных заболеваний.

Вопросы по теме № 7

1.Этиология миомы матки.

2.Патогенез развития миомы матки.

3.Клинические признаки по видам миомы матки.

4.Лечение миомы матки

5. Этиология эндометриоза матки.

6. Патогенез эндометриоза матки.

7.Клинические признаки по видам эндометриоза матки.

8.Лечение эндометриоза матки

Вопросы по теме № 8

1..Анатомия наружных половых органов.

2. Анатомия внутренних половых органов

3.Классификация аномалий расположения ЖПО

4. Классификация аномалий развития ЖПО

5.Связочный аппарат матки.

6.Диагностика аномалий ЖПО

7. Лечение аномалий ЖПО.

8.Реконструктивные операции при аномалии развития ЖПО.

Вопросы по теме № 9

1.Назовите фоновые заболевания шейки и матки.

2.Этиология и патогенез фоновых заболеваний шейки и матки.

3.Диагностика фоновых заболеваний шейки и матки.

4.Диф. диагностика фоновых заболеваний шейки и матки.

5.Лечение фоновых заболеваний шейки и матки.

6. Назовите фоновые заболевания шейки и матки.

7.Этиология и патогенез раковых заболеваний шейки и матки.

8.Диагностика раковых заболеваний шейки и матки.

9.Диф. диагностика раковых заболеваний шейки и матки.

10.Лечение и прогноз раковых заболеваний шейки и матки.

ВIII. Перечень экзаменационных (общих) вопросов (включая ОСКЭ)

1. Периоды жизни женщины.
2. Анатомия наружных половых органов.
3. Анатомия внутренних половых органов
4. Кровообращение ЖПО
5. Связочный аппарат матки.
6. Строение стенок матки.
7. Связочный аппарат половых органов.
8. Клетчатка малого таза.
9. Строение и функции молочных желез.
10. Нормальный менструальный цикл.
11. Регуляция менструального цикла.
12. Маточный цикл.
13. Яичниковый цикл
14. Нарушение менструального цикла.
15. Классификация нарушения менструального цикла.
16. Патогенез нарушения менструального цикла.
17. Лечение нарушение менструального цикла.
18. Классификация дисфункционального маточного кровотечения.
19. Патогенез дисфункционального маточного кровотечения.
20. Этиология дисфункционального маточного кровотечения.
21. Виды дисфункционального маточного кровотечения.
22. Диагностика дисфункционального маточного кровотечения.
23. Диф. диагностика дисфункционального маточного кровотечения.
24. Лечение дисфункционального маточного кровотечения.
25. Этиология внематочной беременности.
26. Виды внематочной беременности.
27. Лечение внематочной беременности.
28. Этиология трофобластических заболеваний.
29. Виды трофобластических заболеваний.
30. Лечение трофобластических заболеваний.
31. Прогноз трофобластических заболеваний.
32. Этиология воспалительных заболеваний.
33. Пути проникновения инфекций.
34. Клинические признаки воспалительных заболеваний ЖПО.
35. Диагностика воспалительных заболеваний.
36. Диф. диагностика воспалительных заболеваний.
37. Лечение воспалительных заболеваний.
38. Профилактика воспалительных заболеваний.
39. Этиология миомы матки.
40. Патогенез развития миомы матки.
41. Клинические признаки по видам миомы матки.
42. Лечение миомы матки
43. Этиология эндометриоза матки.
44. Патогенез эндометриоза матки.
45. Клинические признаки по видам эндометриоза матки.
46. Лечение эндометриоза матки
47. Анатомия наружных половых органов.
48. Анатомия внутренних половых органов

49. Классификация аномалий расположения ЖПО
 50. Классификация аномалий развития ЖПО
51. Связочный аппарат матки.
52. Диагностика аномалий ЖПО
53. Лечение аномалий ЖПО.
 54. Реконструктивные операции при аномалии развития ЖПО.
55. Назовите фоновые заболевания шейки и матки.
56. Этиология и патогенез фоновых заболеваний шейки и матки.
57. Диагностика фоновых заболеваний шейки и матки.
58. Диф. диагностика фоновых заболеваний шейки и матки.
59. Лечение фоновых заболеваний шейки и матки.
60. Назовите фоновые заболевания шейки и матки.
61. Этиология и патогенез раковых заболеваний шейки и матки.
62. Диагностика раковых заболеваний шейки и матки.
63. Диф. диагностика раковых заболеваний шейки и матки.
64. Лечение и прогноз раковых заболеваний шейки и матки.

IX. Раздаточный материал

X. Глоссарий

Аборт (выкидыш или самопроизвольное прерывание беременности)	Прерывание беременности на сроке до 22 недель
Асфиксия плода	Развитие патологии у плода при нехватки кислорода
Бимануальный осмотр	Осмотр матки двумя руками
Биомеханизм родов	В течение родов головка плода совершает ряд движений, приспосабливаясь к прохождению по родовым путям.
Влагалище	Внутренний половой орган женщины
Внематочная беременность	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки
Внематочная беременность (беременность в маточной трубе)	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит в полости маточных труб
Горизонтальное положение плода	Позвоночник плода образует с горизонтальной осью матки прямой угол
Имплантация	Внедрение эмбриона в слизистую матки в процессе беременности
Искусственный аборт	Искусственное прерывание беременности с помощью

	медицинскими манипуляциями
Конфигурация головы (форма)	Отношение максимальной ширины мозговой коробки к её максимальной длине
Криминальный аборт	Незаконное прерывание беременности
Лактация	Отделение молока грудной железой. Со 2-го-3го месяца беременности начинается гиперплазия железистой паренхимы грудной железы, продолжающаяся в течение всей беременности.
Мастит	Воспаление паренхимы и межзональной ткани молочной железы
Маловодие	Уменьшение околоплодных вод при беременности ниже нормы для данного срока
Менстуральный цикл	Периодические изменения в организме женщины репродуктивного возраста, направленные на возможность зачатия
Менструация	Отторжение функционального слоя эндометрия
Насильственные разрывы матки	травматические (от грубого вмешательства во время родов или во время беременности и родов от случайной травмы
Неонатология	Раздел медицины, изучающий младенцев и новорожденных, их рост, развитие и их заболевания
Обвитие пуповиной	Обвитие пуповиной той или иной части тела плода
Обследование полости матки с помощью рук	Акушерская операция, которую производят с помощью рук с целью определения расположения матки и целостности ее стенок
Оперативное акушерство	Наука изучающая методов акушерских операций
Патологические роды	Роды, протекающие с различными осложнениями
Перинатальный период	Период от 28 недели беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения
Плацента	развивающийся в полости матки во время беременности орган, осуществляющий связь между организмом матери и плодом.
Поздние роды	Роды, после 40 недель беременности
Поздний токсикоз	патологическое состояние беременных, возникающее во второй половине беременности
Предлежание плода.	Предлежащей частью считается та часть плода, которая находится над входом в малый таз. Это может быть

	головка, тазовый конец или плечико.
Преждевременными роды	роды до 37-й недели беременности.
Разрыв матки	нарушение ее целости во время беременности или в родах
Ранний выкидыш Или самопроизвольный аборт	Патологическое прерывание беременности
Расположение плода	отношение продольной оси тела плода к продольной оси тела матери. Различают продольное положение плода (при тазовом или головном предлежании), а также поперечное и косое положения, когда оси тел плода и матери пересекаются
Ригидность шейки матки (неполное раскрытие)	Потеря ею эластичности, замедляет её сглаживание и раскрытие шеечного канала
Родничок	Неокостеневший участок свода черепа, состоящий из остатков перепончатого скелета и соединяющий кости черепа
Роды	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
Самопроизвольные разрывы матки	происходящие без каких-либо вмешательств извне
Срочные роды	Роды в 39-40 недели беременности
Таз	Часть скелета, состоящий из четырёх костей.
Тазометр	Инструмент в виде циркуля, предназначенный для измерения наружных размеров таза , а также размер головки плода.
Фетоплацентарная система	Это комплекс, в который входят: организм плода, органы репродукций-матка и плацента, а также эмбриональные образования
Физиологические роды	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
Хориамнионит	Инфицирование оболочки последа во время родов

XI. Контролирующие материалы по дисциплине

- тесты текущего контроля знаний**
- тесты промежуточного контроля знаний**
- тесты итогового контроля знаний**

1. При неэффективности консервативной терапии родильницы подлежать оперативному методу остановки кровотечения по этапно:

- *наложение компрессионных швов на матке
- перевязка трёх парных артерий.
- перевязка магистральных артерий.
- экстирпация матки.

2. Что является возбудителем остроконечных кондилом?

*Стафилококки

кандида альбиканз

бледная триконеша

хламидии

3. Чем лечится кандидомикоз?

*Тетрациклин

гоновакцина

леворин, флюконазол

пенициillin

трихопол

4. Чем лечится трихомониаз?

*Нистатин

метронизолол

эритромицин

тетрациклин

пенициillin

5. Какими препаратами проводят биологическую провокацию

*Ляпис

гоновакцина

УВЧ

Синестрол

р-р люголя

6. Назовите основные клинические симптомы при трихомониазе

*жжение

боли внизу живота

творожистые выделения

пенистые выделения

НМЦ

7. Что относится к специальными методами обследования при воспалительных заболеваниях ЖПС

*анализ крови

анализ мочи

УЗИ

Гистероскопия

бак посев мазка

8. Назовите основные клинические симптомы хронического эндометрита

*боли внизу живота

повышение температуры

бели

озноб

метроррагия

9. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сальпингоофорит

*внематочная беременность

эндометрит

пельвиоперитонит

киста яичника

10. Кем был открыт возбудитель гонореи?

*Нейссером

Кохом

Давидовский

Маневичский

Гедоном

11. Сколько видов трихомониаза вы знаете?

3*

1

4

2

5

12. то является возбудителем при дрожевом кольпите?

*кандида альбиканз

Трихомонади

стрептококки

гонококки

фильтрующий вирус

13. Что является возбудителем остроконечных кондилом?

*кондида альбикаиз

Стафилококки

фильтрующий вирус

бледная триконеша

хламидии

14. Чем лечится кондиломикоз?

*Тетрациклин

гоновакцина

пеницилин

трихопол

15. Чем лечится трихомониаз?

*метронизол

Нистатин

эритромицин

тетрациклин

пенициллин

16. Назовите основные клинические симптомы при трихомониазе

а/жжение

б/боли внизу живота

в/творчестые выделения

г/пенистые выделения

д/НМЦ

а г*

б г

б в

в д

а д

17.Что относится к специальными методами обследования при воспалительных заболеваниях ЖПС

бак пасев мазка*

анализ крови

анализ мочи

УЗИ

Гистероскопия

18. Назовите основные клинические симптомы хронического эндометрита

а. боли внизу живота

б. повышение температуры

в. бели

г. озноб

д. метрорагия

а б в*

а в д

в г д

б в д

а б д

19. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сальпинго-

офорит

а. внематочная беременность

б. эндометрит

в. пельвиоперитонит

г. киста яичника

а г*

а б

а б в

20. Кем был открыт возбудитель гонореи?

Нейссером*

Кахом

Даводовский

Маневичский

Гедон

22. Каким паразитом относится гонорея

специфический паразит человека*

специальная паразит собак

простейшие

паразит кот переходит из коровы

23. Что характерно для гонореи

а. внутриклеточное расположение

б. внематочное расположения

в. бобовидная форма

г. грамм отр

д. грамм пол

а в г*

а б г

б в г

а б в

в г д

24. Противо показание к очаговой вакцино терапии

а. беременность

б. менструация

в. хроническая гонорея

г. безуспешность антибактериальной терапии

а б*

б в

в г

а г

25. Показания к иммунно терапии

безуспешность к антибактериальной терапии*

гипертоническая болезнь

хроническая форма гонорея

2

гонорея при беременности

6

восходящая гонорея

3

26.Применяется ли местные лечении при острой стадии гонореи

Применяется*

не применяется

применяется при противопоказания к антибиотика терапии

*гармональная недостаточность яичника
воспаление матки
раки яичника
опухоли мозга
болезнь Верльгофа

27.Критерие излеченности устанавливается

при отсутствие гонококов после 3х провокаций*

31.При ановуляторном кровотечении в яичнике образуется ли желтое тело

*нет

да

после стихания острых явлений

после антибиотико терапии

при отсутствие гонококов по первой провокации

32.При ановуляторном кровотечение количество какого гармона повышается

критерие излеченности нет

*эстроген
триотропные
АКТГ
СТГ

28.Что характерно гонореи щейки матки

а.под эпителиальное расположения гонококов

33.При ДМК что наблюдается в эндометрии матки

б.бесплодие нарушение проходимости

*пролиферация

в.образование при глангулярных абсцессов

регенерация
десквамация
регенерация секреция

г.острая начала заболевания

34.В каком возрасте персистенции фолликул много встречается

д.переход инфекции в хран. форму

*35-45

а б в*

8-10 лет

б в г

12-16

а в д

20-25

29.Сколько стадии рака тела матки различают

35.Для медикаментозного кюретажа какой препарат применяется

4*

*окситоцин
фолликулин
прогестерон

викасол	8-10
36. Изменяется ли базальная температура при ановуляторном цикле	12-16 20-35
*Да	42. При дисфункциональном кровотечении медикаментозных кюретажах какие лекарства применяются
Нет	*Прогестерон Фолликулин Викосол Окситоцин
37. Укажите причины дисфункциональных кровотечений?	43. В Ановуляторном цикле меняется ли базальная температура?
*Гормональный недостаточность в яичнике	*Нет
Опухоль головного мозга	Да
Болезнь Верльгофа	Все ответы верны
Опухоли матке	Нету правильного ответа
38. При ановуляторном цикле встречается ли кровотечение из желтого тела?	44. Укажите лечебные процедуры при ювенильном кровотечении?
*Нет	A) Гормональный гемостаз, Б) Эндометрит матки В) Прогестерон Г) Сокращающие препараты матки Д) Ампутация матки Е) Андрогены Ж) Препараты
Да	*а г
Все ответы верны	б в
Нету правильного ответа	г д
39. При ановуляторном кровотечении какой гормон повышается?	д в
*Гормон эстроген	
Прогестерон	
Тиреотроп	
Адренокортикостроп	
40. При дисфункциональном кровотечении в эндометрии какая фаза встречается?	
*Пролиферация	
Регенерация	
Секреция	
Десквамация	
41. В каком возрасте встречается персистенция фолликула	45 Первая помощь врача при климактерическом кровотечении
*46-50	A) препараты Сокращающие матки

Б) Рекомендации витаминотерапии при амбулаторном состоянии

В) Выскабливание слизистой оболочки матки

Д) Сайтатек

*в а

а д

б а

б д

46. Укажите стероидные гормоны?

*Эстроген и прогестерон

Эстроген

ФСТ

ЛТТ и ЛТ

47. Где вырабатывается рилизинг гормоны?

*Гипоталамус

Пред гипофизарное

Надпочечниковая железа

Гипофизар-гипоталамус

48. Какой гормон участвует при овуляции при зрелых фолликул?

*Прогестерон

Гормоны эстроген

Гормоны лутен

Гормоны лутен и стимулирующие

49 Укажите первичные этапы помощи дисфункциональных кровотечений в возрасте детародства?

*Выскабливание тело матке

Прогестерон высокой дозировки

Эстерогены

ЛГ

50. Какой метод оценивает состояние функции яичника?

*Цитология выделений эндометрия

Гистеросальпингография

ФКТ

УЗИ матки

51. Какой метод оценивает функции верхних слоев надпочечниковых желез?

*Определить 17 Кетостероид и прогнандиол

Состояние цервикаль шейки матки

Феномен папоротника

Реакция эндометрия

52 В каком уровне КПИ можно начат лечение при случаи выкидыша эмбриона?

* 10%

2%

5%

3%

53 Когда делается гемостаз эстрогенами?

*При ювенильной кровотечение

При климактерии

Субмикозном узле миомы

Не полных abortах

54.Эстрогенный гемостаз используется?

*При ювенильном кровотечение

Субмикозном узле миомы

Не полных abortах

Подозрение в внематочных беременности

55. При лечение ДМК используется?

*Препараты заменяющие гормонов

Управляющие гормонолечения

Симптоматик

Оператив

56.Что не определяется после родов при синдроме нейроэндокринных нарушений?

*Чрезмерное утрата массы тело

Синдром Иценго Кушенга

Понижение памяти

После септического шока

57 При атрезии фолликулы состояние эндометрии?

* Не активированное железистой гиперплазии

Атипическая гиперплазия

Секреция эндометрии

Изменение дицидуала

58. Причины ювенильных кровотечений?

*Не развитие структуры гипофизарном гипоталамусе

Инфантилизм

Сосудистые заболевания

Наследственные заболевания

59.Дисфункция в яичниках при ювенильных кровотечениях?

*Атрезия фолликулов не полных развитий

Лютенизация неовулированных фолликул

Атрезия фолликул при развития первичных этапов

Нет ответа

60. что не определяются в практики гинекологическом методе эхографии?

*изменение функций системы репродукции

Болезни опухоли

внематочная беременности

Все ответы верны

61 Главные причины климактерических кровотечений?

* инволюционные изменения в системе репродукции

Изменение в гипоталамо-гипофизарных систем

Не цикличность процесса

Органические изменения в половых органах

62. С чем связано ювенильные кровотечения?

*атрезия не полностью развитых фолликулов

Киста яичника

Гиперэстроген

Персистенция желтого тела

63. С чем связано климактерическое кровотечение?

*Персистенция желтого тела

Атрезия не развитых фолликулов

Поликистоз в яичнике

Воспаление эндометрии

64. Как действуют синтетические прогестероны в эндометрии яичника при долгих промежутках

*уменьшающие нарастание эндометрии

Стимуляторные

Не действуют

Понижает выработку андрогенов

65. С чем связано гипоталамическая аменорея?

*уменьшение гонадотропных гармонных синтезов

Действие патогенных факторов на всяких частей цнс

Гипотериоз

При гипофункции надпочечниковой железы

66. КПИ Встречается от 80% до 100%?

*Персистенции развитий фолликул

В персистенции желтого тело

При 2-фазе менструального цикла

Недостаточности желтого тело

67 Где вырабатывается эстроген?

*в фолликуле

В гипоталамуса

В матке

В желтом теле

68 При действии Прогестерона какие процессы наблюдаются в эндометрии?

*секреция

Пролиферация

Десквамация

Гиперплазия

69. К чему приводят андрогены в организме женщины?

*остановки овуляции

Дисфункции желтого тело

Стимулирует овуляцию

Стимулирует желтого тело

70 Когда встречается овуляторное кровотечение?

*Персистенции короткого фолликула

Персистенции желтого тело

Длительной персистенции желтого тело

При атрезии фолликул

71. Какие методы и лечение применяются определению дисфункциональных кровотечений при детородных возрасте?

*взят из эстрогенных препаратов на гисталогие, выскабливание слизистой оболочки матки

Препараты эстрогенов и ампутация матки
выскабливание слизистой оболочки матки, бактериальные проверки

Нет ответа

72.Какие методы используются при положительных ювенильных кровотечений?

*Утератонические препараты

Лазикс

Обезболивающие

Десенсибилизирующие

73. этиологические причины при ювенильных кровотечений?

*острые и хронические инфекции

Онкологическое заболевание

Кож-вен заболевание

Нету ответа

74. Какие изменения наблюдаются при дисфункции яичника?

*отсутствие 2- фазы

Кровотечение

Образование выделилия железы

Нету ответа

**75. принципы лечение БДКК при
репродуктивных возрастов?**

*симптоматическая и гарманалная терапия

Дезинтоксикационная терапия

Десенсибилизирующая терапия

Все верно

**76. Типы изменение в фолликулярном
процессе?**

* персистенции фолликул

Гиперсистенция фолликул

Фолликулином гипосистенции и атрезия

Нет ответа

77. При атрезии фолликул происходит...

*длительное кровотечение

При длительной менструации

После менструации длительное
некровотечение

Нет ответа

78. Методы исследование ЮКК?

*изменение базальной температуры

Бимануальное исследование

а.угражающий выкидыши

б.миома матки

в.трихомонадный кольпит

г.рубец на матке

а б

б в

**83. Укажите признаки угрожающего
выкидыша**

*схваткообразные боли внизу живота
кровотечение со сгустками
мажущиеся кровянистое выделения
гнойное выделения

а.физико-психический покой

б.синестрол

в.прогестерон

г.фолликулин

д.седантинное лечение

Проверять на крови эстрогенов

Нет ответа

**79. Причина кровотечений при
укорочение фолликулярных фаз?**

*Овуляторное кровотечение

Ановуляторные кровотечения

А и б

Нет ответа

**80. Частота Ювенильных
кровотечений?**

*20%

1-3%

3-5%

**81. Куда госпитализуется больная с
инфицированным абортом**

- гинекологическое отделение
- дневной стационар
- родильное отделение
- инфекционная больница
- отделение патология беременности

**82. Что является противопоказанным
для искусственного аборта**

д.вирусный гепатит

*в д

а в

г д

нарушение функции соседних
органов

**84. Тактика лечения при
угрожающем выкидыше 6-9 нед
беременности**

*а в д

а в г

б в г

в г д

85.Укажите признаки начавшегося выкидыша

- а.схваткообразные боли внизу живота
- б.раскрытие шейки матки
- в.нарушение функции соедных органов
- г.кровянистое выделения из половых путей
- д.несоответствие между размерами матки и задержания менструац

- * а б г
- а б
- б в
- а г
- г д

86.Тактика лечения позднего выкидыша (18-20нед)причиной

- а.физико-психический покой
- б.синестрол
- в.прогестерон
- г.токолитико терапия
- д.наложение шва на шейку матки

которого является истмико-цервикальный недостаточность

- *а г д
- а б в
- б в г
- в г д
- а б д

87.Тактика лечения при неполном аборте

*выскабливание полости матки
консервативное симптоматическое лечение
гормонотерапия
а.эндоназальный электрофорез витамином В1
б.УВЧ на низ живота
в.диатермия солнечного сплетения
г.дорсанвализации внизу живота
д.массаж поясничной области

сохраняющая терапия
наложение шва на шейку матки

88.Какие методы физиотерапии применяется с целью сохранения беременности

- *а в
- а б
- б в
- в г
- г д

а.неполный аборт
б.киста яичника
в.метроэндометрит
г.ювенильное кровотечение
д.плацентарный полип

89.Какие осложнения не встречается после аборта

- *б г
- а б
- в г
- г д
- в д

90.С какими заболеваниями можно дифференцировать начинающийся выкидыши

- а.пузырный занос
- б.киста яичника
- в.миома матки
- г.ювенильное кровотечение
- д.неразвивающийся беременность

- *а в д
- а б в
- а в г
- б в г
- в г д

91Как лечится истмико-цервикальная недостаточность во время беременности

- а.наложением кругового шва
- б.швы не накладывается

в.положением "П" образного шва
г.пластическая операция

д.беременность прерывается

*а в
а б

92.Когда говорить о трубной беременности

*беременность в ампулярном части трубы
раззывающая беременность в матке

- а.внутреннее кровотечение
- б.схватко образные боли в низу живота
- в.обморочное состояние
- г.кровотечение из половых путей
- д.можущиеся кровянистое выделения

94.Характер боли при трубном аборте

*в прямой кишечник
в пояснице
на шея
в эпигастральной области
на ногах

95.Какие гистологические изменения происходят в эндометрии при в не маточной беременности

*децидуальное изменение
железистая гиперплазия
поликистозное изменение
аденоматозные изменения
ворсин хориона в соскобе

96.Каков характер выделений из половых путей при нарушенной в нематочной беременности

- а.не развивающийся беременность
- б.трубный аборта
- в.донашивание беременности
- г.разрыв трубы
- д.непольный выкидыши

100.Укажите характер пунката при нарушенной внематочной беременности

*не свертывающаяся кровь
сгустки крови
церрозные содержимое
а.прогестреновая проба
б.УЗИ диагностика

б в

в г
г д

беременность в начале
шеечная беременность
беременность в брюшной полости

93.Укажите признаки разрыва трубной беременности

- *б в
- а б д
- а в д
- а г д
- г д

*мажущиеся грязно кровянистое
кровянистое сосгустками
гноевидное
слизистое
сукровочное

97.При каком виде трубной беременности иссикается маточный уголь трубы

*интерстициальное расположение
ампулярной части
истмическое расположение
при всех видах
не вкаком

99. Что не наблюдается при трубной беременности

- *а в д
- а б в
- б в г
- в г д
- б г д

гнойные содержимое
свертывающаяся кровь

101 Какие методы применяется при диагностике маточной беременности

- в.предназалоновая проба
- г.вагинальный осмотр

д.кульдоскопия

*а б

а в

**102.Тактика врача при диагностике
внематочный беременности**

*экстренная тубэктонаия

плановая тубэктонаия

а.хронический аднегсит

б.эрозия щейки матки

в.гастрит

г.патология яйцеклетки

д.кольпит

б г

г д

в д

ампутация матки с придатками
ампутация матки без придатков
консервативное лечение

**103.Что является причины
внематочный беременности**

*а б

а г

б в

в г

в д

**104. Из каких патологических
измененных клеток
развивается трофоблас**

а.поверхностные клетки

б.синцитиальные клетки

в.цилиндрические клетки

г.тrophобластические клетки

д.плоские клетки

тическая болезнь

*б г

а б

б в

г д

а д

**105. После чего можетъ
развиваться
тrophобластическая болезнь**

а.внематочный беременность

б.киста яичника

в.аменория

г.нормальный беременность

д.бесплодия

*а б

б в

в г

а г

б д

XII. Темы рефератов

Акушерлик ва гинекология кафедрасининг талабаларнинг илмий ва укув ишлари

№	Мавзунинг номи	Иктидорли талабалар И.Ф.О.	Гурух	Илмий рахбар
1.	Анкетирование женщин после перенесших различных видов абортов	Рахимова Машхура	601-гурух	Ихтиярова Г.А.
2.	Течение беременности и родов у женщин с варикозной болезнью	Саидов Шавкат	705-гурух	Саркисова Л.В.
3.	Особенности течения преэклампсии на фоне хронической гипертензии	Узокова Нигора	606-гурух	Туксанова Д.И.
4.	Роль изучения почечного кровотока и концентрации мочевой кислоты в крови и моче в диагностике преэклампсии	Болтаева Нигора	603-гурух	Ахмедов Ф.К.

XIII. Инновационные образовательные технологии: перечень технических средств программного обеспечения и электронных обучающих материалов

- электронные учебники
- прикладные компьютерные программы
- видеоматериалы
- аудиоматериалы

Интерактивные методы

Метод «Паутина»

Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

1.Предварительно педагог готовит вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).

2. Участники сидят по кругу.

3. На середину стола кладётся ручка.

4. Один из участников вращает ручку.

5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.

6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.

7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Метод «круглого стола»

По кругу пускается лист бумаги с заданием.Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных оценивают знания студента.

Метод «группового расследования» Группе предлагаются 2-3 темы полемического характера, для решения которых необходима использовать дополнительную литературу или данные доказательной медицины, интернет. Время для сбора информации 3-4 дня. Лучший вариант ответов, доказанный студентами, получит максимальный балл.

Метод «снежков»

Две группы студентов совместно обсуждают одну проблему или ситуацию с целью набора наибольшего числа правильных ответов.

Каждый правильный ответ записывается как балл этой группе в виде «снежков». Группе получившей наибольшее число баллов, ставят отличные оценки. Этот метод может быть организован с применением ОКП.

Метод «пчелиный рой». Предназначен для обсуждения проблемы либо всей группой либо 2 малыми группами. Задания могут быть разными или одна задание дается на все группу. В течение 10-15 мин. Группы обсуждают решение проблемы и докладывают коллегам. Выбирается лучший вариант.

«Мозговой штурм»

Основные положения методики

-никаких замечаний и критических высказываний, которые мешают формировке идей;

- приветствие парение мысли, учитывая что чем необычнее идея, тем они лучше;
- получение наибольшего числа предложений;
- комбинация идей и их развитие;
- краткие высказывания без развернутой аргументации;
- деление группы на тех, кто генерирует идеи и тех, кто их обрабатывает.

Эта методика учит аргументировать, отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решения в любой ситуации, строить общение, убеждать оппонентов в верности отстаиваемой позиции.

Метод «круглого стола»

По кругу пускается лист бумаги с заданием. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных оценивают знания студента.

Метод «ручка на середине стола».

Предлагается задания всей группе, например: Осложнения и исходы при вирусных гепатитах. Каждый студент записывает на листе один вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог, контролирует работу группы и участие в ней каждого; общий вариант записывается на тетрадь.

Метод «группового расследования» Группе предлагаются 2-3 темы полемического характера, для решения которых необходима использовать дополнительную литературу или данные доказательной медицины, интернет. Время для сбора информации 3-4 дня. Лучший вариант ответов, доказанный студентами, получит максимальный балл.

XIV. Учебники, учебные пособия, учебно-методические рекомендации, курс лекций, конспект лекций, подготовленные разработчиком УМК

О`қув – услугий қо`лланмалар

№	Укув – услугий кулланма	Нашр иили	Муаллиф
1	«Хомиладорликнинг муддатига этмаслиги ва муддатидан утиб кетиши»	Бухоро 2015 й	Ихтиярова Г.А.

2	«Нормал хайз сикли. Аменорея. Нейроендокрин синдромлар »	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
3	«Ривожланмай колган хомиладорлик ва уни замонавий тушириш усуллари»	Бухоро 2015 й	Ихтиярова Г.А.
4	«Хомиладорликнинг биринчи ярмида кон кетишилар. Бачадондан ташкари хомиладорлик. Ривожланмай колган хомиладорлик.»	Бухоро 2015 й	Ихтиярова Г.А.
5	«Диагностика и лечение эктопической беременности»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
6	«Железодефицитная анемия беременны »	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
7	«Ектопик хомиладорлик диагностика ва даволаш принциплари»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
8	«Современные аспекты инфузионной терапии у беременных и родильниц с прееклампсией тя желой степени»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.
9	«Дифференсированные методы прерывания беременности при гибели плода в различных сроках гестации »	Бухоро 2011 й	Ихтиярова Г.А.
10	«Аёллар жинсий аъзоларининг анатомияси гинекологик касалликлар пропедевтикаси»	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
11	«Дисфункционал бачадон кон кетишилари»	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
12	«Хомиладорликнинг муддатига этмаслиги ва муддатидан утиб кетиши, тугрук индуксияси. Хомила пуфагининг маддатидан олдин ёрилиши.»	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
13	«Кровотечения в первой половине беременности. Хронологическая карта	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.

	занятия.»		
14	«Болезни почек у беременных и родилнитс»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.
15	«Хомиладорлик давридаги ва тугрукдан кейинги буйрак касалликлари»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
16	«Хомиладорлик давридаги ва тугрукдан кейинги буйрак касалликлари»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
17	«Хомиладор аёлларда темир танкислислиги анемияси»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
18	«Прееклампсия и гипертензивные расстройства беременности »	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
19	«Бепуштлик »	Бухоро 2010 й	Ихтиярова Г.А.

О`кув қо`лланмалар

№	Укув кулланма	Нашр йили	Муаллифлар
1	«Сетринское дело в акушерстве»	Тошкент 2011 йил. Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамаси томонидан лизензия берилган нашрётларда нашрға рұхсат бирилди. № 234-103	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н., Каримова Н.Н., Саркисова Л.В.
2	«Сетринское дело в гинекологии »	Тошкент 2011 йил. Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамаси томонидан лизензия берилган нашрётларда нашрға рұхсат бирилди. № 234-103	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н. Каримова Н.Н., Саркисова Л.В.

№	Монография	Муаллифлар	Нашр йили
1	«Гемодинамические изменения у родилнитс перенесших тяжелую прееклампсию и эе реаблитатсия »	Ихтиярова Г.А.	Бухара 2015 й
2	«Беременост и роды при пороках сердса »	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.	Тошкент 2009 й

ХВ. Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов

Мустакил иши мавзуларига хос 10 та услугбий кулланма мавжуд

XVI. Перечень практических навыков по каждой дисциплине

XVII. Список литературы по освоению предмета:

- основная литература
- дополнительная литература
- список монографий
- список диссертаций
- список литературы на кафедре, читального зала и ИРЦ института
- литература на сайте института
- сайты «Интернета»

Основная Литература

1. Жаббарова Ю.К. , Аюпова Ф.М. – Акушерлик , Тошкент , 2009 й.
2. Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Акушерлик амалиети, Тошкент, 2000 й.
3. Кодирова А.А. , Каттаходжаева М.Х. – Акушерликдаги жаррохлик амалиети, Тошкент , 1999 й.
4. Закиров И.З., Бадриддинова М.С.. Нормал акушерлик. Самарканд, 1991.- 116
5. Закиров ИЗ., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].
6. Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с

7. Закиров ИЗ.Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.-235с
8. Семейная медитсина /Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара, 1996.
9. Справочник врача общей практики. - Мерта. Англия, 1998.
10. Айламазян эК. Акушерство- С.Петербург, 2002 г.
11. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. А.Н. Стрижакова. М.Медитсина 2000.
12. Практическое акушерство. Кадирова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Ташкент. 2001
13. Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в акушерской практике э.К. Айламазян. СПб, 2002.
14. Акушерство. Савелева Г.М. Москва. 2002
15. Акушерство. Учебник для медитсинских вузов. Э.К. Айламазян. СПб. СпетсЛит. 2003, 528 с.
16. Акушерство Бодяжина В.И., Семенченко. М. 2004
17. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236 с.
18. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ 2004
19. Акушерство и гинекология. Под редакцией Г.М. Савелевой М. 2008
20. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008
21. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008
22. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

Дополнительная литература

1. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушерок. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
2. Еффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
3. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007
4. Неонатология. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
5. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушерок ВОЗ.
6. Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
7. Екстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медитсина. 2005.
8. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. В.А Синзерлинг, В.Ф. Мелникова «ЕЛБИ- СПб Санкт-Петербург 2002
9. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка Перевод с англ. Под редакцией А.В Михайлова. Издательство «Петронолис» СПб. 2003.
10. 8. Гинекологий ин Примарий Гаре РОГЕР П .СМИТХ, М.О. Уиллиамс эт Уилкинс А. Уаверлай компаний 1996.
11. 9. УИЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США
12. 10. [Пелвис анд Перинеум](#). Братхеръс Уиллиамс. Университий оф Пхиладелпхий.2004.
13. 11. Ратсионалная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков, Серов, Москва. 2006.
14. 12.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. А.Г. Тарапонов. Москва. 2004.с 13-40.
15. Гинекология по эшелю Новаку. Дж. Берек, И. Адаши, П. Хиллард. Москва, 2002.
16. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. 1998.
17. Меррей энкин, М. Китре, Дж. Нейлсон. (пер с англ. Под ред. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. СПб, 2003.

18. Профилактика инфекций. Рук-во для медучреждений с ограниченными ресурсами Л. Тинджер, Д. Босметр, Н. Макинтош. ЖХПИЕГО, 2004.
19. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.
20. Медитсинские критерии приемлемости для использования методов контратсепсии. Издание третее УНФПА 2004.
21. Свод практических рекомендаций по применению средств контратсепсии Издание второе УНФПА 2004.
22. Шехтман Т.К. экстрагенитальная патология и беременность - Ташкент 1991.
23. Шевченко Т.К. Крупный плод в современном акушерстве. Ташкент 1991.
24. Магзумов Б.Х., Рассадина М.В. «Кесарево сечение»/ Метод. рекомендации. // Т., 2002.
25. 4 .Мавлянова Ш.К., Сайдкариев Б.К. Перенашивание беременности / Метод. рекомендации. // Т., 2001.
26. Е.А. Чернуха. Родовой блок. М., 2001.
27. Савелева Г.М. Акушерство-М: Медитсина 2000 .
28. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М: Медитсина. 1997.

Список монографий

№	Монография	Авторы	Нашр йили
1	«Гемодинамические изменения у родильниц перенесших тяжелую преекламсию и ее реабилитацию»	Ихтиярова Г.А.	Бухара 2015 й
2	«Беременность и роды при пороках сердца»	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.	Тошкент 2009 й

Литература на сайте института Сайты «Интернета»

buchdigi.uz

zienet.uz

[@visenna.uz](http://visenna.uz)

Акушерлик ва гинекология кафедраси сайти

www.obgynbukhmi.narod.ru

www.medi.ru, www.medlinkc.ru, www.obgyn.net, www.medssape.com,
www.medland.ru,www.med-lib.ru,www.speslit.spb.ru, www.sochrane.org,
www.ksmed.ru/пат/гинеколог, www.medsan.ru, www.medtm.ru/гин.хтмл,
www.dip.rusmedserv.com/индех/специалист, www.xealtxua.com/парц/гинаесолог

XVIII. Аннотация

В настоящем руководстве по гинекологии представлены все аспекты современных методов диагностики, лечение, профилактики гинекологических заболеваний. Авторы обобщили новейшие достижения в этой области на основе зарубежных и отечественных исследований. В разделе о нарушение менструального цикла особое внимание уделено рилизинг-системам, которые для некоторых категорий женщин могут стать альтернативными методами, а также применению различных гормонов для лечения и профилактики гинекологических заболеваний, при нарушениях менструального цикла, воспалительных заболеваниях и при доброкачественных опухолях матки и яичников.

В руководстве также представлены особенности контрацепции в различные периоды жизни женщины и при некоторых эндокринных заболеваниях. Отдельная глава посвящена вопросам бесплодия. Внимание читателей обращено на особенности обследования и наблюдения до и в процессе лечения, а также на методику и организацию консультирования пациенток. В книге приводятся последние рекомендации ВОЗ (2012) медицинских критериев приемлемости методов диагностики и лечения.

Руководство предназначено для студентов, клиник ординаторов, магистров, акушеров-гинекологов, эндокринологов, а также для врачей других специальностей, интересующихся данными проблемами.

XIX. Сведения об авторах

Ихтияровой Гульчехры Акмаловны

С 17 октября 2013 года :

**Зав кафедрой “Акушерство-гинекологии” Бухарского государственного
Медицинского института**

Год рождения :

05.09.1972

Место рождения:

г Бухара

Национальность:

узбек

Партийность:

нет

Образования:

высшее

Медицинский

Окончила:

1996 г . **Бухарский государственный
институт (дневной)**

Специальность по образованию :

врач

Научное звание:

Кандидат медицинских наук

нет

Какими иностранными языками владеет :

Русским, английским

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- | | |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1987-1990 гг.- | г Бухара младшей мед персонал |
| 1990-1991 гг.- | студент Ташкентского государственного медицинского института |
| 1991-1996 гг.- | студент Бухарского государственного медицинского института |
| 1996-1998 гг.- | клинический ординатор по специальности «Акушерство и гинекология»
Бухарского государственного медицинского института |
| 1998-2000 гг.- | г Бухара 7- поликлиника врач акушер-гинеколог |
| 2000-2004 гг.- | ассистент кафедры «Акушерство и гинекология» Бухарского
государственного медицинского института |
| 2004-2013 гг. – | старший преподаватель кафедры «Акушерство и гинекологии» Бухарского
государственного медицинского института |
| 2013 г.- и.т.д. - | заведующая кафедрой «Акушерство и гинекология» Бухарского
государственного медицинского института |

XX. Нормативные документы Министерства высшего и среднего специального образования и Здравоохранения по образованию (приказы, распоряжения, письма и т.д.)

Ўзбекистон республикаси хукммати қарор ва фармонлари:

1. Постановление Кабинета Министров № 46 от 15 февраля 2000 года «Здоровое поколение»;
2. Постановление Кабинета Министров № 68 от 5 февраля 2001 года «Мат и ребёнок»;
3. Постановление Кабинета Министров №32 от 25 февраля 2002 года «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения»;
4. Постановление Кабинета Министров №242 от 5 июля 2002 года «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медитсинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»;
5. Постановление Кабинета министров № 365 от 25 августа 2003 года « О медитсинском освидетельствовании лиц, вступающих в брак»;
6. Постановление Кабинета министров №515 от 2 ноября 2004 года «О мерах по реализации проекта “Укрепление здоровья женщин и детей” с участием АБР»
7. Постановление Президента №153 от 11 августа 2005 года “О мерах реализации проекта Националной Программы фортifikатсии муки»
8. Указ Президента Республики Узбекистан от 19.09.2007 года №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения»
9. Постановление Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 г. № 700 «О мерах по совершенствованию организатсии деятельности медитсинских учреждений республики».
10. Постановлением Кабинета Министров Республика Узбекистан №48 от 18 марта 2008 года «О мерах по совершенствованию организатсиионной структуры и деятельности территориальных учреждений здравоохранения»
11. Программа по обеспечению благополучия детей Республики Узбекистан на 2007-2011гг.».
12. Постановление Президента Республики Узбекистан ПП-1046 от 26 января 2009г. «О Государственной программе «Год благоустройства и развития села»,
13. Постановление Президента №892 от 18 июня 2008 г. “О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства”
14. Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года №ПП-1096 “О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формирование здорового поколения”
15. Постановление Президента Республики Узбекистан от 1 июля 2009 года №ПК-1144 «2009-2013 йилларда ахолининг репродуктив саломатлигини мустахкамлаш, соглом бола тугилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга этказиши борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари Дастури тугрисида».

Ўзбекистон Республикаси ССВ буйруқлари:

1. №500 от 13 ноября 2003г «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций»
2. №425 от 5 сентября 2005 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан»
3. № 176 от 22 апреля 2005 года «О программе по дальнейшему снижению младенческой смертности»
4. № 81 от 19 марта 2006 г. «О дальнейшем распространении ИБДОР»
5. №145 от 30 марта 2007 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания медико-санитарной помощи детям на первичном звене здравоохранения»
6. №155 от 10 апреля 2007 г. «Об оказании стационарной помощи детскому населению Республики Узбекистан»
7. № 428 от 27 сентября 2007 г. «О внедрении расследования критических случаев в акушерской практике в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
8. №74 от 18 марта 2009г. «О мерах по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
9. № 226 от 20 июля 2009 г. «Основы ухода за здоровым и болным новорожденным ребенком».
10. №243 от 4 августа 2009 г. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения»
11. Приказ №600 МЗ РУз от 29.12.2007. О соблюдении санитарно-гигиенического, противоэпидемиологического и дезинфекционного режима в лечебно-профилактических учреждениях в Республике Узбекистан.
12. Постановление №42 от 22.12.2004 г. Об обеспечении безопасности донорской крови и её компонентов в Республике Узбекистан.
13. Приказ №88 МЗ РУз от 22.02.2007 г. Об утверждении показаний для применения крови и её компонентов в лечебно-профилактических учреждениях.
14. Приказ № 480 МЗ РУз от 30.10.2007 г. О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан.
15. Буйруқ № 185 24.07.2014 "Ўзбекистон Республикасида перинатал тиббий ёрдамни худудийлаштириш тўғрисида"
16. Буйруқ № 7 31.05.2014 «Одамнинг иммунитет танқислиги вирусини юқтириб олган шахслар ишлаши ман этилган касбий фаолият турлари рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида»
17. Буйруқ № 5 31.05.2014 “Одамнинг иммунитет танқислиги вирусига иббий текширувдан ўтказиш қоидаларини тасдиқлаш тўғрисида”

XXI. Критерии оценки знаний студентов по рейтинговой системе:

- критерии оценки ТК
 - критерии оценки ПК
 - критерии оценки ИК
 - критерии оценки СРС
 - критерии оценки практических навыков**
- . Воспалительные заболевания женских половых органов.

Оценка знание студентов.

86-100 Отлично	Показания к определению степени чистоты влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 Хорошо	Показания определению степени чистоты влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания определению степени чистоты влагалища, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2.
0-54 Не удовлетворительно	Определение степени чистоты влагалища, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: оценка степени чистоты влагалища

Инструменты: Кресло, ложка фолкмана, предметное стекло, микроскоп, перчатки.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.

2. для определения степени чистоты влагалища берется мазок из 3-х точек: уретры, цервикального канала и

заднего свода влагалища.

3. 1 степень чистоты- содержимое влагалища имеет кислую реакцию(pH=4,0-4,5), под микроскопом видны только

эпителиальные клетки и влагалищные палочки Дедерлейнадаражи

2. 2 степень чистоты- реакция кислая (рН= 5,0-5,5), влагалищных клеток и палочек меньше, чем при 1-ой степени, много бактерий типа сомма тариабилл (анаэробная изогнутая в виде запятой палочка), много эпителиальных клеток, встречаются лейкоциты.

5.3 степень чистоты- реакция слабо щелочная(рН 6,0-6,5), влагалищные палочки в небольшом количестве ,

доминируют сомма тариабилл и анаэробный стрептококк, имеется много кокков, большое количество лейкоцитов.

2. 4 степень чистоты –реакция слабо щелочная, влагалищные палочки отсутствуют, сомма тариабилл в меньшинстве, преобладает пестрая бактериальная flora, анаэробные кокки, бациллы, встречаются единично трихомонады, масса лейкоцитов

2. Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.

Оценка знание студентов

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по осоновке кровотечения, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по осоновке кровотечения, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетворител ьно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по осоновке кровотечения, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетворител ьно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения мероприятий по осоновке кровотечения, , неможеть выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.

6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь,ощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму , консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9.приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

3.Роль анамнеза. Методы обследование гинекологических больных. Схема истории болезни. Куратия больных.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения диагностики гинекологических заболеваний, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения диагностики гинекологических заболеваний , , собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетворительно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения диагностики гинекологических заболеваний , , собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетворительно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения диагностики гинекологических заболеваний , , не может выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.

5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.
7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.
8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

4. Дисфункциональное маточное кровотечение

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Показания к пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Даёт необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 хорошо	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Даёт правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетворительно	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетвори- тельно	Технику пункции полости малого таза через задний свод влагалища, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: определение характера жидкости в полости малого таза

Инструменты: кресло, пулевые щипцы, пробирка, пункционная игла, зеркала.

1. объяснение женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщину укладывают на гинекологическое кресло, ноги согнуты в коленном и тазобедренном суставах.
3. во влагалище вводят влагалищное зеркало.
4. обрабатывают влагалище и своды раствором йодоната, 70 % раствором этилового спирта
5. шейку матки захватывают за ее заднюю губу пулевыми щипцами

6. в месте наибольшего выбухания заднего свода производят прокол пункционной иглой на глубину 1-2 см
7. жидкость собирают в пробирку и в зависимости от характера жидкости, выбирают дальнейшую тактику больной
8. снимают пулевые щипцы
9. обрабатывают влагалище антисептическим раствором
10. убирают зеркала

5.Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетвори- тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетвори- тельно	Плохо знает теоретические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, не может выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

6. Миома матки. Эндометриоз.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Даёт правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Даёт правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетвори- тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Даёт правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетвори- тельно	Плохо знает теоретические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, не может выполнить практические навыки.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

7.Доброположительные и злокачественные опухоли яичников.

Оценка знание студентов.

86-100 Отлично	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень знаний и навыка: 4
71-85 Хорошо	Показания исследования полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания исследования полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 Не удовлетворительно	Исследование полости матки при помощи зонда, сбор необходимый инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.

6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь,ощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму , консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9.приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

8. Кровотечение в первой половине беременности.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Показания к исследованию полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень знаний и навыка: 4
71-85 хорошо	Показания исследования полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетвори- тельно	Показания исследования полости матки при помощи зонда, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетвори- тельно	Исследование полости матки при помощи зонда, сбор необходимый инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков:1.

Цель: измерение длины матки

Инструменты: перчатки, зонд, гинекологический стол, ложкообразные зеркала, пулевка, спирт, вата.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина на гинекологическом кресле, ноги согнуты в тазовом и коленных суставах.
3. моют руки, высушивают, надевают стерильные перчатки
4. наружные половые органы женщины обрабатывают антисептическими растворами.
5. левой рукой раздвигают большие половые губы, правой вводят сначала нижнее зеркало
6. левой рукой придерживают нижнее зеркало и правой рукой вводят верхнее зеркало, и дают придерживать помощнику

7. Пулевкой захватывают вернюю часть шейки матки и убирают верхнее зеркало.
8. левой рукой придерживая пулевку, правой рукой вводят зонд в матку.
9. обращают внимание на измерения зонда, оно свидетельствует о длине матки (при опухолях, беременности)
10. снимают перчатки и помещают в герметический контейнер.
11. моют руки.

1. Аномалия развития и положения женских половых органов.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения монипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правильные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает, знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения монипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетвори- тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения монипуляции, собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетвори- тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения монипуляции, не может выполнить практические навыки.

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.
7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к

боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

10.Бесплодный брак. Вопросы контрацепции.

Оценка знание студентов.

86-100 отлично	Показания к пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 хорошо	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетворительно	Показания пункции полости малого таза через задний свод влагалища, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 не удовлетвори- тельно	Технику пункции полости малого таза через задний свод влагалища, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: считается основным методом исследования гинекологических больных для диагностики заболевания

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в коленном и тазобедренных суставах.
3. манипуляция проводится в стерильных перчатках.
4. указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
5. средний палец правой руки вводят во влагалище оттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, пощупывают тело матки.

7. пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму , консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.

8. определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.

9. приступают пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов

матки к боковым стенкам таза, в норме придатки не пальпируются

10. определяют состояние параметрия

11. определяют глубину, болезненность сводов влагалища

Содержанни

I. Выписка из ГОС высшего образования о содержании дисциплины (стандарт учебной дисциплины)	стр
II. Типовая программа (для дисциплин включенных в ГОС)	стр
III. Рабочая программа (по утвержденной структуре)	стр
IV. Методические рекомендации по выполнению практических и семинарских занятий (ЕМС)	стр
1.Роль анамнеза. Методы обследование гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.	стр
2.Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.	стр
3.Дисфункциональные маточные кровотечения.	стр
4.Внематочная беременность, пузырный занос, харион эпителиома	стр
5.Воспалительные заболевания женских половых органов	неспецифической и специфической этиологии.
6.Миома матки. Эндометриоз	стр
7.Добропачественные и злокачественные опухоли яичников.	стр
8.Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов. Фоновое и предраковое заболевания. Рак шейки и тела матки.	стр
9.Бесплодный брак. Методы контрацепции.	стр
V. Сборник ситуационных задач и заданий для практических занятий.	стр
VI. Перечень вопросов по видам контроля (ТК, ПК, ИК) .	стр
VII. Перечень экзаменационных (общих) вопросов (включая ОСКЭ)	стр
VIII. Раздаточный материал.	стр
IX. Глоссарий.	стр
X. Контролирующие материалы по дисциплине.	стр
a) - тесты текущеконтроля знаний	стр
b) - тесты промежуточного контроля знаний	стр
c) - тесты итогового контроля знаний	стр
XI. Темы рефератов	стр
XII. Материалы для НИРС и УИРС (СНО)	стр
XIII. Инновационные образовательные технологии: перечень технических средств программного обеспечения и электронных обучающих материалов	стр
a) - электронные учебники	стр
b) -прикладные компьютерные программы	стр
c) – видеоматериалы	стр
d) – аудиоматериалы	стр
XIV. Учебники, учебные пособия, учебно-методические рекомендации, курс лекций, конспект лекций, подготовленные разработчиком УМК	стр
XV. Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов	стр
XVI. Перечень практических навыков по каждой дисциплине	стр
XVII. Список литературы по освоению предмета:	стр
a) -основная литература	стр

- b) -дополнительная литература _____ стр
- c) -список монографий _____ стр
- d) -список диссертаций _____ стр
- e) -список литературы на кафедре, читального зала и ИРЦ института _____ стр
- f) -литература на сайте института _____ стр
- g) -сайты «Интернета» _____ стр

XVIII. Аннотация

XIX. Заключения, замечания, полезные советы, предложения _____ стр

XX. Сведения об авторах _____ стр

XXI. Нормативные документы Министерства высшего и среднего специального образования и Здравоохранения по образованию (приказы, распоряжения, письма и т.д.) _____ стр

- a) Критерии оценки знаний студентов по рейтинговой системе: _____ стр
- b) -критерии оценки ТК _____ стр
- c) -критерии оценки ПК _____ стр
- d) -критерии оценки ИК _____ стр
- e) -критерии оценки СРС _____ стр
- f) -критерии оценки практических навыков _____ стр