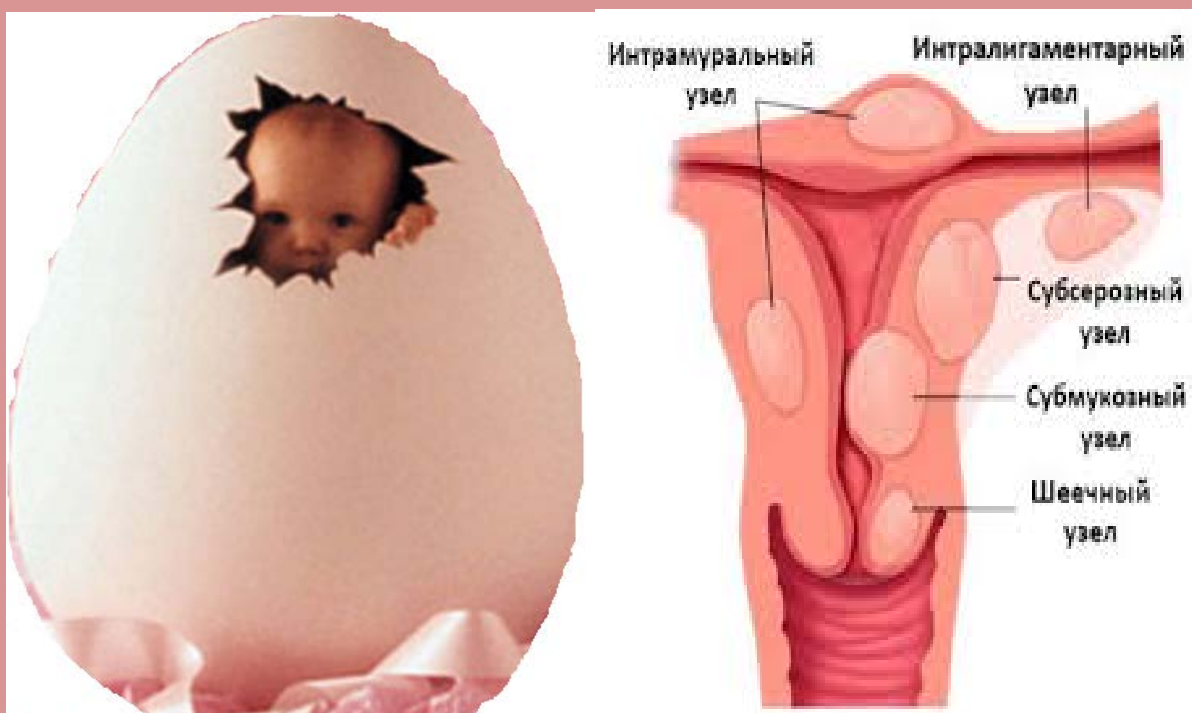




*Учебно-методическое пособие  
по предмету ТИНЕКОЛОГИИ для студентов  
5-курса лечебного и медико-педагогического  
факультета*



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

**Абу Али ибн Сины**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Проректор учебных работ**

**DSc профессор \_\_\_\_\_Жарилкасинова 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***

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

*Ровшар*

ТАСДИҚЛАЙМАН:  
Ўзбекистон Республикаси  
Олий ва ўрта махсус таълим вазирининг  
ўринбосари, "Ўзлуксиз таълим тизими  
стандартлари"ни стандартлаштириш бўйича  
техник қўмита раиси

201 йил " " "

О'з DSt \_\_\_\_:20 \_\_\_\_ "55101100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйиладиган талаблар" Давлат таълим стандарти лойиҳасини "Ўзлуксиз таълим тизими стандартлари"ни стандартлаштириш бўйича техник қўмитада техник экспертизадан ўтказиш бўйича Хулоса

Ўзбекистон стандартлаштириш, метрология ва сертификатлаштириш агентлиги Олий ва ўрта махсус таълим, Халқ таълими вазирликларининг 2009 йил 4 майдаги "Ўзлуксиз таълим тизими стандартлари"ни стандартлаштириш бўйича техник қўмитасини ташкил этиш тўғрисида"ги 123, 112, 163-сонли қўшма буйруғига асосан тайёрланган О'з 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.

О'з 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 О'з DSt \_\_\_\_:20 \_\_\_\_ "55101100 - Даволаш иши таълим йўналиши бўйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйиладиган талаблар" Давлат таълим стандарти лойиҳаси Ўзбекистон Республикаси Қонунчилигига, стандартлаштириш Давлат тизими, ўлчов бирликларини таъминлаш Давлат тизими, сертификатлаштиришнинг миллий тизими, стандартлаштиришнинг тармоқлараро тизими талабларига мос келади ва "Ўзстандарт" агентлигида Давлат рўйхатидан ўтказишга тавсия этилади.

Техник қўмита раиси  
ўринбосари

Техник қўмита масъул котиби

Р.Ражаббаев

Олий таълим стандартларини  
стандартлаштириш бўйича  
кичик қўмита котиби

А.А.Умаров

Ишчи гуруҳ:

О.Р.Тешаев

А.И.Искандаров

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

4 август 2011й.

Тошкент ш.

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

ҚАТНАШДИЛАР:

1. Тошкент педиатрия тиббиёт институти ўқув ишлари бўйича проректори профессор Искандаров А.И.
2. БухТИ ўқув ишлари проректори проф. Хидоятлов Б.А.

КУН ТАРТИБИ:

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

ЭШИТИЛДИ:

Кун тартибдаги ушбу масала юзасидан ҳар бир йўналиш бўйича ишчи гуруҳ раҳбарлари (Абдуллаев С.П., Зуфаров П.С., Дўстмухамедов М.З., Нурузова З.А., Холматова Б.Т.)нинг ахбороти тингланди. Тешаев О.Р. тайёрланган давлат таълим стандартлари ва ўқув режалари лойиҳалари юзасидан фикр-мулоҳазалар билдиришни йиғилганлар муҳокамасига қўйди.

Муҳокамада: Искандаров А.И., Хидоятлов Б.А., Тешаев О.Р. ва бошқ. иштирок этди.

Муҳокама этилган масала юзасидан мажлис  
қарор қилади:

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



Тешаев О.Р.

Одилбекова Д.Б.

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

### ДАЛОЛАТНОМАСИ

Тошкент шаҳри

август 2011 йил

Биз қуйида имзо қўювчилар – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Фан ва ўқув юртлар Бош бошқармаси бошлиғи Ш.Э.Атаханов, ЎзР ССВ Бош Давлат санитария врачлари, вазир муовини С.С.Сайдалиев, ЎзР ССВ Бош стоматолог С.Н.Максудов, ТТА ўқув ишлари бўйича проректор О.Р.Тешаевлар Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилган қуйидаги таълим йўналишларининг ДТСлари мазмунини билан танишиб, келишув ҳақида ушбу далолатномани туздик:

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

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирлигининг  
Фан ва ўқув юртлар Бош  
бошқармаси бошлиғи



Ш.Э.Атаханов

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирлигининг  
Бош Давлат санитария врачлари,  
вазир муовини



С.С.Сайдалиев

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирлигининг  
Бош стоматолог

С.Н.Максудов

Тошкент тиббиёт академияси  
ўқув ишлари бўйича  
проректор



О.Р.Тешаев

– мустақил таълим ва ижодий кидирув натижасида ўқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида ўз-ўзини мунтазам такомиллаштириб бориш.

5A510126 – Фармакология мутахассисликлари ҳамда таълимнинг ваколатли бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йўналиши ва

STANDARTLASHILOV, OP. 374  
NAZORATINI MUHOVI, KASHINOV  
AXBOROT TASHKENT, 1941  
JORYI ETIYANOV

05.05.2016 36 0877

уларни профилактикаси, қон кетишларда, шикастланишларда, ҳоминик таъкима ишларида касалликларда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув. Хирургик касалликларни амбулатор шароитдаги реабилитацияси ва ушбу касалликлар профилактикаси.

#### **6.5.4.3 Халокат тиббиёти. Болалар травматологияси:**

Табийий офат ва ҳалокатларда шикастланганларни мустақил текшириш ва ташхис қўйиш, табийий офат ва ҳалокатларда биринчи тиббий ёрдамни кўрсатиш учун зарур бўлган амалий кўникмаларни бажариш, транспортировка ва юқори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш. Таянч-ҳаракат тизими жароҳатланган болаларда биринчи тиббий ёрдамни кўрсатиш, тўғри транспортировка қилиш ва малакали ҳалда ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш

#### **6.5.4.4 Шошилиш ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам:**

Шошилиш ҳолатларда тўғри ташхис қўйиш ва биринчи врач ёрдамини тулик амалга ошириш. Тез ёрдам ва кишлоқ врачлик пунктларида критик ҳолатлардаги беморларни оғрикисизлантириш, уларга реанимация ва интенсив даволаш чораларини утказиш.

#### **6.5.4.5 Акушерлик-гинекология:**

Оилани режалаштириш ва репродуктив соғлиқни сақлашни консултация қилиш. Физиологик ҳомиладорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал шароитдаги диагностика, асоратларни эрта ташхислаш ва олдини олиш, туғруқдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва туғруқдан кейинги контрацепция, асоратларда тез ёрдам кўрсатиш, консултация, тест ўтказиш, жинсий йўл билан юкувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онкокасаликлар профилактикаси, контрацепцияни тизимли қилиш, шифохонагача бўлган босқичда ёрдам, қўп учрайдиган гинекологик касалликлар ташхис ва даволаш, амбулатор ва уй шароитларида гинекологик касалликлар ва жарроҳлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилиш ҳолатлар умумий шифокор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

#### **6.5.4.6 Неонатология:**

Янги туғилган чақалоқларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, туғруқ залида асфикцияда реанимация, кўрак сути билан боқиш усуллари ва янги туғилган чақалоқни она билан бирга бўлишини таъминлаш; турли патология билан туғилган чақалоқларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соғлиғини баҳолаш ва барча ёндаш болаларни парваришлаш; болани овқатланишини коррекциялаш, жисмоний ва психомотор рифожланишини кузатиш; касалликлар профилактикаси бўйича ишлаш ва хавфсиз вакцинация; қўп учрайдиган касалликларда таққослама ташхисот ва фармакотерапия, шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш; хавф гуруҳи ва турли хил касаллик билан оғриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

*Олий таълим муассасаси томонидан ўрнатиладиган ихтисослиқ фаилари*

Ихтисослик фаилари рўйхати ва мазмун қадрлар буюртмачи тарафидан таъинланади ва бакалаврлар тайёрлашнинг ушбу йўналиши бўйича фан, техника ва технологиянинг замонавий ютуқлари ҳисобга олинган ҳолда олий таълим муассасаси томонидан белгиланади.

#### **6.5.5 Малакавий амалиёт**

Талабалар умумқасбий фанларни ўзлаштиришда олган билимларини назарий ва амалий мустаҳкамлаш; ҚВП/ШВПда бакалавр томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўлини шароитида бакалавр билимлари ва кўникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккинчилик шикастларини йиғиш; беморни синчиклаб кўриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йиғиш; таққослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия қилиш; тор мутахассислар кўригига кўрсатма; амбулатор даволашишга кўрсатма; стационар даволашишга кўрсатма; якуний ташхисни қўйиш; аниқ клиник ҳолатларда бакалавр тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитда тиббий ҳужжатларни тўғри

02.288.30.001.001

Илова

5550100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг тузилиши

Т.р.	Ўқув фанлари, интеграллаштирилган курслар ва блокларининг номлари	Умумий юқлаштирилган халқим, сана тарафи
1	2	3
1.00	Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар	1704
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	<i>Математик коммуникатив курс</i>	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий тезника ва янги тиббиёт технологияси	81
	<i>Табиий-илмий курс</i>	2834
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	Умумқасбий фанлар	7970
	<i>Умумий патология курси</i>	936
3.01	Патологик физиология	252
3.02	Патологик анатомия. Секцион биопсия курси	606
3.03	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари	144
3.04	Фармакология	234
	<i>Тиббий профилактик курс</i>	698
3.05	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.06	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни 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. Халқ таъобати	558
3.12	Фтизиатрия	216
3.13	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126
3.14	Эндокринология	198
3.15	Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши	72
3.16	Қасб касалликлари	90
3.17	Клиник 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
	<i>Жарроҳлик фанлар курси</i>	2188
3.25	Оператив жарроҳлик топографик анатомия билан	180
3.26	Умумий жарроҳлик анестезиология асослари билан	216
3.27	Хирургик касалликлар	468
3.28	Нейрожарроҳлик	90
3.29	Болалар жарроҳлиги	162
3.30	Урология	162
3.31	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.32	Онкология. Болалар онкологияси	54
3.33	Анестезиология ва реанимация	54
3.34	Оториноларингология, стоматология	216
3.35	Офтальмология	162
	<i>Опалик ва болаликни ҳимоя қилиш курси</i>	972
3.36	Акушерлик ва гинекология	342
3.37	Педиатрия	630
4.00	<b>Ихтисослик фанлари</b>	1818
	<i>Бакалавр фанлари</i>	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Халокат тиббиёти	54
4.04	Шошилиш ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198
5.00	<b>Қўшимча фанлар</b>	450
5.01	Ҳарбий тиббий тайёргарлик, ФМ ва ФМТХ	450
	<b>Ҷами</b>	14962
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жорий ва давлат аттестациялари	1188
	<b>Ҷами</b>	2484
	<b>ҲАММАСИ</b>	17446

**ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН:**

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта  
махсус таълим вазирлиги ҳузуридаги Олий  
ва ўрта махсус, касб-хунар таълимини  
ривожлантириш маркази

Директор проф.Рахимов Б.Х.

201\_йил «\_»\_

М.Ў.

Тошкет Тиббиёт Академияси

Ректор акад.Каримов Ш.И.

201\_йил «\_»\_

М.Ў.

**КЕЛИШИЛГАН:**

ССВ кадрлар ва олий ўқув юртлари бош  
бошқармаси

Бошлиғи проф. Атаханов 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" сентябр

Ўзбекистон Республикаси

Олий ва ўрта махсус таълим  
вазирлигининг 2013 йил "13"

сентябр даги "82"-сонли  
буйруғи билан тасдиқланган



*Ш. Содиқов*

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ (4-5 курс)  
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

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

Тошкент -2013

## 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 кечаётган ҳомиладорликда самарали перинатал ёрдам принципларига, нормал ва патологик туғруқ ва чилла даврини олиб бориш, чақалоқларни праваришлаш, акушерлик ва гинекология амалиётларида кўп учраб турадиган шошилиш ҳолатларда, диагностика, бирламчи ёрдам кўрсатиш ва профилактика усуллари ўргатишдан иборат.

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

- физиологик кечаётган ҳомиладорлик, туғруқ, чилла давларининг 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 боқининг 10та принциплари тўғрисида, чилла даврида парвариш ва контратсепсия;
- ҳомиладорликда кўп учрайдиган: ҳомиладорлик пайтидаги гипертензив ҳолатлари ҳомиладорлик кечки муддатларидаги қон кетишлар, нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши (НЖЙБК) ва йўлдошнинг олдинда ётиши (ЁЁ), ҳомиладорлик муддатига этмаслиги ва муддатидан ўтиб кетиши, ҳомилани чаноғи билан келиши, ҳомилан нотўғри ҳолати ва ётиши, резус-можароли ҳомиладорлик этиопатогенези, клиникси ва диагностикси ҳақида тушунча;
- патологик туғруқ акти туғруқ кучлари аномалиялари, туғруқдан кейинги вагинал қон кетишлар (бачадон атонияси, юмшоқ туғруқ йўллари ва оралик йиртилишлари, йўлдош ажралишини ушланиб қолиши ёки йўлдош бўлақларининг қолиб кетиши, бачадонни ағдарилиши) геморрагик шок. Диссеминирлашган томир ичида қон ивиш синдроми (ДТҚИС), этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси тўғрисида;
- ҳомиладорлик ва чилла даври инфекциялари тўғрисида;
- чақалоқлардаги шошилиш ҳолатлар ва муаммолар, чақалоқлар реанимацияси тўғрисида;
- ОИВни онадан болага ўтиши профилактикаси тўғрисида (ОБҲП);
- иш жойида инфитсирланиш профилактикаси;
- аёлларда репродуктив фаолияти хусусиятлари, хайз сикли бошқарилиши бўйича замонавий тушунчалар;
- гинекологик беморларни текшириш усуллари;
- кўп учрайдиган гинекологик касалликалар этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси;
- спетсифик ва носпетсифик этиологияли яллиғланиш касалликлари, жинсий йўллар орқали юқувчи касалликлар (ЖҲҲОК);
- бачадон бўйни ва танаси фон, рақолди ва рақ касалликлари;
- аёллар жинсий аъзолари ўсма касалликалари.

**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 гуруҳларини аниқлаш;
- чаноқ ўлчагичда чаноқ ўлчамларини ўлчаш;
- стетоскопда ҳомила юрак уришини эшитиш;
- туғруқ ва туғруқ давлари диагностикаси; партограмма аҳамияти;

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

**гинекологиядан билиши ва фойдалана олиши керак:**

- гинекологик беморларда мақсадга йўналтирилган анамнез йиғиш 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,
- бепуштлиқга диагноз қўйиш ва мутахассисга жўнатиш;
- гениталий органлари ва сут безлари фон ва раколди касалликларига диагноз қўйиш, мутахассисга жўнатиш.

**АКУШЕРЛИКдан қуйидаги 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;
- туғруқни тахминий муддатини аниқлаш;
- нормал туғруқни қабул қилиш;
- ҳомила тахминий вазнини аниқлаш;
- дардлар сони жадаллиги ва давомийлигини аниқлаш;
- киндикни кесиш ва артиб тозалаш;
- чақалоқларни бирламчи артиб тозалаш;
- Апгар ва Силверман шкалаларида чақалоқлар аҳволини баҳолаш;
- етилиб туғилганлик, чала туғилаганлик даражаларини аниқлаш;
- чақалоқларни бирламчи она кўкрагига қўйиш;
- туғруқни III даврини фаол олиб бориш;
- йўлдош бутунлигини аниқлаш;
- йўқотилган қон миқдорини аниқлаш;

- чилла даврида бачадон инволюсиясини баҳолаш;
- кўкрак билан боқиш принциплари;
- мастит профилактикаси.

### **ГИНЕКОЛОГИЯДАНдан қуйидаги амалий маҳоратларни бажара олишлари керак:**

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

### **Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик**

ИВ ва В курс талабалари мазкур фанларни мукамал ўзлаштиришлари учун, нормал ва топографик анатомия, физиология, патофизиология, гистология, патологик анатомия, микробиология, эпидемиология, терапия, хирургия анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, дерматовенерология, эндокринология ва болалар касалликлари 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 оналик принциплари. Шифохона ичи инфекцияси тўғрисида замонавий тушунчалар. Аёллар жинсий аъзолари клиник анатомияси. Туғруқ йўллари. Ҳомилани туғруқ объекти сифатида ўрганиш.	6
2	Перинатал ёрдам асослари. Ҳомиладорларни текшириш усуллари. Ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикаси. Оилавий поликлинакка ишлаш принциплари, кишлоқ ва шаҳарда ҳомиладорларга тиббий ёрдамни ташкил этиш. Акушерлик асоратларини олдини олишда оилавий поликлинанинг ўрни. Шериклик туғруққа тайёргарлик. Оналар мактаби.	6
3	Туғруқ. Туғруқ давлари. Шериклик туғруқ. Партограммани 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. Кўкрак билан боқишнинг 10та принциплари. Она ва болани биргаликда бўлиши. Кўкрак безларини парваришlash.	6
5	Ҳомилани чаноғи билан келиши. Туғруқ биомеханизми. Ловсет ва Морис-Смейли-Вейта усуллари	6
6	Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қусиши. Этиологияси, таснифи, клиникаси, даволаш.	6
7	Ҳомиладорлик пайтидаги гипертензия ҳолатлари. Прееклампсия, диагностика,	

	даволаш ва тактика.	6
8	Буйрак касалликлари ва камқонликда ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврини кечиши. <i>Симптомсиз бактериурия.</i>	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 индукцияси. Ҳомила пуфагининг муддатидан олдин ёрилиши	6
11	Фетоплатсентар этишмовчилик, ҳомила ўсишдан ортда қолиши синдроми, ҳомилада шошилиш ҳолатлари 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 кетишлар. Нормал жойлашган юлдошнинг барвақт кўчиши. Юлдошни олдинда ётиши.	6
2	Туғруқдан кейинги вагинал қон кетишлар (йўлдош бирикиши аномалиялари, бачадон гипо ва атонияси, юлдош қисмларини қолиб кетиши, бачадон бўйни ва оралик йиртилишлари) сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси ва профилактика чоралари.	6
3	Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Туғруқни актив ва пасив фазалари. Таснифи. Турли туғруқ фаолияти аномалиялари этиологияси, клиникаси ва диагностикаси. Акушерлик тактикаси ва профилактика. ЖССТ тавсиясига кўра окситотсинда туғруқ индукцияси.	6
4	Тор чаноқ, этиологияси, турлари, таснифи, диагностикаси. Ҳомила боши ва она чаноғи диспропорцияси. Элкалар дистотсияси. Функционал тор чаноқни келиб чиқиш 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 кетишлар: бачадон ёрилиши. Таснифи, этиологияси ва патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари, профилактикаси.	6
7	Туғруқни амалга оширувчи оператсиялар: кесар кесиш, акушерлик қисқичлари, вакуум экстракция ва ҳомилани думбасидан тортиб олиш.	6
8	Ҳомилада шошилиш ҳолатлари ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси. Ҳомилани она қорнида инфитсирланиши. ТОРЧ– инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва	

	акушерлик тактикаси.	6
9	Онадан болага ОИВ-инфексия трансмиссияси. Онадан болага ОИВ юқиши профилактикаси интеграцияси ва самарали перинатал парвариш. ОИВ бўйича тестдан олдин ва кейинги маслаҳат. ОИВ-позитив ҳомиладорларда антенатал, антиретровирус препаратларини буюриш. Тўғдириш усуллари (електив кесар кесиш), туғруқни бехатар олиб бориш. Чақалоқни бехатар эмизиш амалиёти. ОИВ-позитив оналардан туғилган чақалоқларга махсус парвариш. Туғруқдан кейинги асоратлар профилактикаси. Иш жойида ОИВ.	6
10	Чилла даври инфекциялари. Замонавий тушунчалар. Таснифи, инфекция тарқалиш йўллари. Инфекция қўзғотувчилари тўғрисида замонавий тушунчалар. Диагностикаси. Даволаш принциплари. Профилактикаси. Юқори хавф гуруҳлари, амбулатор шароитда профилактика.	6
11	Туғруқдан кейинги юқори ҳарорат. Акушерлик перитонити, сабаблари, диагностикаси, даволаш.	4
	Жами : 64с	

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

№	Мавзу номи	Соат
1	Анамнезنى ўрни. Гинекологик беморларни текшириш усуллари. Касаллик тарихи схемаси. Беморлар куралиши.	5
2	Нормал хайз цикли ва унинг бошқарилиши. Хайз цикли бузилишлари. Аменорея. Гипоменструал синдром.	5
3	Бачадондан дисфункционал қон кетишлар.	5
4	Ҳомиладорлик II ярмида қон кетишлар. Абортлар. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, элбуғоз, хорионепителиома.	5
5	Аёллар жинсий аъзолари спетсифик ва носпетсифик этиологияли яллиғланиш касалликлари.	5
6	Бачадон миомаси. Эндометриоз.	5
7	Тухумдон яхши ва ёмон сифат ўсма касалликлари.	5
8	Аёллар жинсий аъзолари нуқсонли ривожланганлиги ва нотўғри жойлашиши.	5
9	Бачадон бўйни ва танаси фон ва рак олди касалликлари. Бачадон бўйни ва танаси раки.	5
10	Бепушт никоҳ. Контратсепсия усуллари.	5
	Жами : 50с	

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 туғруқдаги аёлларни текшириш усуллари. Туғруқ. Туғруқ жараёни. Нормал туғруқ биомеханизми.
4. Экстрагенитал касалликларни ҳомиладорлик, туғруқ даврида аёллар организмига ва ҳомила ривожланишига таъсири. (Камқонлик, ЮҚТ касалликлари, буйрак касалликлари). Гипертензив синдром. Кунгил айнаш ва қусиш синдроми.
5. Аёллар жинсий аъзоларини носпетсифик ва спетсифик яллиғланиш касалликлари.
6. Аёллар жинсий аъзоларини хавфли ва хавфсиз ўсма касалликлари. Таснифи. Даволаш ва реабилитация.

#### 4 курс тиббий - профилактика факултети.

1. Акушерлик ва гинекология фанининг предмети. Акушерлик ва перинатология фанининг ривожланиш тарихи.
2. Хомиладорликда кунгил айнаши ва қусиш. Хомиладорларда гипертензив синдромлар, прееклампсия и эклампсия. Уларни ижтимоий ва ишлаш шароитларига боғлиқлиги.
3. Экстрагенитал касалликларнинг ҳомилага таъсири. Махсус туғруққа ёрдам берувчи муассасаларнинг ўрни. Ўткир ва сурункали ҳомила гипоксияси. Янги туғилган чақалоқ асфиксияси.
4. Хомиладорлиkning И ва ИИ ярмида қон кетиши.
5. Туғруқда диспропорция.
6. Нормал хайз функцияси ва унинг бузилиши. Ножўя омилларнинг хайз сиклига таъсири.
7. Аёллар жинсий аъзоларининг спетсифик ва носпетсифик этиологияли яллиғланиш касалликлари.
8. Бачадон ва тухумдонларнинг хавфли ва хавфсиз ўсмалари. Профилактик кўрувларнинг онкологик касалликнинг камайитиришдаги роли.
9. Бепушт никоҳ. Ижтимоий, профессионал ва бошқа омилларнинг бепуштликка таъсири. Оилани режалаштиришнинг тиббий аспекти. 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 парвариш.** Хомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикаси. Туғруққача парваришнинг ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган янги модели. Режали туғруққача мониторинг. Оилавий поликлиника ишлаш принциплари, қишлоқ ва шаҳарда хомиладорларга тиббий ёрдамни ташкил этиш. Ҳомила аҳволини баҳолаш. Гравидограммани қўллаш. Ҳомила ривожланишида нуқсонларни аниқлаш скрининги. Акушерлик асоратларини олдини олишда оилавий поликлиниканинг ўрни. Хомиладорларни туғруққа физиопсихопрофилактик тайёрлаш. Хомиладорлар картаси. Туғруқ режасини тузиш.

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

**Физиологик туғруқ. Туғруқни бошланиши сабаблари ва уни бошқарилиши. Туғруқ даврлари клиникаси ва биомеханизми.** Физиологик туғруқ. Туғруқни бошланиши сабаблари. «Туғруқ акти» тўғрисида 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. Партограммани қўллаш. Туғруқни учинчи даврини фаол олиб бориш. Шерикли туғруқ. Энса олдинги турида туғруқ биомеханизми. Чақалоқ туғилган захоти аҳволини баҳолаш. Чақалоқни иссиқ ҳимоялаш.

**Ҳомила чаноғи билан келганида туғруқ.** Туғруқ биомеханизми. Ловсет, Морисо-Смелли-Вейта усуллари.

**Ҳомиладорлик илк токсикозлари.** Диагностикаси. Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қусиши. Этиологияси, таснифи, клиникаси, даволаш.

**Ҳомиладорликда гипертензив синдром.** Ҳомиладорликда хавфли симптомлар. Ҳомиладорликда гипертензив синдром, прееклампсия энгил ва оғир даражалари, эклампсия. Турли формалари диагностикаси. Гипертензив синдромда акушерлик тактикаси. Асоратлар: нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши, ҳомила ўсишдан орқада қолиш синдроми ХЎОҚС, ўткир буйрак этишмовчилиги ЎБЕ, кўз тўрпардаси кўчиши, мия шиши, ўпка шиши, миёга қон қуйилиши, кома, ХЕЛЛП-синдром, туғруқда қон кетишлар, диссименирлашган томир ичида қон ивиш синдроми (ДТҚИС) ва бошқалар. Гипертензив синдромда УАШ тактикаси. Асоратлар профилактикаси. Прееклампсия ва эклампсия оғир формаларида шошилиш ёрдам кўрсатиш. Профилактика ва реабилитация чоралари.

**Сийдик йўли инфекцияларида ҳомиладорлик ва туғруқ.** Пиелонефрит. Гломерулонефрит. Ҳомиладорликда касаллик ривожланишига туртки омиллари. Симптомсиз бактериурия. Гипертензив бузилишларида буйрак касалликларининг аҳамияти. Она ва ҳомила учун ҳомиладорлик ва туғруқда асоратлар. Ҳомиладорликга қарши кўрсатмалар. Антенатал парвариш, туғруққа тайёрлаш, туғдиришда ва чилла даврида реабилитация 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 реабилитация хусусиятлари.

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

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

**Ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетиши.** Этиологияси, патогенези, таснифи. Юқори хавф гуруҳига қирувчилар. Симптоматика ва диагностикаси. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқ индукцияси.

**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 қолиш синдроми (ХЎОКС).** Этиологияси. Диагностикаси, профилактикаси. Чақалоқ тўсатдан ўлими синдроми.

**Ҳомиладорлик кечки муддатларида вагинал қон кетишлар.** Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши. Йўлдошни олдинда ётиши. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт 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 кетишлар (йўлдош бирикиши аномалиялари, бачадон гипо ва атонияси, юлдош қисмларини бачадон бўшлиғида қолиб кетиши, бачадон бўйни ва оралик йиртилишлари) сабаблари, диагностикаси, шифокор тактикаси ва профилактика чоралари.** Окситотсин ва/ёки простагландинларни такрор юборганда дозаси. Вақтинчалик қон кетишини тўхтатиш усуллари: бачадонни ташқи уқалаш, бачадон бимануал компрессияси, қорин аортасини босиш. Қон кетишини тўхтатишнинг жаррохлик 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 шошилишч бирламчи баҳолаш. Бирламчи реаниматсия ( кристаллоидлар 3:1да юбориш ). Қон қўйишга кўрсатмалар.

Қон ивиш тизими, ундаги ҳомиладорликда ўзгаришлар. Диссеминирлашган томир ичида қон ивиш синдроми (ДТҚИС) сабаблари, диагностикаси, клиникаси, профилактикаси. Эритротситар масса ва янги музлатилган плазма қўйишга кўрсатмалар. Акушерликда қон кетиши хавф гуруҳи 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 индукцияси.

**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 диспропорцияси. Элкалар дистотсияси.** Функционал тор чаноқни келиб чиқиш сабаблари ва клиник симптомлари. Она ва бола учун асоратлар ва уларни профилактикаси.

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

**Туғруқда вагинал қон кетишлар: бачадон ёрилиши.** Таснифи, этиологияси ва патогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари, профилактикаси.

**Туғруқни амалга оширувчи оператсиялар: кесар кесиш, акушерлик қискичлари, вакуум экстракция.** Замонавий акушерликда кесар кесиш. Жаррохлик модификациялари, мутлақ ва нисбий кўрсатмалар. Асоратлар ва реабилитация.

Акушерлик қискичларини қўйишга кўрсатмалар, шароитлар ва қискичларни қўйиш техникаси. Вакуум экстракторни қўйишга кўрсатмалар, шароитлар ва қўллаш техникаси.

**Ҳомилада шошилиш ҳолаталар ва чақалоқларда муаммолар. Чақалоқлар реанимацияси.** Ҳомилани она қорнида инфитсирланиши. TORCH– инфекциялар тўғрисида тушунчалар. Она қорнида юқиш йўллари. Диагностикаси, даволаш ва акушерлик тактикаси.

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

**Чилла даври инфекциялари.** Замонавий тушунчалар. Таснифи, инфекция тарқалиш йўллари. Инфекция қўзғотувчилари тўғрисида замонавий тушунчалар. Диагностикаси. Даволаш принциплари. Профилактикаси. Юқори хавф гуруҳлари, 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 цикли ва унинг бошқарилиши. Гинекологик касалликлар пропедевтикаси.** Гинекологик касалликлар пропедевтикаси. Гинекологик беморларни замонавий текшириш усуллари.

**Хайз цикли бузилишлари. Таснифи. Аменорея.** Хайз цикли бузилишлари таснифи. Аменорея. Таснифи. Этиологияси, патогенези. Диагностикаси. Даволаш ва профилактика принциплари.

**Бачадондан дисфункционал қон кетишлар.** Аёллар турли ёш давларида дисфункционал қон кетишлари. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси. Текшириш усуллари, даволаш принциплари. 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 принциплари. Жинсий йўллар орқали юқувчи касалликлар (ЖЕЮК) тўғрисида тушунча, улар профилактикаси.

**Ҳомилдорлик II ярмида қон кетиши.** Ҳомилдорлик биринчи ярмида қон кетишлар сабаблари. Бачадондан ташқари ҳомилдорлик. Элбуғоз. Этиологияси, патогенези, турлари. Бачдон найдаги ҳомилдорликни узилиши. Клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари. Найдаги ҳомилдорлик асоратлари ва профилактикаси.

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

**Тухумдон ўсмалари.** Тухумдон яхшисифат ўсмалари. Учраши, этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси. Тухумдон ретенцион ҳосилалари. Асортлари. Тухумдон ёмонсифат ўсмалари. Таснифи. Симптоматика, диагностикаси, даволаш принциплари. Профилактик кўрувлар аҳамияти, ултраторовушли 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 никоҳ.** Бепушт никоҳ. Аёллар ва эркаклар бепуштлиги. Аёллар бепуштлиги таснифи, най, эндокрин бепуштлиги. Иммунологик бепуштлик. Текшириш усуллар, диагностикаси, даволаш принциплари.

**Замонавий контрацепсия усуллари.** Контрацепсия турлари. Маслаҳатлашув принциплари.

## **АМАЛИЙ МАСҲУЛОТЛАРГА 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 объекти сифатида ўрганиш.
- Шифокорни деонтология ва сир сақлашига риоя қилиши. Бехатар оналик принциплари.
- Ҳомиладорларни текшириш усуллари. Ҳомиладорлик эрта ва кечки муддатлари диагностикаси. Антенатал кузатувнинг замонавий концепсияси. Ҳомила аҳволини баҳолаш. Ҳомиладорлар уй картаси. Оналар мактаби. Аёл организмдаги ҳомиладорлик сабабли ўзгаришлар. 425-сонли буйруқ билан танишув.
- Туғруқ. Организмнинг туғруққа тайёргарлигини баҳолаш. Туғруқ даврлари. Партограмма. 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 бориш. Туғруқни оғриксизлантириш. Туғруқни III даврини фаол олиб бориш. Юмшоқ туғруқ йўллари кўришга кўрсатмалар. Шериклик туғруқ.
- Физиологик чилла даври. Чақалоқлик даври. Чақалоқларни Апгар шкаласида баҳолаш. Чақалоқларни бирламчи артиб тозалаш.
- Кўкрак билан боқиш принциплари. Она ва боланинг биргаликда бўлиши. Кўкрак билан боқишнинг 10та принциплари. Гипогалактия. Чақалоқлар асфиксияси диагностикаси, жонлантириш чоралари. Чақалоқлар парвариши.
- Ҳомилани чаноғи билан келиши. Ҳомиладорлик ва туғруқни кечиши. Туғруқ биомеханизми. Ловсет ва Морисо-Смелли-Вейта усуллари.
- Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қусиши. Этиологияси, таснифи, клиникаси, даволаш.

- Ҳомиладорликда гипертензив синдром, прееклампсия, эклампсия. Гипертензив ҳолатлар таснифи. Клиникаси, диагностикаси, асоратлари. Прееклампсия ва эклампсия оғир формаларида шошилиш ёрдам кўрсатиш. Профилактика ва реабилитация чоралари.
- Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврининг буйрак касалликларида кечиши. Ҳомиладорликда буйрак касалликлари таснифи. Симптомсиз бактериурия. Ҳомиладорликни кечишига, ҳомилага ва чақалоққа таъсири. Қалтис давлари. Даволаш принциплари. Ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатмалар.
- Акушерликда резус-омилни ўрни. Ҳомиладорликдаги асоратлари. Резус-можаро ривожланиши хавф гуруҳлари. Чақалоқлар гемолитик касаллиги.
- Ҳомиладорлик муддатига этмаслиги ва муддатидан ўтиб кетиши тўғрисида тушунчалар. Этиологияси, клиникаси, диагностикаси. Таснифи. “Чин” ва “сохта” муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик тўғрисида тушунчалар.
- Ҳомиладорлик кечки муддатларида вагинал қон кетишлар. Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши (НЖЙБК). Йўлдошни олдинда ётиши (ЁЁ). НЖЙБК ва ЁЁ: таснифи, этиологияси, патогенези, клиник аломатлари, диагностика усуллари, асоратлар. Шошилиш ёрдам кўрсатиш ва акушерлик тактикаси.
- Туғруқдан кейинги вагинал қон кетишлар. Туғруқни IIII даври ва илк чилла даврида қон кетишлар. Сабаблари, клиникаси, диагностикаси. Қон кетиши турига қараб даволаш принциплари. Юмшоқ туғруқ йўллари йиртилишлари. Трансфузион ва инфузион терапия асослари.
- Геморрагик шок. Коагулопатик қон кетишлар. Этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси. Геморрагик шок ва акушерлик Диссеминирлашган томир ичида қон ивиш синдромини даволаш принциплари.
- Қоникарсиз туғруқ фаолияти. Таснифи. Этиологияси, патогенези, клиникаси ва диагностикаси, даволаш. Туғруқ ва чилла даврида асоратлар. Ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш тактикаси.
- Тор чанок. Этиологияси, таснифи, диагностикаси. Тўғдириш усуллари. Ҳомиладорлик ва туғруқни кечиши. Асоратлар. Анатомик ва клиник тор чанокларда тўғдириш усуллари.
- Ҳомила боши ва она чаноғи диспропорцияси. Функционал тор чанокни келиб чиқиш сабаблари. Она ва бола учун асоратлар. Элкалар дистотсияси, диагностикаси, акушерлик ёрдам усуллари.
- Ҳомилани нотўғри ҳолати. Диагностикаси, она ва бола учун асоратлар уларнинг профилактикаси. Ҳомилани нотўғри ҳолати, тушунча, этиологияси, диагностикаси.
- Туғруқда вагинал қон кетишлар. Бачадон ёрилиши. Диагностикаси. Хавф гуруҳи. Профилактикаси. Диагностикаси ва профилактикаси.
- Туғруқни амалга оширувчи оператсиялар: кесар кесиш, ҳомила вакуум-экстракцияси, акушерлик қисқичлари, ҳомилани чаноғидан тортиб тўғдириш.
- Чилла даври инфекциялари. Тушунча, этиологияси, патогенези, таснифи, тарқалиш йўллари, клиникаси, диагностикаси, даволаш принциплари, профилактикаси. Акушерлик перитонити. Акушерлик перитонитининг, хирургик перитонитидан фарқи. Лактостаз. Мастит.

#### **Гинекологиядан:**

- Анамнезнинг ўрни. Гинекологик беморларни текшириш усуллари. Касаллик тарихи схемаси. Беморлар куралиши.
- Нормал хайз цикли ва унинг бошқарилиши. Хайз цикли бузилишлари. Аменорея. Гипоменструал синдром.
- Бачадондан дисфункционал қон кетишлар. Таъриф, тушунча, аёллар турли ҳаёт давларида дисфункционал бузилишлари этиологияси. Даволаш принциплари.
- Ҳомиладорлик II ярмида қон кетишлар. Абортлар. Абортлар таснифи, ўз-ўзидан содир бўладиган абортлар этиологияси. Абортлар клиникаси. Ҳомиладорларни текшириш ва олиб бориш 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 касалликалари. Диагностикаси. Даволаш принциплари. Аёллар жинсий аъзолари спетсифик этиологияли яллиғланиш касалликалари. Сўзак, захм, трихомониаз, кандидоз, сил. Касаллик чақирувчи 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 нуқсонли ривожланганлиги ва нотўғри жойлашуви. Нотўғри жойлашуви сабаблари ва таснифи. Диагностикаси. Даволаш ва профилактика принциплари.
- Бачадон бўйни ва танаси фон ва раколди касалликлари. Таснифи, диагностика усуллари, даволаш принциплари. Профилактик кўрувларнинг ўрни.
- Бепушт никоҳ. Таснифи, аёллар бепуштлиги этиологияси. Диагностикаси. эр хотинни биргаликда 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. Чанок туби мушаклари.
2. Йўлдош тузилиши ва фаолияти. Амниотик суяклик биохимияси. Йўлдош гормонлари биосинтези.
3. Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатларини, ҳомила жойлашувини, аҳволини 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 чанок ўлчамлари. Ҳомила нормал ўлчамлари.
6. Кўнгил айнаш ва қусиш синдроми. Оғир кечишида акушерлик тактикаси.
7. Ҳомиладорларда урогенитал инфекциялар, диагностика, даволаш.
8. Физиологик кечаётган ҳомиладорликда қон биохимик кўрсаткичлари. Гипотензив дорилар.
9. Қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш. Норма ва гемолитик касаллигида қон биохимик кўрсаткичлари.
10. Мушаклар қисқариши патофизиологияси. Туғруқ бошланиши сабаблари. Организмнинг туғруққа тайёргарлиги. Нормал прелиминар давр. Нормал туғруқ биомеханизми. Туғруқда оғриксизлантириш. Утеротоник дорилар.
11. Физиологик қон йўқотиш.
12. Қон кетишини клиник аломатлари. Қон босими (ҚБ) ва пулсни ўлчаш. Қон ивиши физиологияси. Қон ивиш тизими. Қон ивиш омиллари нормада.
13. Ҳомила чаноғи билан келишида қўлланиладиган усуллар.
14. Рахит, унинг чанок тузилишига таъсири.
15. ОИВ ва ҳомиладорлик. Онадан ҳомилага инфекцияни вертикал трансмиссияси. Даволаш ва профилактикаси.
16. Кесар кесиш оператацияси усуллари.
17. Яллиғланиш жараёни патофизиологияси. Чилла даври яллиғланиш касалликалари кўзготувчилари.

### Гинекологиядан:

1. Аёллар жинсий аъзолари анатомияси ва физиологияси. Функционал диагностика тестлари. Қўшимча текшириш усуллари (ултратовушли текширув (УТТ), лапароскопия, гистероскопия, лаборатор текширувлар). Ҳомиладорлик эрта муддатлари диагностикаси.
2. Хайз сикли бошқарилиши. Тухумдон ва бачадон сикли. Функционал диагностика тестлари.
3. ТОРЧ инфекция. Скрининг.
4. Аёллар жинсий аъзолари ўсма касалликлари.
5. Урогениатал инфекция. Аниқлаш йўллари. Юқори хавф гуруҳига кирувчи беморлар. Вирусли инфекция.
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 И.З., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].
6. Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консультатии и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с
7. Закиров И.З.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 болных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008
21. Клиническое руководство по ведению болных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008
22. Клиническое руководство по ведению болных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

### **Қўшимча адабиётлар:**

1. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушеров. 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 акушеров 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 клинимо-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 «Петрополис» СПб. 2003.
10. 8. Гйнесологй ин Примарй Гарё РОГЕР П .СМИТХ, М.О. Виллиамс эт Вилкинс А. Ваверлй компанй 1996.
11. 9. ВИЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США
12. 10. Пелвис анд Перинеум. Братхеръс Виллиамс. Университй оф Пхиладелпхй.2004.
13. 11. Рациональная 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. ЖХПНПЕГО, 2004.
19. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.
20. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Издание третье УНФПА 2004.
21. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции 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., Саидкариев 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 сайтлар манзиллари:

[www.меди.ру](http://www.меди.ру), [www.медлинкс.ру](http://www.медлинкс.ру), [www.обгйн.нет](http://www.обгйн.нет), [www.медссапе.com](http://www.медссапе.com),  
[www.медланд.ру](http://www.медланд.ру),[www.мед-либ.ру](http://www.мед-либ.ру),[www.спеслит.спб.ру](http://www.спеслит.спб.ру), [www.сочране.org](http://www.сочране.org),  
[www.ксмед.ру/пат/гйнесологй](http://www.ксмед.ру/пат/гйнесологй), [www.медсан.ру](http://www.медсан.ру), [www.медтм.ру/гйн.хтмл](http://www.медтм.ру/гйн.хтмл),  
[www.дир.русмедсерв.com/индекс /спесалиитй](http://www.дир.русмедсерв.com/индекс /спесалиитй), [www.хеалтхуа.com/партс/гйнаесологй](http://www.хеалтхуа.com/партс/гйнаесологй)

#### **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 медицинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»;
5. Постановление Кабинета министров № 365 от 25 августа 2003 года « О медицинском 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 фторификации 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 организации деятельности медицинских 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 ребенка, формирование здорового поколения”
15. Постановление Президента Республики Узбекистан от 1 июля 2009 года №ПК-1144 «2009-2013 йилларда аҳолининг репродуктив саломатлигини мустахкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш 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 медицинской 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 больным 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 МЕДИЦИНСКИЙ 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

Практические занятия –

Самостоятельная работа – 45

57

Бухара – 2015г.

**Составители:**

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

  
(подпись)

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

  
(подпись)

**Рецензенты:**


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

  
(подпись)

Наврузова Г.И. т.ф.д.  
(Ф.И.О., должность, ученая степень, научное звание)

  
(подпись)

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

  
(подпись)

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

  
(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» 09 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

Трудо- емкость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час).					Самосто- ятельная рабѐота
	Всего	Лекции	Практиче- ские занятия	Семинары	Лаборатор-ные 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 эѐ 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 III 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	<b>Нормальный менструальный цикл эё регуляция. Пропедевтика гинекологических больных.</b>	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	<b>Нарушение менструального цикла. Классификация. Аменорея. Дисфункциональное маточное кровотечение.</b>	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	<b>Воспалительные заболевания женских половых органов.</b>	Этиология и пути передачи. Классификация. Часто встречающиеся 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	<b>Кровотечение ИИ половины</b>	Кровотечение И половины беременности, причины кровотечения. Внематочная беременность. Пузырный	Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология.	2

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

#### 4. Практические/семинарские занятия

##### 4.1. Тематические планы практических/семинарских занятий

<b>№ темы</b>	<b>Название темы практических/семинарских занятий</b>	<b>Количество часов</b>
<b>1</b>	Роль анамнеза. Методы обследования гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.	6 часов
<b>2</b>	Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструального функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.	6 часов
<b>3</b>	Дисфункциональные маточные кровотечения.	6 часов
<b>4</b>	Внематочная беременность, пузырный занос, хорион эпителиома.	6 часов
<b>5</b>	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии.	6 часов
<b>6</b>	Миома матки. Эндометриоз	6 часов
<b>7</b>	Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.	7 часов
<b>8</b>	Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов. Фоновое и предраковое заболевания. Рак шейки и тела матки.	7 часов
<b>9</b>	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 машулотнингтавими календар режаси (русча)**

<b>№</b>	<b>Название темы практического</b>	<b>семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий</b>	<b>Ссылка на литературу</b>	<b>часов</b>
<b>1</b>	<b>Роль анамнеза. Методы обследование гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.</b>	<i>Роль анамнеза в диагностике гинекологических заболеваний. Разбор формы истории болезни. Курация гинекологических больных. Современные методы последования в гинекологической практике. Клиническая анатомия женских половых органов.</i>	1,2,3,4	6
<b>2</b>	<b>Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструальной функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.</b>	<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
<b>3</b>	<b>Дисфункциональные маточные кровотечения.</b>	<i>Определение, понятие, этиология дисфункциональных расстройств цикла в различные периоды жизни женщины. Принципы лечения.</i>	1,2,3,4	6
<b>4</b>	<b>Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома.</b>	<i>Аборты. Классификация аборт, этиологические факторы самопроизвольных аборт, клиническая картина в зависимости от стадии аборт. Диагностика и принципы ведения беременных в различными стадиями аборт. Профилактика аборт. Внематочная беременность. Причины. Виды внематочной беременности. Клиническая картина трубной беременности (прогрессирующей нарушенной). Трофобластические заболевания. Пузырный занос, хорионэпителиома. Этиопатогенез, клиника диагностика, методы обследования.</i>	1,2,3,4	6
<b>5</b>	<b>Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической</b>	<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

	<b>и специфической этиологии.</b>	<i>Профилактика.</i>		
<b>6</b>	<b>Миома матки. Эндометриоз</b>	<i>Классификация миом матки. Симптоматология. Дддиагностика. Осложнения. Принципы консервативного и оперативного лечения. Ккклассификация эндометриоза. Клиника отдельных форм. Диагностика.</i>	1,2,3,4	6
<b>7.</b>	<b>Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.</b>	<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
<b>8.</b>	<b>Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов. Фоновое и предраковое заболевания. Рак шейки и тела матки.</b>	<i>Подвешивающий и поддерживающий аппаратматки. 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
<b>9.</b>	<b>Бесплодный брак. Методы контрацепции.</b>	<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

№	Название темы лабораторного занятия	Кол-во часов
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**

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

**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, состоящий из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

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

<b>№</b>	<b>Вид контроля</b>	<b>Максимальный балл</b>	<b>Коэффициент</b>	<b>Проходной балл</b>
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, состоящая 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 обследования гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.**

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

**Актуальность темы:** Гинекология (от греч. Гуне - 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 особенности 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 – 5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вводное слово</li> <li>2. Определение и цели предмета гинекологии</li> <li>3. Основные положения гинекологии</li> <li>4. Определяющие компоненты и составные части гинекологии</li> </ol>

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

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
<p>Дать определение науки «гинекологии»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии</p>	<p>Основную сущность предмета гинекологии</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях гинекологии</p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах гинекологии</p>
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 предмете гинекологии</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>	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 исследования</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение и цели определения гинекологии</li> <li>2. Основные направления и составные части гинекологии</li> <li>3. Основные методы исследования.</li> <li>4. Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний</li> <li>5. Классификации гинекологических заболеваний</li> </ol>	<p>темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
<p>3 этап:</p> <p>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</p> <p><b>«Предмет гинекология. Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Пропедевтика гинекологических заболеваний»</b></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 лабораторными инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаниях 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 окажется 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 подготавливает 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.

## **«Роль анамнеза в гинекологии. Методы обследования гинекологических больных»**

Гинекология (от греч. Гуне - 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 особенности 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  
выскабливание 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 менструальной 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 особенными 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, Волосистой покров на половых органах развит сильно, рост волос направлен к пупку по белой линии (по мужскому типу). Много волос на ногах, вокруг заднего 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 соединительнотканной.

#### **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 (анамнезис вите)
- 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 гинекологического 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 отношении.
- 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 применяют гематологические, биохимические, гистологические, бактериологические и другие методы исследования.

Систем, особенностями строения 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 отмечается 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, киста 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 опухолей, 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 перистальтику указывает 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 выскабливание 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 используются 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 больших половых губ, состояние промежности (высокая, низкая, корытообразная наличие патологических процессов, воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, 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 плевы или ее остатков.

### ***ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ.***

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

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

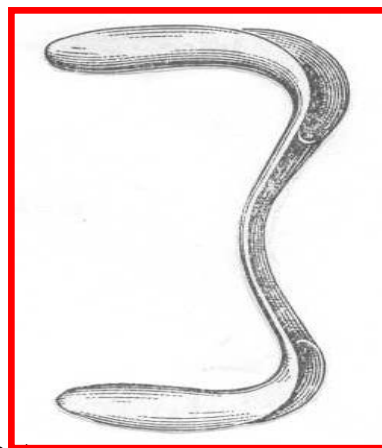
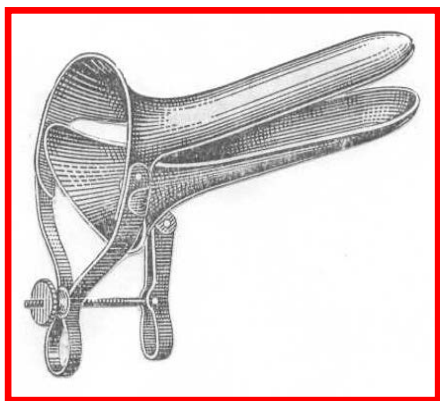
Существуют следующие модели влагалищных зеркал: А) цилиндрические; Б) створчатые; В) ложкообразные (пластинчатые).

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, изъязвление, опухоли свищи и т. д.)



*Створчатое зеркало. Ложкообразное зеркало.*

### **Влагалищное (внутреннее) исследование.**

Влагалищное исследование производится указательным и средним пальцами или только указательным пальцами 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 (инфильтраты, рубцы, стенозы, опухоли, порок 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.

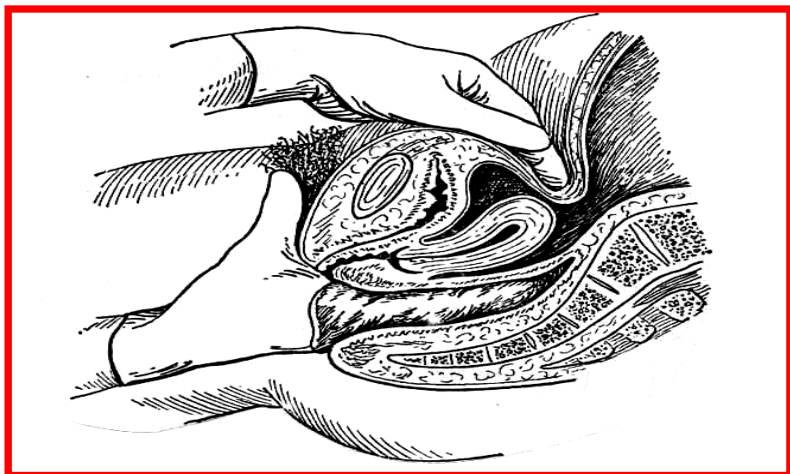
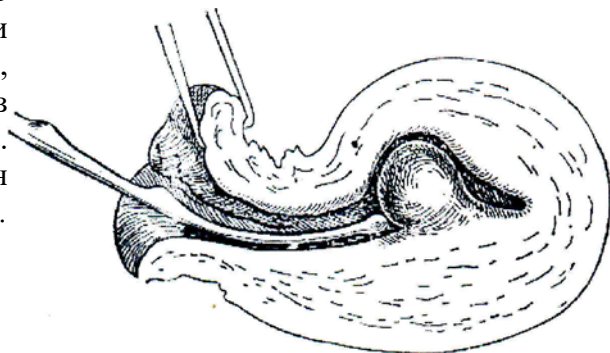
При пальпации матки определяют следующие данные:

1. *Положение матки:* наклонение (версию), перегиб (флехию), смещение по горизонтальной оси (поситию), и вертикальной оси (елеватию, десценсус пролапсис) и др.
2. *Величина матки:* нормальная, уменьшена (гипоплазия, атрофия), увеличена (беременность, миома и т.д.).
3. *Форма матки:* нормальная (грушевидная, уплощенная), шарообразная (беременность,) неправильная (опухоли, аномалии развития и т.д.)
4. *Консистенция:* обычная размягченная (беременность, флюктуирующая гематома, пиометра), плотная (миома).
5. *Подвижность:* нормальная, ограниченная или отсутствует (опухоли спаек, инфильтраты), чрезмерная (расслабление связочного аппарата при опущении и выпадении 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 девушек 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 женщины.*



При ректальном исследовании определяют, нет ли опухолей, полипов, сужения и других процессов в прямой кишке. 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 изготовляют из гнущегося 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 правил асептики и антисептики. Перед зондированием во влагалище вводят зеркала шейку захватывают пулевыми щипцами. Зонд осторожно вводят в шейный канал и полость матки. При антефлексии матки пуговку зонда направляют кпереди, при ретрофлексии - кзади. Выполнение этой технической детали позволяет предупредить повреждение матки (перфорация) при зондировании.

Зондирование выявляет проходимость шейного канала, стеноз и атрезии, а также перегородки при пороках развития матки (двуродость 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.

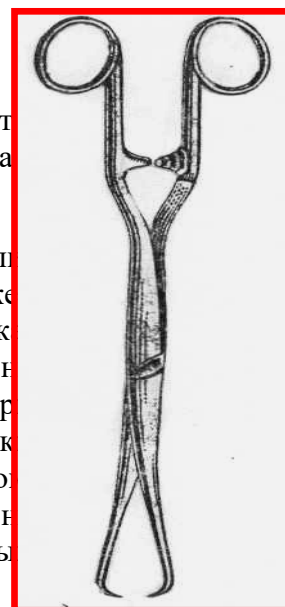
При помощи зондирования уточняется величина матки. Используя измерительную шкалу, можно выявить увеличение матки (фибриомы : уменьшение её (гипоплазия, атрофия), а также удлинение шейки матки. Зондирование может способствовать выявлению миоматозных узлов, вдающихся в полость матки, и деформации её полости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

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

## ***ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ПУЛЕВЫХ ЩИПЦОВ.***

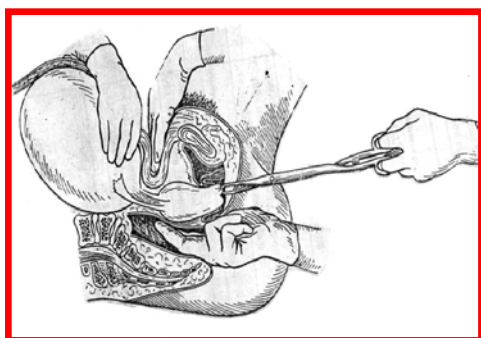
К исследованию при помощи пулевых щипцов прибегают дополнительно к бимануальному методу исследования в тех случаях, когда требуется уточнить связь опухоли с половыми органами.

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 верх) исходит из половых органов, то смещение её и пулевые нлшды втягиваются во влагалище. Если опухоль исходит из внутренних органов (кишечник, почка) то рукоятки шипцов 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 рукоядку. 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 фурацилина 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 мочевого 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 кпереди (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 удастся, рекомендуется насаживание жидкости при одновременном медленном извлечении иглы.

### **Продувание маточных труб. (пертубатив)**

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 (инфантилизм, 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 аускультации над лоном выслушивается звук, образующийся при прохождении воздуха через трубу;
- . В момент продувания стрелка манометра падает
- . Может появиться феникус-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

*Гистеросальпингография.* Контрольную рентгенографию маточных труб применяют с целью выяснения их проходимости. Наряду с этим сальпингография позволяет уточнить место закрытия просвета (ампулярное, истмическое, интерстициальное), что имеет значение для выбора метода хирургического лечения бесплодия. Контрастная гистерография 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, туберкулез: эндометрия. Сущность гистеросальпингографии заключается в том, что полость матки при помощи маточного наконечника, соединенного со шприцем, вводят 2- 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 мин.

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 фОНИ 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 флебографии 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 мочевого пузыря с профилактической целью промывают раствором перманганата калия или борной кислоты. Катетеризацию мочевого пузыря как метод исследования применяют при пузырно-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 менструальной функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром**

**Технологический модель учебного занятия:**

Время – 5 часа	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

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
-------------------------------	--

<p>Дать определение науки «гинекологии»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии</p>	<p>10. Основную сущность темы НМЦ ,нарушение МЦ</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>11. Иметь представление об основных направлениях НМЦ ,нарушение МЦ</p> <p>12. Иметь понятие об основных приёмах и методах исследованиях и НМЦ ,нарушение МЦ</p>
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>13. Вступительное слово о НМЦ ,нарушение МЦ</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>14. Основные этапы и направления развития гинекологии и НМЦ ,нарушение МЦ</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследованиях</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы</p>	<p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в</p>

	<p>темы</p> <p>6. Определение и цели определения гинекологии и</p> <p>7. Основные направления и составные части гинекологии</p> <p>8. Основные методы исследования.</p> <p>9. Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний</p> <p>10. Классификации гинекологических заболеваний</p>	<p>усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p>
<p>3 этап:</p> <p>Заключительный - (10 мин.)</p>	<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 «ДМК»</p>	<p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>

### 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 окажется 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 подготавливает 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.

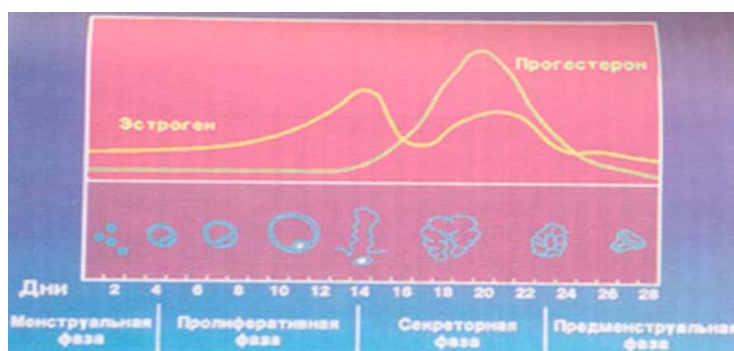
Менструация бывает у женщин на протяжении всего детородного периода. Количество теряемой крови составляет 5- - 100 мл; она щелочной реакции с примесью слизи, без сгустков, имеет плохую свертываемость специфический запах.

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

Релизинг факторы, гонадотропные и половые гормоны способствует 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 гиперэстрогемии; с явлениями гипострогемии.
- Гинекологические кровотечения с морфологическими – анатомическими изменениями: циклические кровотечения: ациклические кровотечения, переходные менструации – добавочные, межменструальные.
- Гинекологические кровотечения без морфологических – 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.

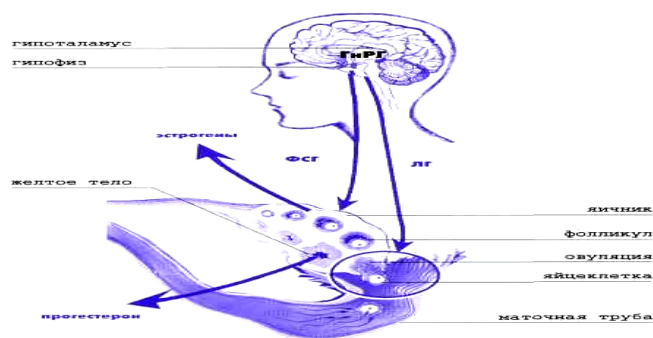
Различают: первичная аменорея – полное отсутствие менструации у женщин на протяжении предшествующей жизни.

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

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

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 длищаяся от 5 мес до 2 лет. Механизм нервнорефлекторный 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 туберкулёз, 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 гипотрофией половых желез органов.



### **СИНДРОМ КИАРИ – ФРОММЕЛЯ.**

Этот синдром характеризуется персистирующей галакторей, аменорей и прогрессирующий гипотрофией половых органов. Этиология и патогенез синдрома до настоящего времени не уточнены. В основе заболевания лежит повреждение центров гипоталамуса – регулирующих биосинтез пролактинтормозящего 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. Гармональные исследования свидетельствуют о резком уменьшении экскреции ФСГ и эстрогенных гармонов при нормальной экскреции 17-кетостероидов.

При опухолевом процессе показано хирургическое или рентгенологическое лечение. В остальных случаях терапия должна быть направлена на подавления лактации гармональными 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 гармонов передней доли так же резко снижена. Лечение гипофизарного нанизма относится специалисту эндокринологу, и должен быть направлен 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\3 железы возникает клиническая картина синдрома Шихана. В зависимости от того какая часть гипофизарной ткани некротизирована признаки заболевания могут быть явными или стертыми. Ранним признаком заболевания является отсутствие лактации или раннее её исчезновение, аменорея. Нарастает слабость, адинамия, 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 внутренней секреции зависящих от гипофизарной стимуляции. Надпочечники, щитовидной железы.

При стертой форме синдрома Шихана все описанные признаки выражены слабее.

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

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

При надпочечниковой недостаточности назначают кортикостероидные гормоны, (кортизон по 12,5 – 20 мг ежедневно в течение 20 дней), при гипотиреозе – 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 гормонов 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 антогонизмом между гормонам роста и гонадотропными гормонами, а так же снижении экскреции эстрогенных гормонов 17 – КС, с длительно болеющих женщин в мазке с большим количеством базальных клеток.

Лечение проводится в эндокринологических стационарах. Гормональная 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 (преимущественна лице и туловище), вторичной аменореи, 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 рентгенооблучения гипоталамо – гипофизарной области. Из гормональных препаратов можно рекомендовать синтетические прогестины по 1 табл. в течение 21 дня с перерывами 7 дней на протяжении 405 месяцев. Гормональную 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 гормональной 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 (XO), а так же при наличии добавочных половых хромосомах (XXX) или же при мозаицизмом, когда часть клеток содержит нормальный набор их, а часть патологический, возникают нарушения полового развития и первичная аменорея. По количеству желез X хроматина в мазках слизистой полости рта можно судить о количестве X – хромосомах, число X – хромосомой всегда на единицу больше числа телец полового хроматина.

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

Признаки заболевания сачто проявляются с рождения дети отмечаются малым ростом, массой тела, у них бочкообразная грудная клетка, короткая и широкая шея, птоз, высокая, верхняя губа, низкое расположение ушей. Рост не превышает 140 см. Резко выражены признаки полового инфантилизма – вторичные половые признаки и молочные железы отсутствуют, влагалище и матка не развиты.

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

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 гормоны (микрофоллин по 0,05 мг в день 20 дней с 10 дневными перерывами: курс лечения 6-8 мес) после появления менструальноподобного кровотечения периодически назначается циклическая терапия по Кватеру.

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

При лабораторных исследованиях выявляются низкое содержание эстрогенных гормонов и высокое гонадотропных, что обусловлено отсутствием тормозящего влияния эстрогенов на гипофиз. Гормональная 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 гормональная недостаточность зависит от степени повреждения яичниковой ткани. Обычно у таких больных вторичные половые признаки развиты 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 гипогормональной аменорее, развившейся в детском возрасте, лечение следует начинать до окончания периода полового созревания. Рекомендую в таких случаях эстрогенные гормоны, 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 перерывами. 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 месяцев.

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

Гипергормональная 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 эозинофили. 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 системы гипоталамус – гипофиз – яичники. При первичном поражении эндометрии 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 свидетельствуют о двух фазном цикле: экскреция эстрогенов и прегнандиола имеет характерные колебания, базальная температура двухфазная. Комбинированная проба с эстрогенами 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 инфекционным процессом, возникает вторичная недостаточность яичника и гипофиза. В диагностике имеет значения исследование соскоба эндометрия. Позволяющее установить наличие специфического (туберкулезного) эндометрита, так же состояние матки.

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

При образовании синехии в полости матки рекомендуется местное введение эстрогенных гормонов 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 относится 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, тянущими или чрезвычайно сильными, судорожными. Нередко присоединяется тошнота, рвота, повышение секреции слюнных желез, потливость, спастические запоры, головные боли.

Различают: первичную и вторичную аменорею.

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

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

**ЭТИОЛОГИЯ:** - Функциональные 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 с 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 нарушение процесса десквамации связано с своеобразным нарушением функции яичников. Выделение из матки не расплавленного функционального слоя сопровождается сильными болями.

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

При первичной альгоменорее большое значение имеют все средства способствующие урегулированию функции Ц.Н.С. правильной образ жизни, рациональное питание, умеренный спорт, устранения всех условий, оказывающих неблагоприятное влияние на психику. При инфантилизме кроме общеукрепляющего лечения, можно назначить грязелечения, вагинально – абдоминальную диатермию, малые дозы эстрогенов в первую фазу цикла. В настоящее время широко применяют спазмолитики: но-шпа, атропин, лидокаин, лидол, транквилизаторы, триокасин, 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 фолликулин в первую фазу, в общей дозе 100- 200 тыс ЕД, во вторую прогестерон по 5-10 мг на протяжении 8-10 дней. Рекомендуется пероральное введение диэтилstilbэстрола по 1 мг ежедневно в первую половину менструального цикла на протяжении 3-4 циклов. Эстрогены подавляют гонадотропную функцию гипофиза (по принципу обратной связи) 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 обуславливает недостаточное кровоснабжение матки и неполноценность циклических превращений эндометрия. Эти особенности определяют тип менструации.

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

К ослаблению 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 менструации. 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 среды другие причины. Распознавание причину первичной и вторичной слабости менструации основывается на тщательном клинической исследования организма.

**ЛЕЧЕНИЕ:** при отсутствие сопутствующих нарушений (бесплодие, болезненные менструации и др). рекомендуют только общеукрепляющие меры: рациональное питание, легкий спорт правильное чередования труда и отдыха.

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

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

## **МЕНОРРАГИЯ**

Не прекращение менструации (менструального крововыделения) связано с сокращением матки, закрытием просвета кровотокающих сосудов и с эпителизацией раневой (деквамированный) поверхности матки.

Все процессы нарушающие сократительную способность матки и тормозящие процессы регенерации слизистой оболочки введут к усилению 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 с 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 зависят от выяснения причин, вызывавшей меноррагии. Лечебные мероприятия должна быть направлена на устранения заболевания, явившегося причиной меноррагии. В соответствующих случаях помогает противовоспалительное лечение, терапия инфекционных, сердечно – сосудистых и другие заболеваний.

Усиленное и продолжительное кровопотеря при миом служат показанием для ампутации или экстирпации матки, вылушивание узлов. При инфантилизме и вторичной гипофункции яичников, общеукрепляющая терапия можно сделать попытку применить половые гормоны в соответствующие фазы цикла. Перед назначением гормонотерапии необходимо исключить другие причины меноррагии – опухоли, воспалительные и другие заболевания. Симптоматическая терапия: преливание крови, препараты железа, кровоостанавливающие и препараты утеротоники (эрготал по 1 мг 2-3 раза) стипцитин 1 таб. 3 раз экстракт водяного перца 30-40 кап (3 раз при сильных кровотечениях, гифотонин, 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 удлинняется, 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 постепенно, отдельными участками, поэтому кровотечения бывают продолжительными и обильными.

Маточные кровотечения обусловленное персистенции фолликулов метроррагия хаемиолис, было описано Р. Шредером.

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 разросшейся слизистой оболочки матки и отторжение ее, сопровождающиеся кровотечением. Разница состоит в неодинаковой гармональной активности персистирующего и атрезирующего фолликулов, однако изменение в эндометрии зависят 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 преществует более или менее продолжительная задержка менструации. Срок задержки колеблется 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 острая малокровие и  $O_2$  недостаточность организма. Сильные кровотечения нередко бывают при сочетании данного нарушения с милой, 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 увеличена 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 анемизации больных (показатели  $Hb$  ниже  $10g\%$ ) применяются гемотрансфузия препараты железа, витамины, полноценное питание. Учитывая эндокринной генез заболевания с целью остановки кровотечения назначают эстрогенные гормоны 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 гормоны 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 гормоны 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 немо статической и лечебной целью можно также применять СП (оно влар, 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 кровопотери, возраста больных подбирается индивидуальная доза препарата. (от 2 до 6 табл. в сутки через равные промежутки во времени). После остановки кровотечения дозу препарата постепенно снижают и доводят до 1 таблетки в сутки. Спустя 21-30 дней с восстановлением гемодинамических показателей препарат отменяют и наступают менструально – подобные выделения.

Курс лечения СП повторяют 3-5 раз.

Лечению ювенильных кровотечению 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 выраженной анемизации девушки с ЮК составляют группу угрожающую на развитию ДВС синдрома. Больным поступивших в стационар с длительным обильным кровотечением, с жалобами на слабость, головокружение, падением АД тахикардией, при гемоглабина ниже 7 г\л и гемокрита 20% следует произвести выскабливание матки. Во избежание разрыва девственной плевы производят обкалывание её 0,25 % раствором новокаина с 64 ЕД лидазы. Соскоб обязательно подвергают тщательному гистологическому исследованию.

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

Секреторная трансформация слизистой оболочки, наступающая под действием гестагенов способствуют более физиологическому процессу отторжения эндометрия после прекращения введения гормональных 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 гормонального гемостаза у девушек при обильных ациклических маточных кровотечениях используются комбинированные эстроген – 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 таблетки в день. Длительность применения 15-20 дней в зависимости от общего состояния больной и восстановления кровопотери.

Одновременно с хирургическим или гормональным гемостазом проводят антианемическую терапию:

- переливание крови, эритроцитной массы и плазмы, при наличии показаний.
- С целью восстановления реологических свойств крови: переливание реополиглобина 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 снижением массы тела по следующей схеме: начинают с введения 2 ЕД инсулина п/к, ежедневно прибавляют по 2 ЕД. Перед введением препарата больная съедает 2-3 куска сахара или выпивают стакан сладкого чая (30 г сахара на стакан).
- Применяют так же кальций глюконат 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 анемию и её последствия. За это время заканчивает приём гормональных 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 процессам.

Эндометрия рекомендуется с 16 го 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 16 го 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 гормональной профилактики рецидивов ЮК, используют физические факторы: эндонвазальной 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, акупунктура.

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 действенной 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 неустановившейся циклической функции гипоталамико – гипоталамическо – яичниковой системы то климактерические следствия инволюционных её нарушений.

Патогенетические механизмы сводятся к нарушению циклического выделения гонадотропинов, процесса созревания фолликулов и их гормональной функции. Формируется лютеиновая 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 гист. исследование соскоба.

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

Выскабливания эндометрия при климактерических должно производиться самым тщательным образом.

Необходимо удалить весь эндометрий: во первых из соображений онкологической настороженности (в остальных участках его возможны бластоматозные изменение) 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 рецидивирующим кровотечением является обязательным исследованием особенно при рецидивирующей гиперплазии эндометрия.

По данным эхоскопии у 30% женщин рецидивирующим климактерическим кровотечением выявлено ассиметричное увеличение яичников, гиперпластические процессы, гармональные активные структур и опухоли в яичников. (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 их первых клинических симптомов аденокарциномы. Эндометрия а так же аденоматозной и (или атипической гиперплазия). 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 ).

Превыщение железисто – кистозной гиперплазии эндометрия в атипическую и аденокарциному не является обязательным 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.

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

#### Показания к консервативной терапии.

- гиперпластические процессы эндометрия при отсутствия 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 изменение 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 гонадотропинов гипофизом.

Доза и последовательность применения гестагенов зависят от возраста пациента и характера гиперпластического процесса в эндометрии. Женщины 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 месяц. 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 беспокоит женщин.

Противопоказаниями к применению гестагенов являются тромбоэмболическое заболевание в анамнезе, выраженные варикозные изменение вены голени и геморридаальных вен, хронические, часто обостряющиеся гепатиты и холецисты.

Лечение андрогенами рекомендуется женщинам в возрасте старше 50 лет, у которых в соскобе эндометрия выявлены гипопластические атрофические изменение 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 оландрен – 250 мг, сустанон – 250, тестэнат. Все эти препараты обладает пролонгированным действием вводятся в/м 1,0 1 раз в месяц в течение 3-4 месяц, тестенан по 1 мл 10 % 2 раза в месяц 3-4 месяца. Они вызывают склеротические изменение в строме эндометрия, тормозят секрецию гонадотропных гормонов. ( Акобджаян 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 месяц.

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 окончании 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 контрактильности 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

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
<p>Дать определение «Дисфункциональное маточное кровотечение»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии</p>	<p>Основную сущность темы Дисфункциональное маточное кровотечение</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях НМЦ , Дисфункциональное маточное кровотечение</p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследованиях при Дисфункциональном маточном кровотечение</p>
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.	<p>маточном кровотечение</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>	записывает
<p>2 этап:</p> <p>Основной - (70 мин.)</p>	<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 исследования</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях 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>
<p>3 этап:</p> <p>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 занятии.</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 окажется 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 подготавливает 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.

#### **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 гонадотропных 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.

III этап – профилактика рецидива кровотечения.

Кистозная гиперплазия

- сочетание с миомой
- аденомиозом

#### **Лечение аденоматозной 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 ( III 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 лн могут » рождаться

**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	Перименопаузальный
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;
- атипическа диффузная очаговая

*Риск 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	$9,8 \pm 2,1$
Гиперплазия	$15,4 \pm 0,4$
Аденокарциномы	$20,12 \pm 2,04$

**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 ( гестринон ) в дозе 2,5 мг 2 раза в неделю в течение 6 месяцев. Препараты назначают в непрерывном режиме.

*При рецидивирующей железисто – кистозной гиперплазии у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста можно использовать препараты агонистов гонадотропных релизинг – 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, длящиеся 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, митроксипрогестерон.

10 – 20 мг с 16 по 26-й день после выскабливания 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 перименопаузальном 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 отсутствии анатомических органических изменений в половых органах женщины.

Частота ДМК очень большая 15-20 % от всех гинекологических больных. К больным с ДМК относятся женщины со склера 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:**

- Олигоменория – интервалом между месячными более 35 дней,
- Полименория - интервалом между месячными более 21 дня,
- метроррагия – регулярные обильные менструации длительность более 7 дней
- метроррагия – 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:**

- нейropsychический стресс;
- психическое и физическое переутомление;
- алиментный арена факторы;
- последствия соматических заболеваний;
- острые и хронические инъекции;
- эндокринные заболевания.

### **Патогенез ДМК:**

Характеризуется патологическими изменениями функции гипоталамо – гипофизарной системы при нарушениях контролирующей роли нейротрансмиттерных механизмов с последующем 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 ановуляторный) и периода жизни женщины (подростковой, детородный, пред. и постменопаузальный) эти различия и являются основой 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 множества 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 определение закономерности: в юношеском и предменопаузальном периодах. Как правило наблюдаются ановуляторные 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 перелетелизиса 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:** - гиперэкстрогения

- вырассенная гиперплазия.

**Клиника:**

- задернела месячных на 1,5 месяц.
- кровотечение
- анемизация

**Лечение:**

Тактика лечения определяется клинической картиной, системною кровопотери, анемизации

*II этап гемостаз.*

- хирургический
- гормональный

(КОК однофазные 4-6 таблетки в сутки постепенно уменьшая дозу на одну таблетку в день в последнем приёме 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, длящееся более 7 дней после периода аменорей 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
- Метрообменно –эндокринный синдром и СПКЯ

**Патогенез:**

Ановуляторная дисфункция яичников (гиперэкстрогения, гиперпластические 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, микророкс прогестерон 10-20 мг с 16- по 20 –й день после выскабливания
- 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 перименопаузальном периоде**

**(климатические кровотечения) частота – 15 %**

**Патогенез:** ановуляция хаотичный выброс ФСГ и ЛГ

**Клинка:** мейоррагии

**Диагностика:**

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

Лечение: зависимой от морфологической структуры эндометрия

- консервативная гормональная терапия направленные 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 гиперэкстрогений.

### По степени выраженной ГЭ классифицируется:

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

### Этиология:

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

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

### Диагноз:

- гистологическое желез
- 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 гиперплазия 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 течение 6 месяцев. Препараты назначают в непрерывном режиме.

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

Остановимся подробнее на терапевтическом применении аГнРг.

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

### **Хирургическое лечение:**

- удаление матки с придатками

### **Показание:**

- рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия
- сочетание с миомой
- аденомиозом

#### **Лечение аденоматозной 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 рецидивирующей 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 функциональный характер, т.е. не отличается от такового в эндометрии (I тип).

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

#### Клиника:

Зависимый структуры, величины полипа возраста женщины.

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

#### Диагностика:

- УЗИ
- Гистероскопия
- Гистерография

#### Лечения:

Единственным методом лечения – удаления полипа под контролем гистероскопии.

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

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

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
<p>Дать определение науки «гинекологии»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Дать представление об виды внематочной беременности.</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику Внематочную беременность, пузырному заносу, хорионэпителиому</p>	<p>Основную сущность темы</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об Этиология внематочной беременности.</p> <p>Иметь понятие об виды внематочной беременности.</p>
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 <b>Внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома</b> , 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.  Этиология внематочной беременности.  Виды внематочной беременности.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Лечение внематочной беременности.  Этиология трофобластических заболеваний.  Виды трофобластических заболеваний.  Лечение трофобластических заболеваний.  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.  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 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 окажется 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:**

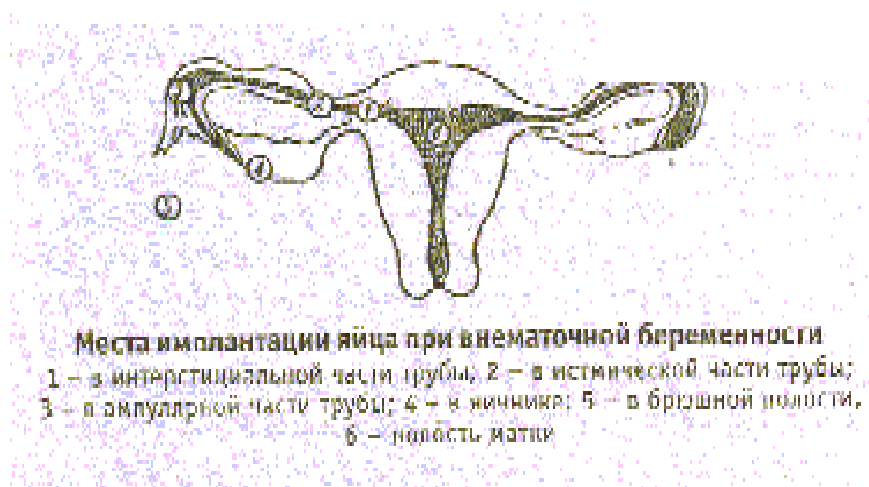
- 1.Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос 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.

Все случаи развития плодного яйца вне полости являются тяжелой патологией, представляющей непосредственную угрозу не только репродуктивному здоровью, но и жизни женщины. В ургентной гинекологии внутреннее кровотечение 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 11 раз 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 зачатия 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, в рудиментарном роге; по клиническому течению прогрессирующая и нарушенная по типу наружного разрыва плодместилища (разрыв трубы, яичника) или внутреннего разрыва плодместилища (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 интерстициальную (0,4-2,1%), яичниковая (0,4-1,3%), брюшную (0,1-1,4 %), шеечная (0,2%). Ещё реже встречается беременность, развивающаяся в рудиментарном роге матки (0,1-0,9%), добавочной маточной трубе (0,07%). Возможные казуистические случаи многоплодной беременности с разнообразной

локализацией. За последние годы увеличилась частота гетеротопической 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 поведения 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 посленного 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.

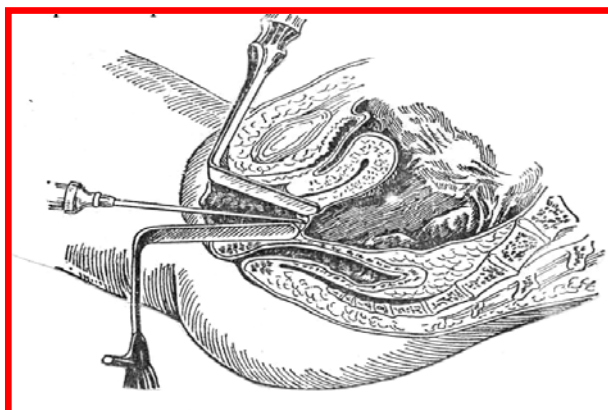


## ДИАГНОСТИКА

Лабораторные тесты могут быть полезными: снижение Нв, Нт, снижение ХГ в сыворотке крови при прерывания 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 характера пунктата.



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

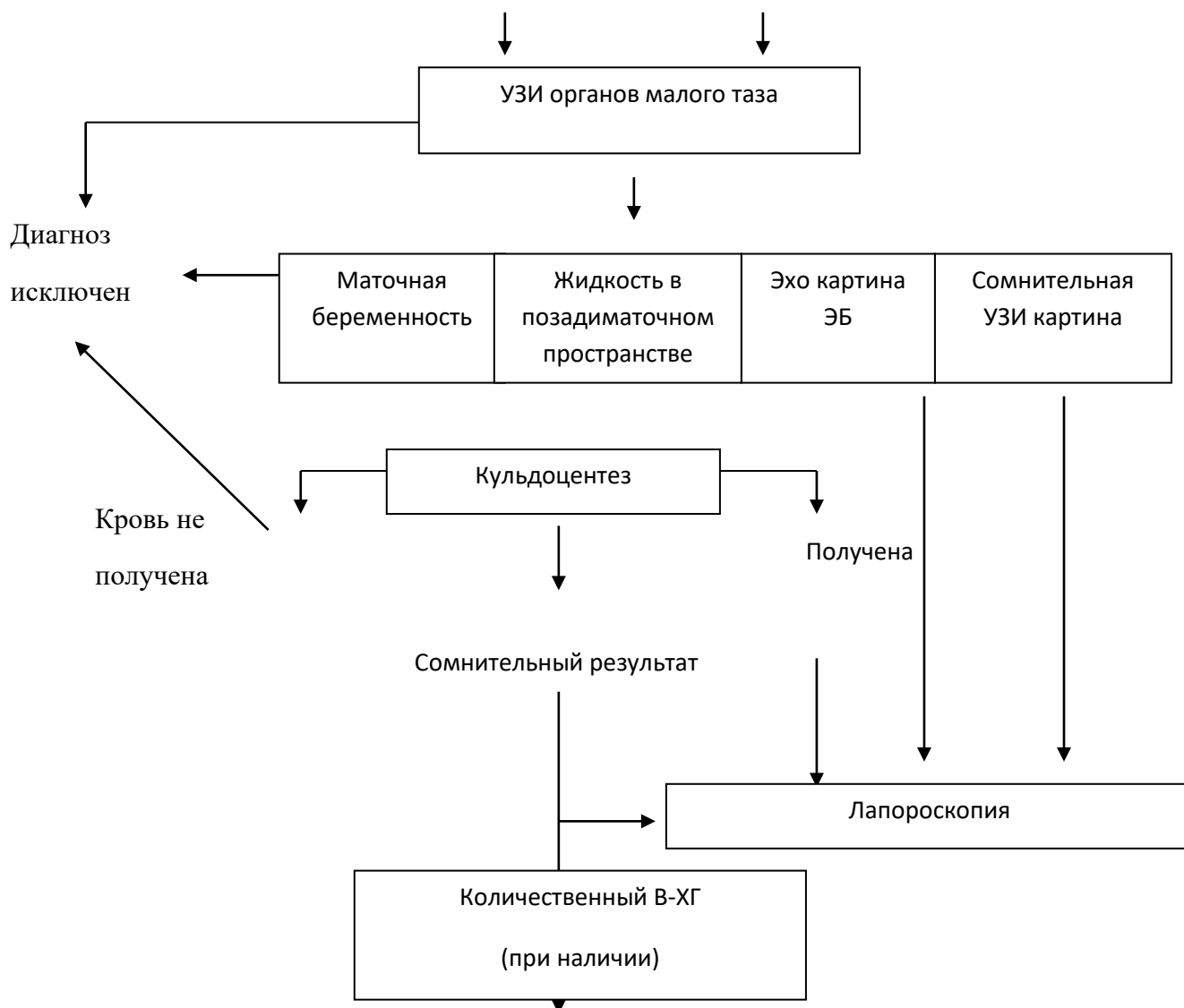
Лапароскопия является в качестве золотого стандарта диагностики, и особенно в тех случаях, когда подозревается внутрибрюшное кровотечение и одновременно проводится хирургическая коррекция.

## 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 следующие планы лечения в настоящее время используются в лечении 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 метатриксатом.

***Набор приемлемых критериев включает:***

- Стабильные жизненные признаки и низкий уровень симптоматики.
- 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 терапии метотрексатом.

Объем хирургической операции может быть удаление пораженной маточной трубы или после её опорожнения от беременности восстановительная пластическая операция. В зависимости от объема кровопотери и степени тяжести шока необходимо проведение противошоковых мероприятий и срочно возместить ОЦК. Лечебные мероприятия при нарушенной внематочной беременности на догоспитальном этапе включают в себя инфузионную терапию: внутривенное введение 400 мл полиоксидина или 400 мл полиглюкина, 400 мл реополиглюкина, 500 мл 5% раствора глюкозы. Скорость введения растворов зависит от стадии геморрагического шока (см. соответствующий раздел). Одномоментно 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 осуществляет 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 гроздь 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 имелаась пузырный занос

***Клинически проявляется:***

- Вагинальное кровотечение в первом или раннем втором триместр.

Пузырьки, напоминающие гроздья винограда отходят в случаях, когда беременность переходит во III 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, осматриваются 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 предположен рецидив и необходимо начать химиотерапию – метотрексантом. 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 анаплазия хориального эпителия.
2. Отсутствие прогрессивного снижения титра ХГ после удаления пузырного заноса.
3. Отсутствие условий для исследования ХГ в динамике, отдаленное место жительства, отсутствие медицинских учреждений.

***Для профилактической химиотерапии применяется:***

1. Метотрексат 120 мг на курс лечения интенсивным либо прерывистым 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.

Субинволюция матки.

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

При подозрении на развивающуюся хорионэпителиому необходимо:

Количественное определение ХГ.

Рентгенография грудной клетки для выявления метастазов.

Диагностическое выскабливание 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 значения после удаления пузырного заноса имеют следующие исходные

## 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 <b>Воспалительные заболевания женских половых органов</b></p> <p>Основные положения цели <b>Воспалительные заболевания женских половых органов.</b></p> <p>Определяющие компоненты и составные цели <b>Воспалительные заболевания женских половых органов.</b></p>

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

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение <b>Воспалительные заболевания женских половых органов.</b>	Основную сущность темы <b>Воспалительные заболевания женских половых органов.</b>
Разобрать основные методы исследования	<p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях Этиология воспалительных заболеваний.</p> <p>Иметь понятие об Пути проникновения инфекций.</p>
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 <b>Воспалительные заболевания женских половых органов</b> 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>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Этиология воспалительных заболеваний. Пути проникновения инфекций. Клинические признаки воспалительных заболеваний ЖПО. Диагностика воспалительных заболеваний. Диф. диагностика воспалительных заболеваний. Лечение воспалительных заболеваний. 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. 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 окажется 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 подготавливает 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.

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 стертой 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 активизации и участия в воспалении являются физиологические защитные механизмы:

- 1) физиологическая десквамация и цитолиз поверхностных клеток эпителия влагалища, обусловленные влиянием яичниковых гормонов;
- 2) неспецифические антимикробные механизмы, действующие на клеточном уровне: фагоцитоз, неспецифические гуморальные факторы-белок плазмы (трансферрин-связывающий железо), опсонины, усиливающие фагоцитарную активность клеток; лизоцим, обладающий антимикробной активностью; лизин выделяющийся 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 периодическим 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 являются 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 стафилококки, кишечную палочку, хламидии, микоплазмы, вирусы и др., к специфическим – гонококки и туберкулезную палочку.

Различают острое, подострое и хроническое течение заболеваний половых органов.

### **Т Р И Х О М О Н И О З**

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 %.

**К л и н и ч е с к а я   к а р т и н а.** Различают свежее заболевание острым, подострым и торпидным (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 вульвит** 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, жидкие, 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, жидкие, 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.

**К л и н и ч е с к а я   к а р т и н а.** 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 клотримазол 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 трихомониезом. Заболевание передается половым путем.

**К л и н и ч е с к а я   к а р т и н а.** 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 – гнойные, на шейки матки часто наблюдается эрозия (псевдоэрозия), 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 излечения, 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 тетрациклинового 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 ( рондомицин ) 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

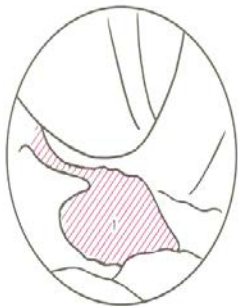
однократно, 2-3-й дни – по 150 мг 4 раза в день, на курс лечения 3 г. Одновременно принимают эритромицин по 0,5 г 4 раза в день, на курс 12 г.

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.

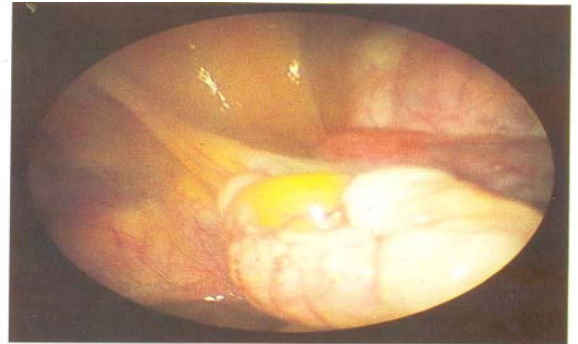
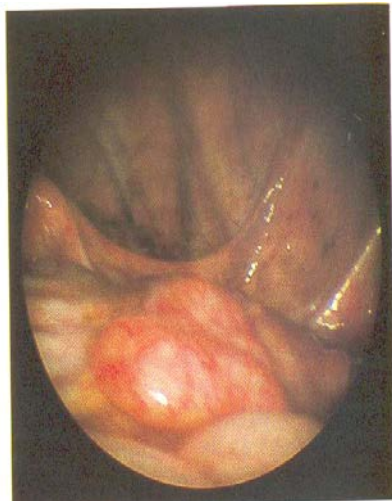
## ЭНДОМЕТРИТ

**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.



К л и н и ч е с к а я к а р т и н а острого эндометрита появляется, как правил, 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 боком (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 абортивной 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 сдатовные, десенсибилизирующие препараты, витамины.

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

## САЛЬПИНГООФАРИТ

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

**Острый сальпингоофарит (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, перифокальные 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 микроба и выраженности воспалительной реакции и его характера (серозный, гнойный).



Острый катаральный сальпингит.  
1 – маточная труба.



**Л е ч е н и е** Больных в острой стадии сальпингоофарита 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. Рекомендуются 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 интоксикацию используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5 % раствора глюкозы, полиглюкина, реополиглюкина, гемодеза, белковых препаратов; общее количество жидкости 2-2,5 л). При необходимости в состав инфузионной среды включают витамины, средства, корректирующие кислотно – щелочное равновесие ( 50-100 мл 4-5 % раствора бикарбоната натрия). Показано применение антигистаминных препаратов ( димедрол, супрастин ).

К физическим методом 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 непроходимость 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 эндоцервицит.

Л е ч е н и е ХСО имеет целью достижение противовоспалительного 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 органах. Экссудат обычно бывает серозными, сравнительно редко происходит его нагноение.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а типичная 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.

Л е ч е н и е 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 развиваться первично. Начало заболевания нередко связано с менструацией, абортами, 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: tuboовариальный 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 tuboовариального 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 аборта 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.

### Г О Н О Р Е Я

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 однослойного эпителия, возможно возникновение кольпита гонорейной этиологии. Гонококки могут проникнуть в кровь, чему способствует обильная сеть кровенотных 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 торпидную.

По локализации различают гонорею: а) нижнего отдела половых органов и мочевыводящих 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 целостность базальной мембраны, 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 гонорейный 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 сальпингоофарит** обычно бывает двусторонним (в отличие от септического). В острой стадии возникают гиперемия, отек складок слизистой оболочки труб, лейкоцитарная инфильтрация стромы, изъязвление 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 воспалении 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	Вводное слово Основные положения цели <b>Миома матки. Эндометриоз.</b>  Определяющие компоненты и составные цели <b>Миома матки. Эндометриоз.</b>

--	--

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

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
<p>Дать определение <b>Миому матки. Эндометриозу.</b></p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику <b>Миому матки. Эндометриозу.</b></p>	<p>Основную сущность темы <b>Миома матки. Эндометриоз.</b></p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях <b>Миома матки. Эндометриоз.</b></p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследованиях и <b>Миома матки. Эндометриоз.</b></p>
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 <b>Миома матки. Эндометриоз.</b></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 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 занятии.  Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы.  Записывает задание для следующих занятий

### 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 окажется 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 подготавливает 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 гиперэстрогемии 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.

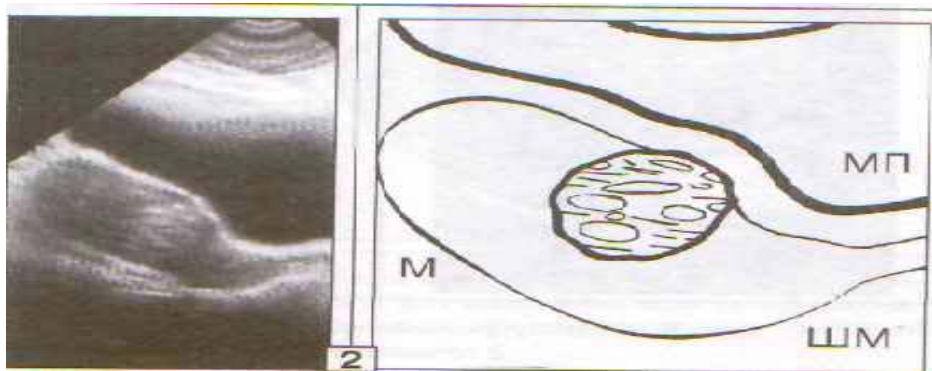
Повышение уровня эстрогенных гормонов в крови сосудистого бассейна половых гормонов (местная гипергормонемия), локальные изменения холинэргической иннервации.

### **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 метрорагии и скудные 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.

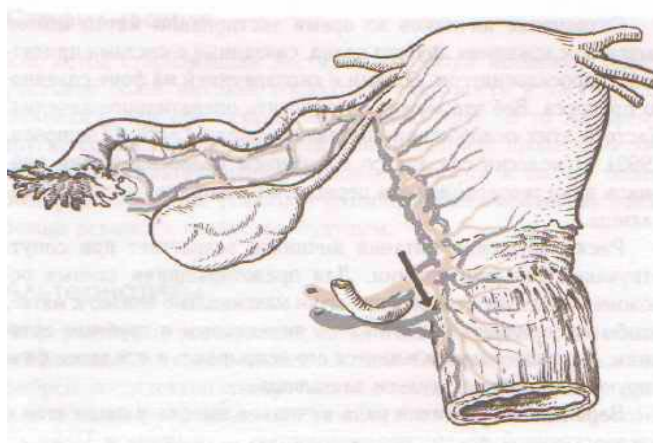
- ✓ Недомогание
- ✓ Снижение работоспособности.
- ✓ Общая слабость

#### **Клиника:**

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

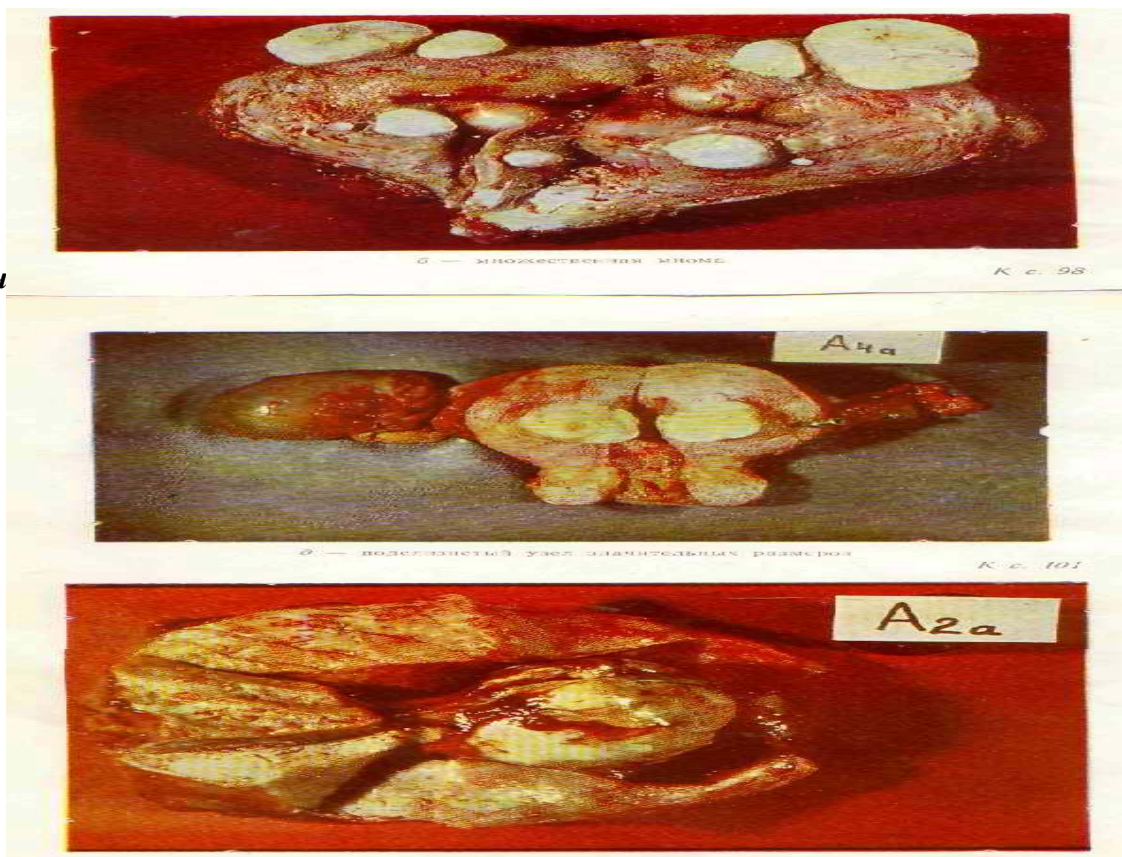
Миоматозные узлы располагаются:

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



**Диагн**

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓



**Диф.диагностика.**

- С раком матки или саркомой
- С опухолями яичников
- С беременностью

**Лечение:**

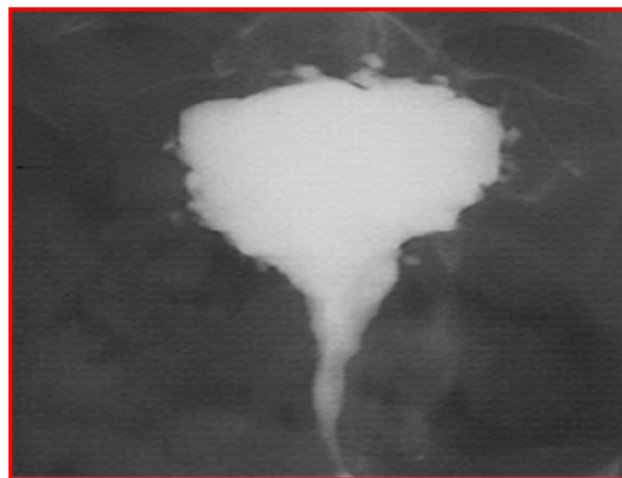
- ✓ Консервативное - (симптоматическое, гормональное)
- ✓ Оперативное

**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.**

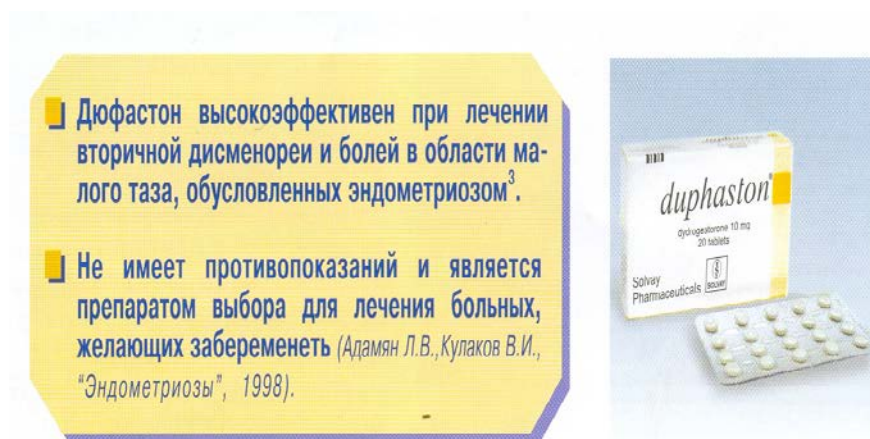
Меноррагии, приводящие к анемии, быстрый рост, большие размеры миомы, (более 14 недель беременности). Резко выраженный болевой синдром. Подозрение на злокачественное перерождение.



**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).



## 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, подвергшихся чревосечению, либо числа лапароскопий, произведенных гинекологом. По данным В.П.Баскакова эндометриоз встречается у 27,6 % гинекологических больных, подвергшихся 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, под вергшихся операции, варьирует от 10 до 25 %. По данным литератур 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 фертильности. 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<sub>2</sub>), но и нарушение обычной динамики концентрации этого гормона.

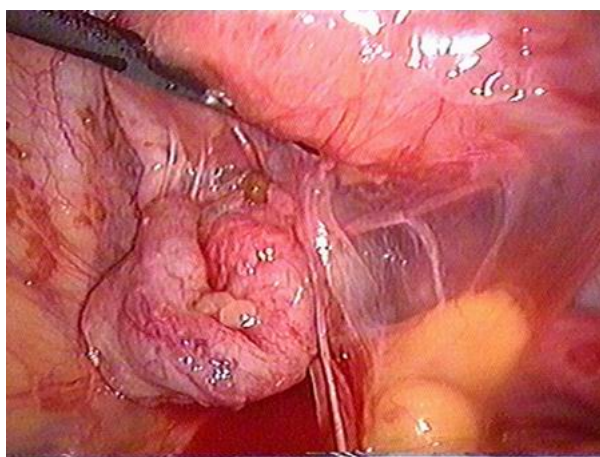
Овуляция у женщин с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом наблюдается не во всех менструальных циклах. Это подтверждается результатами исследований, проведенных в нашем центре: овуляторное отверстие

(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.

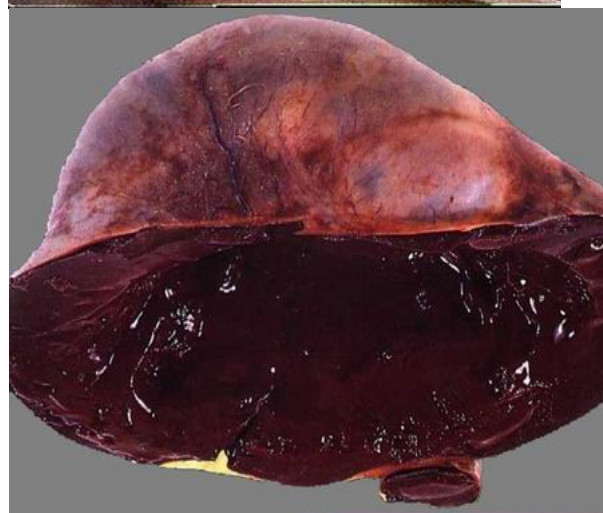
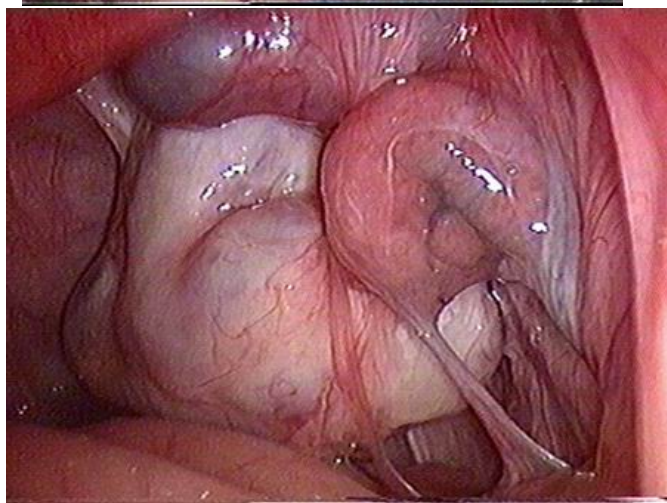
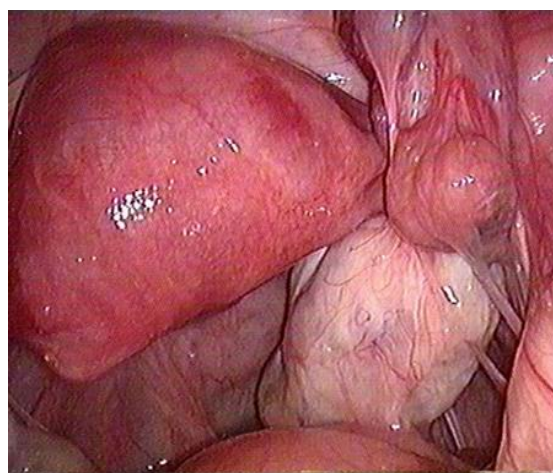
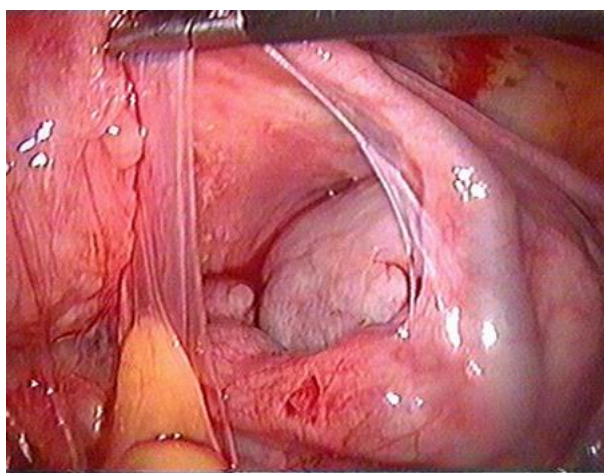


#### Патогенез:

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. Наблюдается некоторое увеличение размеров пораженного органа (матка, яичник) или экстрагенитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.
4. Характерны нарушения менструальной функции, выражающиеся 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 (периоофорит, 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), 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, гистероскопия, 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, распространенность 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 распространенностью 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 эндометриoidных очагов. Г. Хабер, Ж. Бехелак (1987) лапароскопическим исследованием подтвердили исчезновение эндометриoidных очагов после длительного применения тамоксифена. При выраженном 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 [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 III степени, при наличии эндометриoidных 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 эндометриoidных 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 эндометриoidной ткани необходимо образование новых сосудов. Эндометриoidные 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 (Оостерлайн Д. Ж., Суррей Э. С. Халме Ж. 1993 г.) В экскрементах показано, что перитонеальная жидкость, полученная от пациенток с эндометриозом, повышает пролиферативную активность клеток стромы эндометрия. (Шовиери 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 гетеротопий.

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 усилению 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. СЭФР 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 эндометриозидных гетеротопий являются основными источниками СЭФР. (Хилл Ж. А. 1988, М. Ларен Ж. 1996 г.) Кроме того, среды 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. Установлено 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 рецептор 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. (Хаининг 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 гoserелином (син. Золадекс), т-е препаратами – аналогами гонотропин релизинг 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 гипострогией по мнению исследователей, предполагают, что в регуляции экспрессии рецепторов ЭФР участвуют половые стероиды и ЭФР, и также препараты, как гoserелин 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 I и II 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 эндометриoidных 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-  $\beta$ ) – мульти функциональный 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-  $\beta$  повышается в секреторную фазу менструального цикла, что соответствует периоду снижения пролиферативной активности и преобладания процессов дифференцировки клеток эндометрия. Трансформирующий фактор роста  $\beta$  - 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. (Гостерлайн Д. Ж. 1993 г.). В экспериментах трансформирующий фактор роста- $\beta$  влияет на рост, усиливает некоторые виды агрегации клеток, а также повышает экспрессию молекул адгезии, в том числе интегрин и тромбоцит-эндотелиальных клеточных молекул адгезии в этих клетках. Возможно, специфический ингибитор ТФР-  $\beta$  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 органных рецепторов в органах мишенях, но в настоящее время доказано, что гормоны не оказывают прямого влияния на клетки гормонально-зависимых органов. Их действие опосредованно через факторы роста, экспрессию генов, специфические белки, цитокины, нарушение соотношения процессов пролиферации и апоптоза. Исследование апоптоза (генетически запрограммированной смерти клетки) открывает новые направления в генезе и лечении многих распространенных заболеваний.

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

Выявление роли апоптоза и пролиферации на генно 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 аденомиоза 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, обуславливают 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 перитонеальной 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 нарушениям репродуктивной функции и др.). При наличии особенностей симптоматики эндометриоза разных локализаций существуют клинические проявления общие для всех видов данного заболевания:

1. Характерно длительное, нередко прогрессирующее течение заболевания. Самопроизвольный регресс возможен в постменопаузальном периоде.
2. Наиболее постоянным симптомом являются боли, появляющиеся или резко усиливающиеся в пред менструальном 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 экстра генитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.
4. Характерные нарушения менструальной функции, выражающиеся чаще всего в альгоменорее, пред и пост менструальные кровянистые выделения, нарушения ритма менструации.
5. Бесплодие - частый спутник внутреннего и наружного эндометриоза.

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

**Из данных опроса больной диагностическое значение имеют:**

- Указания на возникновение 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 эндометриозидные гетератопии имеют бледно - розовый или красноватый цвет. Наиболее четко они выявляются в лютеиновой фазе цикла, что обусловлена изменением их объема и окраски, синегрибовые 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 эксцизии и выскабливания слизистой оболочки канала шейки матки при подозрении на эндометриоз шейки матки, ткань пораженная эндометриозом, хрупкая и при эксцизии 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 отмечаются 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 кольпоскопического исследования при поражении влагалищной части шейки матки эндометриозом можно различать следующие варианты:

1. Эндометриозидные 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 шейки матки сводится к изменению цвета и объема участков эндометриoidной ткани в зависимости от фаз менструального цикла. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в лютеиновой 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 шейки матки в сочетании с приведенными выше симптомами заболевания могут служить критериями для установления клинического диагноза.

Функционально – морфологические особенности эндометриоза шейки матки у большинства больных зависят от фазы менструального цикла. Результаты морфологических и гистохимических исследований эндометриоза шейки матки при сопоставлении с тестами функциональной диагностики и гистологической картиной соскобов эндометрия показывают, что в различных фазах менструального цикла в эндометриoidной 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 (проращение слизистой оболочки на глубину одного поля зрения при малом увеличении микроскопа), внутренний эндометриоз 2 степени (распространения эндометриoidной ткани примерно до середины толщины стенки матки) и внутренний эндометриоз 3 степени (в патологический 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 узловатая форма аденомиоза наблюдаются несколько реже диффузной. При этих формах у женщин репродуктивного возраста и в перименопаузе всегда выявляется гиперплазия мышечной ткани, окружающей очаги гетеротопического эндометрия.

Таким образом, для макроскопической картины аденомиоза характерно увеличение матки, неравномерное при очаговом распространении 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 эндометриoidными 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 перименопаузе при внутреннем эндометриозе тела матки 1 степени менструальный цикл чаще бывает двухфазным. С пременструальными кровянистыми выделениями в течение 2 - 4 дней. Менструации нередко обильные. Изменений размеров матки в зависимости от фаз менструального цикла не наблюдается. При 2 степени эндометриоза отмечаются пред- и постменструальные кровянистые выделения, менструации, как правило, обильные, иногда приобретают характер менорагии. У каждой четвертой больной наблюдается недостаточность лютеиновой 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, анизоцитозом и гипохромией эритроцитов.

У больных внутренним эндометриозом тела матки 3 степени и локализацией эндометриозных 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 эндометриозной 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 кисты яичника.

Подавляющее большинство 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 прорасти в задний свод влагалища, прямую кишку, может вызвать сдавление мочеочника. 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, наботовы кисты с геморрагическим содержимым, хронический неспецифический эндометрит.
Тела матки	Субмикозная миома матки, рак эндометрия, хронический неспецифический эндометрит, дисфункция яичников.
Яичники	Опухолевидные 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 кольпит, 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 брюшным (ретроцервикальный, ретровагинальный, эндометриоз стеки влагалища, промежности и т.д. ). К экстра генитальной локализации эндометриоза (5%) относятся 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:

а) 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;

б) характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации;

в) безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов;

г) возникновение усиливающего циклического болевого синдрома у подростков и девушек, возникшего после начала менструаций;

д) нарушения менструальной функции типа метрорагии, пред-и постменструальных кровяных выделений;

е) 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 эндометриодные очаги, сообщающиеся с полостью матки. При внутреннем эндометриозе тела матки контрастное вещество располагается за пределами контура полости матки, причем тени гетеротопий имеют вид канальцев, 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 эндометриодных гетеротопий. Правильно проведенная гистероскопия позволяет детально рассмотреть внутреннюю поверхность матки, устья маточных труб и эндометриодные ходы, открывающиеся в полость матки и имеющие вид темно-красных точечных отверстий на фоне бледно-розовой слизистой оболочки. Ультразвуковое исследование при диффузном аденомиозе имеет вспомогательное значение, преимущественно при 2–3 степени распространения. Определяется увеличение матки в лютеиновую 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.

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

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

Диагностике эндометриоза яичников, особенно эндометриодных 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 эндометриодные кисты имеют вид опухолевидных образований, покрытых белесоватой или синеватой оболочкой, сквозь которую просвечивают участки темно-синего или сине-багрового цвета. Эндометриодная 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 (эндометриодные « глазки »). Возможны спайки и рубцовые изменения окружающих тканей. Иногда истинный диагноз эндометриодной кисты яичника выявляется во

время хирургических операций, показаниями к которым считают опухоли или тубо овариальные 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 стенке прямой кишки или прорасти. 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, крестцево-маточных связок и др. Эндометриоидные гетеротопии, как правило, единичные, чаще всего локализуются в области крестцево-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 пузырно-маточной складки – в 11% наблюдений (Пшеничникова Т.Я., 1987 г. ). В процессе лапароскопии рекомендуется биопсия эндометриоидных гетеротопии 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, распространенность 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 гормонотерапии. Даже при распространенных формах эндометриоза следует по возможности при держиваться 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 эндометриозе является подавление секреции эстрадиола в яичниках. При этом считается, что снижение уровня эстрадиола 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. (Виголле–Пос-кет М. 1988 г., Роск Ж. Менторс Д. М.1992 г.)

Для лечения эндометриоза наибольшую практическую ценность имеют агонисты гонадотропных релизинг гормонов (а-Гн РГ), (декапептил, золадекс, люк-трин), прогестогены (дюфастон, оргаметрил, депо–провера, примолуйтнор), анитипрогестины (неместрон), ингибиторы гонадотропинов (дановол, даназол). Широко применяются депонированные формы а – Гн РГ, обеспечивающие постоянную концентрацию препарата в крови на протяжении длительного времени. При лечении препаратами а-Гн РГ в условиях выраженной гипозестрогении 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, фертильность 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., Поуль 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 облацией эндометрия. (Wood С. Махер 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 репродуктивной 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, уменьшению перифокального 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 напряжение способствует появлению нейроэндокринных

расстройств, изменению функций симпатико– адреналовой и гипоталамико – 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

### Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

**Технологический модель учебного занятия:**

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Определение и цели <b>Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников</b> Основные положения цели <b>Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников</b> Определяющие компоненты и составные цели <b>Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников</b>

**Цель практического занятия:** дать представление о «**Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников**», её цели, задачах и основных методах ее исследования

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику <b>Доброкачественному и злокачественному опухоли яичников</b>	Основную сущность темы НМЦ ,нарушение МЦ  Усвоить основные методы исследования  Иметь представление об основных направлениях <b>Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников</b>  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.	Вступительное слово о <b>Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.</b> 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.  Представляет вниманию студентов основные вопросы темы :  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.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.  Активно участвует в 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 занятии.  Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия.	Уточняет неясные вопросы.  Записывает задание для следующих занятий

#### 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 окажется 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.

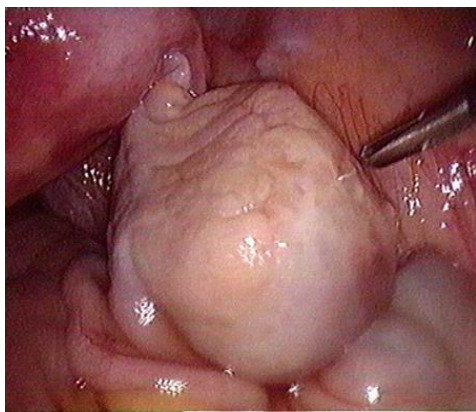
**Метод «Ручка на середине стола»****Шаги:**

1. Предварительно педагог подготавливает 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.

Киста - патологическая полость, выполненная каким-либо содержимым, возникающая 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 лютеиновыми 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 лютеиновых клеток желтого тела. По мере роста кисты происходит атрофия лютеиновых 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 свидетельствуют 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 повториться 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 обоих яичниках под влиянием стимулирующего действия хорионического гонадотропина, содержащего большое количество лютеинизирующего гормона, на тека ткань фолликулов.

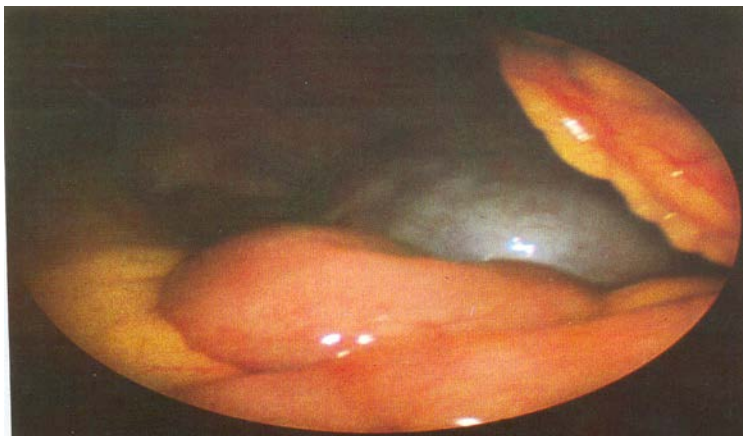
Лечение

Оперативному лечению не подлежат, так как через 1-3 месяца подвергаются обратному развитию.

### Паровариальная киста

Кисты надъяичникового придатка (паровариальные кисты) развиваются из остатков околожичника (вольфова протока), представляющего собой слепозаканчивающиеся каналцы, располагающиеся 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
- ✓ Овоидные



### 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 интралигаментного 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 киста***

#### *Клиника*

Сецернирующая серозная киста 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 киста 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 киста – 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 киста**

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 гликопротеиды.

#### **Клиника и диагностика**

Больные с псевдомуцинозной кистой, 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 киста**

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.

### **Гранулезноклеточная 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). Гранулезноклеточная опухоль может быть: доброкачественной и злокачественной.

### **Частота:**

Злокачественное превращение гранулезноклеточных 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 текасткани 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 и рудиментарные органы: *зубы, кости и др.*

Состоит из плотной, местами гиалинизированной соединительной ткани.

Внутренняя поверхность кисты или не имеет эпителия, или покрыта цилиндрическим однослойным мерцательным эпителием.

Головной бугорок покрыт кожей с волосами и сальными железами.

Под кожей находятся 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 неизменной 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* - надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника.

Прогноз. Неблагоприятный

## Практическое занятие № 8

### Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов. Фоновые и предраковые 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	Вводное слово Определение и цели <b>Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</b> Основные положения цели <b>Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</b> Определяющие компоненты и составные цели <b>Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</b>

**Цель практического занятия:** дать представление о «**Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.**», её цели, задачах и основных методах ее исследования

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Анатомия наружных половых органов.  Разобрать основные методы исследования  Дать представление об  Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	Основную сущность темы  Усвоить основные методы исследования  Иметь представление об основных направлениях Иметь понятие об основных приёмах и методах исследованиях и <b>Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</b>
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 <b>Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.</b> 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.  Представляет вниманию студентов основные вопросы темы  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.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.          Активно участвует в 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 занятии.  Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы.       Записывает задание для следующих занятий

## **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 подготавливает 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 аденогенитальный синдром — АГС, дисгенезия гонад, пороки развития матки и влагалища).

Частота аномалии 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 определяет рудиментарное его строение (рудиментарная матка, рудиментарный 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, выявляются рудиментарно 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 эт вагина дуплекс— аномалия развития, сходная с предыдущей, однако на определенном участке обе части половой системы более тесно соприкасаются друг с другом, часто с помощью фиброзномышечной 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 с рудиментарным рогом обусловлена значительным отставанием в развитии одного из парамезонефральных протоков. Если рудиментарный рог имеет полость, то практически важно, сообщается ли она с полостью матки. Существование функционирующего рудиментарного рога сопровождается такими осложнениями, как полименорея, альгодисменорея, инфицирование. В рудиментарном роге может иметь место беременность.

Утерус унисорнис - редкая патология, возникающая при глубоком поражении одного из парамезонефральных протоков. При данной аномалии, как правило, отсутствуют одна почка и один яичник.

Утерус бисорнис рудиментариус солидус - аномалия развития, известная под названием «синдром Майера—Рокитанского—Кюстера— Мюллера—Хаусера». При этой патологии влагалище и матка представлены тонкими соединительнотканными 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, расположенном 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 при рудиментарном роге, если его просвет сообщается с полостью матки.

Одним из основных методов исследования УЗИ органов малого таза.

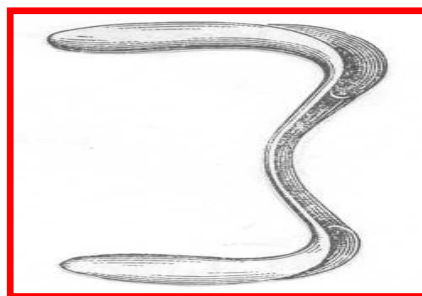
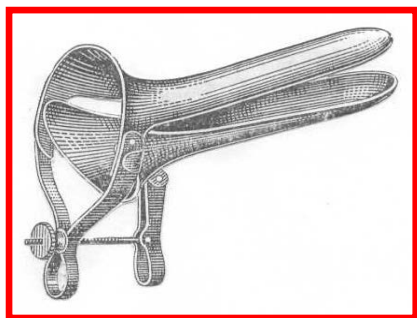
Газовая пельвиграфия применяется при подозрении на наличие рудиментарного рога матки.

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.

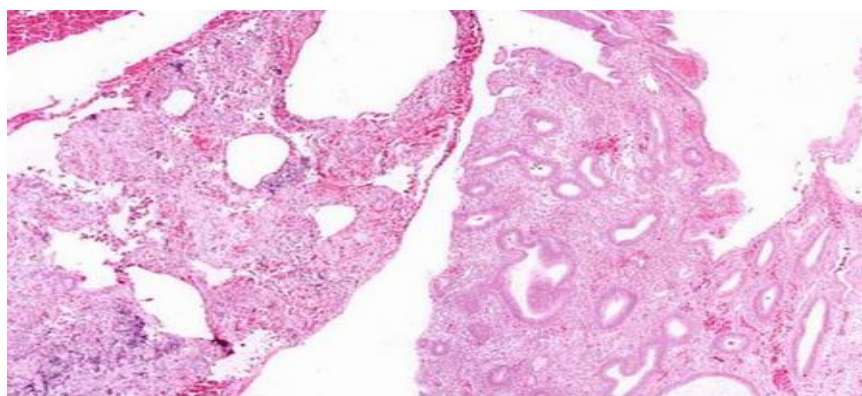
Лечение. При одних видах патологии (седловидная матка, однорогая матка и др.) не требуется никакого лечения. Однако знание вида аномалии развития необходимо в дальнейшем для правильного ведения беременности, родов, а также для выполнения различных внутриматочных манипуляций. При двурогой матке прибегают 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 прекращение 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 эпителии 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.

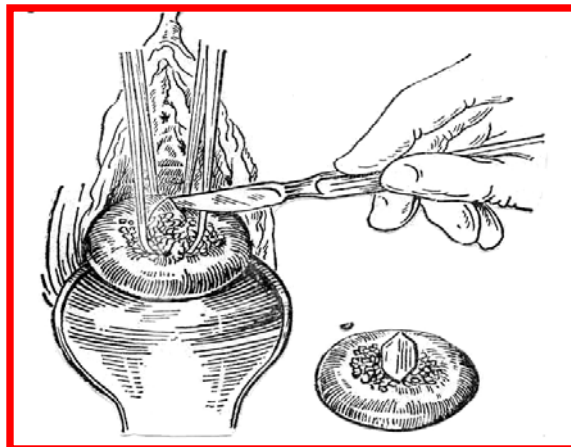
Клинические симптомы подобной лейкоплакии не представляют ничего характерного. Диагноз устанавливается при гистологическом исследовании препарата, полученного при прицельной биопсии после кольпомикроскопии. Терапия заключается в диатермоконизации шейки матки с последующим наблюдением. При выявлении инвазивного 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 перименопаузе-редко. У молодых женщин дисплазия развивается преимущественно в эпителии влагалищной части шейки матки; в старшем возрасте патологический процесс переходит в шейечный канал. В этих случаях можно говорить о дисплазии резервных клеток. Этим термином обозначают мелкие клетки эпителиального вида, находящиеся часто под призматическим эпителием слизистой оболочки шейечного канала и желез, а также под низким многорядным эпителием переходной зоны. В основе дисплазии лежат анаплазия 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.

**С и м п т о м а т о л о г и я.** При дисплазии эпителия шейки матки не наблюдается характерных симптомов. Часто определяются соответствующие изменения шейки матки: псевдоэрозия (до 85 %), эндоцервицит, лейкоплакия, преинвазивный и инвазивный рак шейки матки. У ряда больных отсутствует какие либо проявления.

**Д и а г н о с т и к а.** 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 аденоматозные 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 гормонопродуктирующей 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.

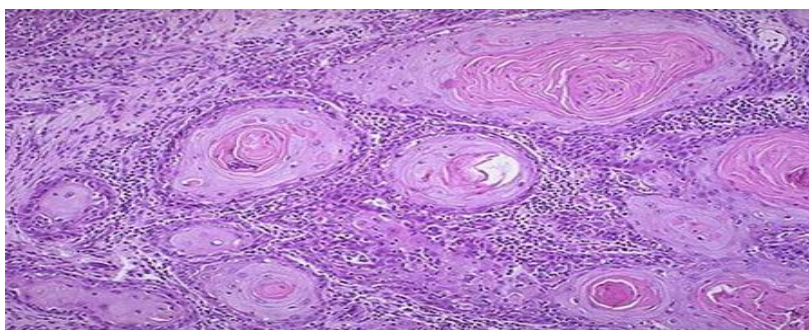
**Экзофитная форма.** Макроскопически опухоль представляется в виде цветной капусты. Процессы пролиферации преобладают над процессами распада.

**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**

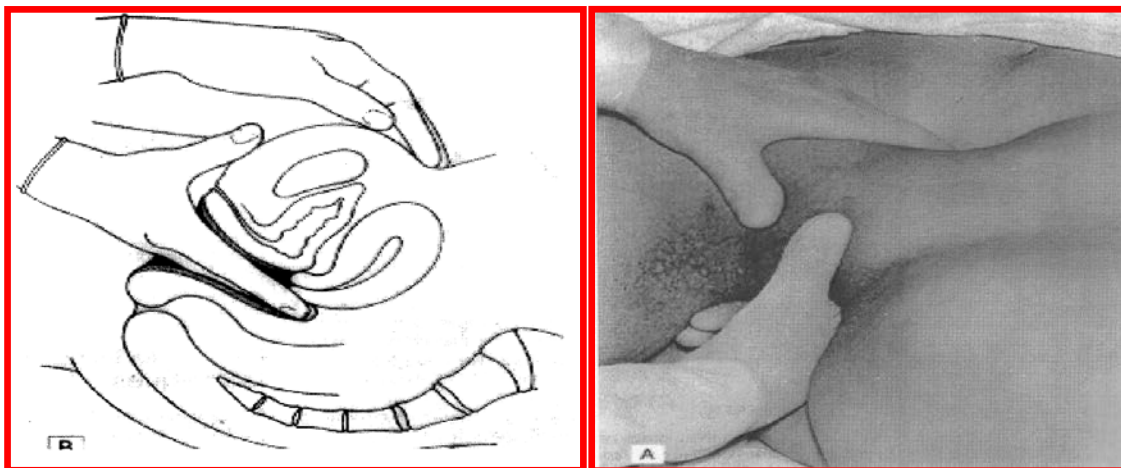


### **Клиника:**

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:

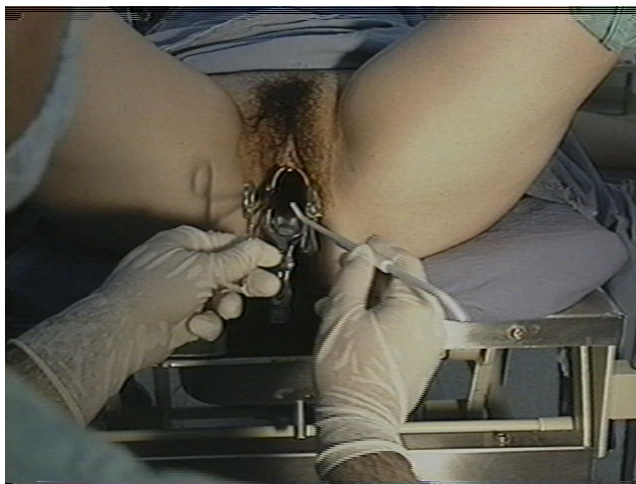


- Исследование при помощи зеркал;
- Влагалищное и прямокишечное исследование;
- Цитологическое исследование;
- Кольпоскопия;
- Прицельная биопсия;
- Гистологическое исследование;
- Проба Шиллера;
- Урологическое исследование.
- Осмотр при помощи зеркал
- Бимануальное вагино – абдоминальное исследование



### Диф. диагностика:

- Эрозия шейки матки;
- Изъязвившийся эктропион;
- Туберкулёз;
- Сифилис;
- Мягкий шанкр;
- Выпадение матки.



### Всемирная классификация TNM рака шейки матки (1985й):

T –первичная опухоль.

T<sub>ис</sub> – преинвазивный рак (Ca ин ситу).

T<sub>1</sub> –рак тела матки.

T<sub>1a</sub> – микроинвазивная карцинома (3 мм).

T<sub>1б</sub> – инвазивная карцинома.

T<sub>2</sub> – рак, вышедший за пределы шейки матки.

T<sub>2a</sub> – рак, инфильтрированный во влагалище.

T<sub>2б</sub> – рак, инфильтрированный в параметрий.

T<sub>3</sub> – рак, инфильтрированный в 1/3 часть влагалища.

T<sub>3a</sub> – карцинома 1/3 части влагалища.

T<sub>3б</sub> – карцинома, распространившаяся в область малого таза.

T<sub>4</sub> – рак, распространившийся за пределы области малого таза.

### **Всемирная классификация ТНМ рака шейки матки (1985й):**

N – Регионарные лимфатические узлы малого таза.

N<sub>0</sub> – метастазов нет.

N<sub>1</sub> – наличие метастазов.

N<sub>2</sub> – пальпируемые метастазы.

N<sub>x</sub> – невозможное определение лимфатических узлов.

M – отдаленные метастазы.

M<sub>1</sub> – наличие отдаленных метастазов.

M<sub>x</sub> – невозможное их определение

### **Клинико – анатомическая классификация**

Стадия 0 – T<sub>ис</sub>

Стадия I а – T<sub>1a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия I б – T<sub>1б</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия II а – T<sub>2a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия II б – T<sub>2б</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия III – T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>; T<sub>1-3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>

Стадия IV – T<sub>4</sub>M<sub>1</sub>

### **Лечение:**

***II 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. III – IV стадия – добавочная рентгено-радийная лучевая терапия.

**IV 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 :**

**I стадия** – здоровые в течение 5 лет и больше – 78,1%;

**II стадия** – здоровые в течение 5 лет и больше – 57%;

**III стадия** – 31%;

**IV стадия** – 7,8%;

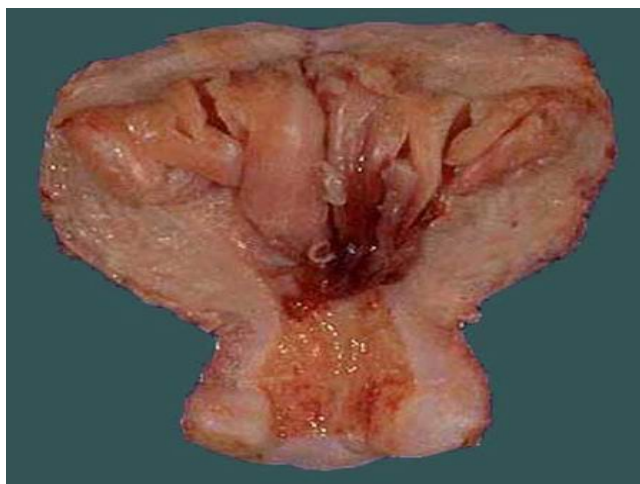
**Все стадии** – 55%.

#### **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 – T<sub>ис</sub>

Стадия I – T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия II – T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия III – T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>; T<sub>1-3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>

Стадия IV – T<sub>4</sub>M<sub>1</sub>

**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 – 5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Определение и цели <b>Бесплодный брак. Вопросы контрацепции.</b>  Основные положения цели <b>Бесплодный брак. Вопросы контрацепции</b> Определяющие компоненты и составные цели <b>Бесплодный брак. Вопросы контрацепции</b>

**Цель практического занятия:** дать представление о «**Бесплодный брак. Вопросы контрацепции**

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

<b>Педагогические задачи:</b>	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение <b>Бесплодный брак. Вопросы контрацепции</b>	Основную сущность темы <b>Бесплодный брак. Вопросы контрацепции</b>
Разобрать основные методы исследования	Усвоить основные методы исследования
Дать представление об основных	Иметь представление об основных

направлениях в <b>Бесплодный брак</b>  Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	направлениях <b>Бесплодный брак.</b>  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><b>Вступительное слово о Бесплодный брак.</b> <b>Вопросы контрацепции</b></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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Назовите причины женского бесплодия.</li> <li>2. Назовите причины мужского бесплодия.</li> <li>3.Классификация бесплодия.</li> <li>4.Ведение женщин с первичным бесплодием.</li> <li>5.Диагностика женского бесплодия.</li> <li>6.Лечение бесплодия.</li> </ol>	<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. 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 окажется 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.

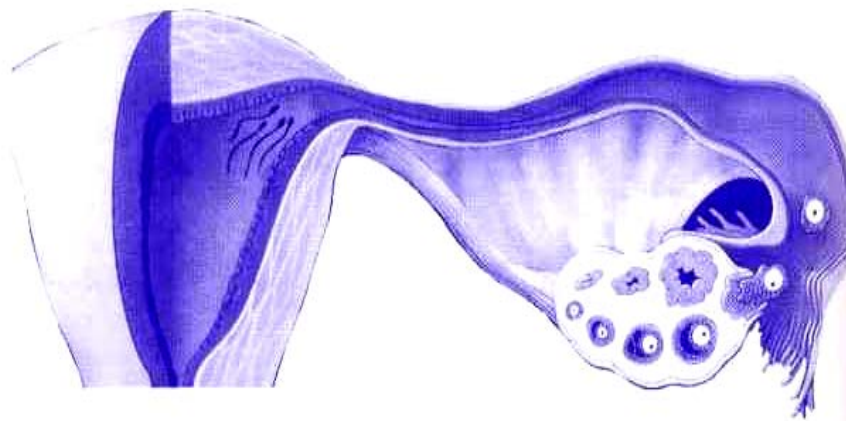
Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

#### Метод «Ручка на середине стола»

##### Шаги:

1. Предварительно педагог подготавливает 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, аменореей, 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 гиперпролактинемии парлодел (1,25-2,5 мг/сут/ если содержание пролактина в норме, затем 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/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) + клонифен+ХГ)

При гиперандрогенемии яичников ↑ экскреция эстрогенов и при поликистозе яичников (гестоген + клонифен и агонист РГЛГ + ХГ).

Недостаточность лютеиновой 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 лютеиновой 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 окситацину, вазопрессину, 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, возникающая после физического и психического стресса, травм, нейроинфекции и др. Установлено, что при НЛФ уровень ФСГ ниже чем у здоровых женщин.
- ✓ Гиперандрогенемия яичникового, надпочечникового или смешанного генеза.
- ✓ Функциональная гиперпролактинемия. НЛФ может развиваться в результате влияния высоких концентраций пролактина на секрецию и освобождение гонадотропных гормонов, а также ингибировать стероидогенез в яичниках.
- ✓ Затяжной воспалительный процесс в придатках матки.
- ✓ Патология желтого тела, обусловленная биохимическими изменениями в перитонийной жидкости (повышенное содержание простагландинов 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 лютеиновой 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 °С.

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 параладелом 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 лютеинизации неовулировавшего фолликула**

Это преждевременная лютеинизация 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 ановуляцией, низким уровнем 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 в сочетании с кломифеном или с пергоналом 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 внимания 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 перитонической 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 супругов, 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.** Причиной 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 Е 2 и прогестерона указывает на сохранение функции яичников.
- ✓ Гормональные пробы с прогестероном, комбинированными эстроген – гестагенными 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, сохранённой или несколько сниженной функции яичников.

**Прогноз:** при маточной форме аменореи довольно сложный и зависит от степени и глубины поражения базального слоя эндометрия.

#### Эндометриоз

Эндометриоз (эндометриозидные 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, аденомиоз), 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 экстрагенитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.
4. Характерны нарушения менструальной функции, выражающиеся 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 (периоофорит, 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, гистероскопия, 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, распространенность 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 распространенностью 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 эндометриозных очагов. Г. Хабер, Ж. Бехелак (1987) лапароскопическим исследованием подтвердили исчезновение эндометриозных очагов после длительного применения тамоксифена. (При выраженном 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 формах аденомиоза, сочетании диффузной формы аденомиоза с миомой, аденомиозе 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.

Противовоспалительное: 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 шейечной 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 сообщаемым 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 шейчных 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 шейки матки с помощью однограммового шприца, 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 не обнаруживаются 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 получения 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.

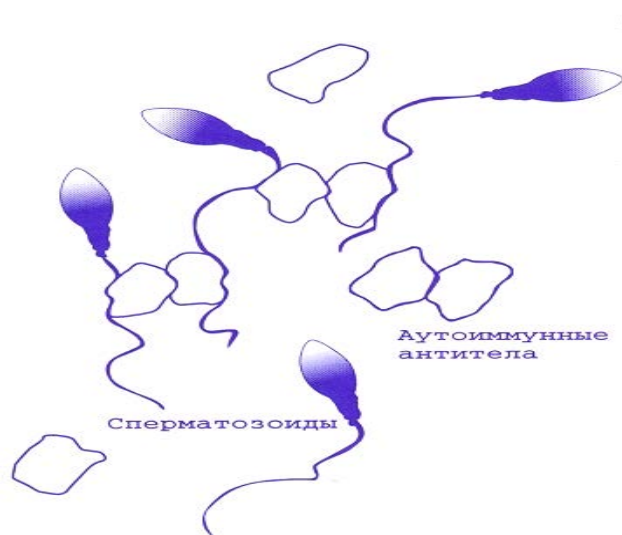
### Лечение

Призерватив до 6 мес, глюкокортикоидные препараты женщине, использование методов разведения 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.

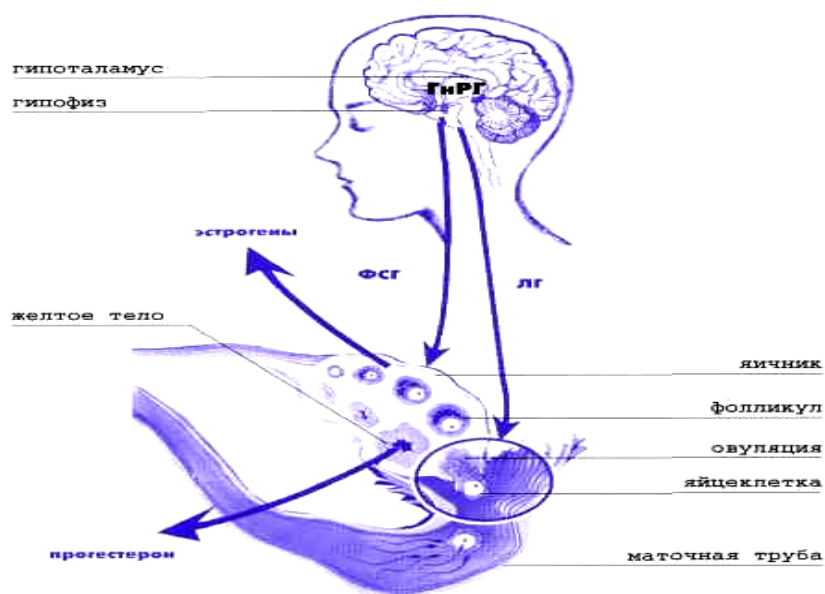
Показано наблюдение этой группы женщин у невропатолога, психоневролога.



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, Прогестерон, 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  $0,4^{\circ}\text{C}$  (до  $37^{\circ}\text{C}$  и выше) и держится на этом уровне в течение 12-14 дней, снижаясь до  $36,6^{\circ}\text{C}$  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  $37^{\circ}\text{C}$ , 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 – тестикулы. 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 – тестикулярного 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 расстройств, нарушающих нормальное взаимодействие в системе гипоталамус – гипофиз – тестикулы.
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 сопровождается 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.

Спермограмма 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+В)  $\geq 50\%$

Морфологический нормальных форм  $\geq 50\%$

Агглютинатов нет

Аггрегатов нет

Лейкоцитов более  $1,0 \cdot 10^6$ /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, местреролон, тестостерон с целью ребаунд – эффекта - гонадотропины, калликреин.

Развитие рентгенологии позволяет лечить варикоцеле, используя технику чрезкожной ретрогратной 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, *сорпорис* — «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 долгожданны, 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 плодovit. 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 развиваться фолликулы;
- развившиеся фолликулы могут не содержать яйцеклеток;
- полученные яйцеклетки могут быть плохого качества;
- может произойти преждевременная спонтанная овуляция и выход яйцеклеток из фолликулов до их пункции;

- спасный 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 аборт.

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 эстрогенный и гестагенный 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 фертильности 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 гиперандрогенных состояниях;

- профилактические эффекты:

- снижение риска развития рака эндометрия и яичников, 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:

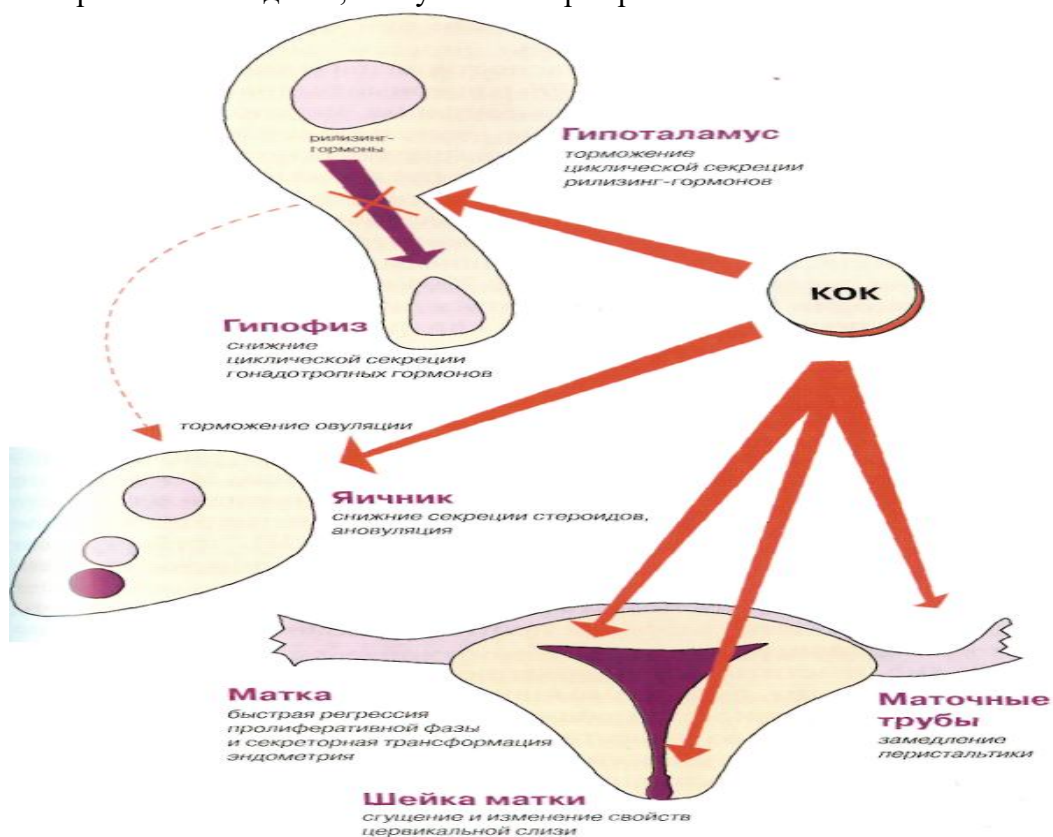
- высокодозированные — 50 мкг ЕЕ/сут. (Овидон);
- низкодозированные — не более 30-35 мкг ЕЕ/сут. (Диа-не-35, Жанин, Фемоден, Ярина, Силест, Марвелон, Регу-лон, Триквилар, Три-Регол, Три-Мерси и т.д.);
- микродозированные - 15—20 мкг ЕЕ/сут. (Логест, Ми-релль, Новинет, Мерсилон, Линдинет и т.д.).

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, используемых 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 менструальной функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.**

**Оценка знание студентов.**

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правльные 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 правльные 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 правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетвори тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, неможет 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 инетересующие 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 влагалищеоттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной порверхностью, 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 еремещают 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 правльные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правльные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетвори тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетвори тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, неможет 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 инетересующие 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 влагалищеоттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной порверхностью, 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 знания 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 исследованию 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 знания 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 исследованию 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:** измерение длины матки

**Инструменты:** перчатки, зонд, гинекологический стол, ложкаобразные 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 верхнюю 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 знания 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 выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетворительно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетворительно	Плохо знает теоретические 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 к 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 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 удовлетворительно	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 влагалищеоттягивают 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 нарушения 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**

- 1.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.

## **VIII. 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 нарушения 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

<b>Аборт (выкидыш или самопроизвольное прерывание беременности )</b>	Прерывание беременности на сроке до 22 недель
<b>Асфиксия плода</b>	Развитие патологии у плода при нехватки кислорода
<b>Бимануальный осмотр</b>	Осмотр матки двумя руками
<b>Биомеханизм родов</b>	В течение родов головка плода совершает ряд движений, приспособляясь к прохождению по родовым путям.
<b>Влагалище</b>	Внутренний половой орган женщины
<b>Внематочная беременность</b>	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки
<b>Внематочная беременность (беременность в маточной трубе)</b>	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит в полости маточных труб
<b>Горизонтальное положение плода</b>	Позвоночник плода образует с горизонтальной осью матки прямой угол
<b>Имплантация</b>	Внедрение эмбриона в слизистую матки в процессе беременности
<b>Искусственный аборт</b>	Искусственное прерывание беременности с помощью

	медицинскими манипуляциями
<b>Конфигурация головы (форма)</b>	Отношение максимальной ширины мозговой коробки к её максимальной длине
<b>Криминальный аборт</b>	Незаконное прерывание беременности
<b>Лактация</b>	Отделение молока грудной железой. Со 2-го-3го месяца беременности начинается гиперплазия железистой паренхимы грудной железы, продолжающаяся в течение всей беременности.
<b>Мастит</b>	Воспаление паренхимы и межуточной ткани молочной железы
<b>Маловодие</b>	Уменьшение околоплодных вод при беременности ниже нормы для данного срока
<b>Менструальный цикл</b>	Периодические изменения в организме женщины репродуктивного возраста, направленные на возможность зачатия
<b>Менструация</b>	Отторжение функционального слоя эндометрия
<b>Насильственные разрывы матки</b>	травматические (от грубого вмешательства во время родов или во время беременности и родов от случайной травмы
<b>Неонатология</b>	Раздел медицины, изучающий младенцев и новорожденных, их рост, развитие и их заболевания
<b>Обвитие пуповиной</b>	Обвитие пуповиной той или иной части тела плода
<b>Обследование полости матки с помощью рук</b>	Акушерская операция, которую производят с помощью рук с целью определения расположения матки и целостности ее стенок
<b>Оперативное акушерство</b>	Наука изучающая методов акушерских операций
<b>Патологические роды</b>	Роды, протекающие с различными осложнениями
<b>Перинатальный период</b>	Период от 28 недели беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения
<b>Плацента</b>	развивающийся в полости матки во время беременности орган, осуществляющий связь между организмом матери и плодом.
<b>Поздние роды</b>	Роды, после 40 недель беременности
<b>Поздний токсикоз</b>	патологическое состояние беременных, возникающее во второй половине беременности
<b>Предлежание плода.</b>	Предлежащей частью считается та часть плода, которая находится над входом в малый таз. Это может быть

	головка, тазовый конец или плечико.
<b>Преждевременными роды</b>	роды до 37-й недели беременности.
<b>Разрыв матки</b>	нарушение ее целостности во время беременности или в родах
<b>Ранний выкидыш Или самопроизвольный аборт</b>	Патологическое прерывание беременности
<b>Расположение плода</b>	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
<b>Ригидность шейки матки ( неполное раскрытие)</b>	Потеря ею эластичности, замедляет её сглаживание и раскрытие шеечного канала
<b>Родничок</b>	Неокостеневший участок свода черепа, состоящий из остатков перепончатого скелета и соединяющий кости черепа
<b>Роды</b>	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
<b>Самопроизвольные разрывы матки</b>	происходящие без каких-либо вмешательств извне
<b>Срочные роды</b>	Роды в 39-40 недели беременности
<b>Таз</b>	Часть скелета, состоящий из четырёх костей.
<b>Тазометр</b>	Инструмент в виде циркуля, предназначенный для измерения наружных размеров таза , а также размер головки плода.
<b>Фетоплацентарная система</b>	Это комплекс, в который входят: организм плода, органы репродукции-матка и плацента, а также эмбриональные образования
<b>Физиологические роды</b>	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
<b>Хориамнионит</b>	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 роженицы подлежат 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, флуконазол

пеницилин

трихопол

**4. Чем лечится трихомониаз?**

\*Нистатин

метронизалол

эритромицин

тетрациклин

пенициллин

**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 специальным методам 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 сальпингоофарит**

\*внематочная беременность

эндометрит

пельвиооперетонит

киста яичника

**10. Кем был открыт возбудитель гонореи?**

\*Нейссером

Кохом

Давидовский

Маневический

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 кандидомикоз?**

\*Тетрациклин

гоновакцина

пеницилин

трихопол

**15. Чем лечится трихомониаз?**

\*метронизалол

Нистатин

эритромицин

тетрациклин

пенициллин

**16. Назовите основные клинические симптомы при трихомониазе**

а/жжение

б/боли внизу живота

в/творжестые выделения

г/пенистые веделения

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-**

офарит

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

Маневический

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. Противопоказание 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 иммунной терапии**

безуспешность к антибактериальной терапии\*

гипертоническая болезнь

хроническая форма гонорея	2
гонорея при беременности	6
восходящая гонорея	3

**26.Применяется ли местные лечения при острой стадии гонореи** 5

Применяется\*

не применяется

применяется при противопоказания к антибиотика терапии

**27.Критерие излеченности устанавливается**

при отсутствие гонококов после 3х провокаций\*

после стихания острых явлений

после антибиотико терапии

при отсутствие гонококов по первой провокации

критерие излеченности нет

**28.Что характерно гонореи шейки матки**

а.под эпителиальное расположения гонококов

б.бесплодие нарушение проходимости

в.образование при glandулярных абсцессов

г.острая начала заболевания

д.переход инфекции в хрон. форму

а б в\*

б в г

а в д

г а д

**29.Сколько стадии рака тела матки различают**

4\*

**30.Укажите причины ДМК**

\*гормональная недостаточность яичника  
воспаление матки  
опухоли яичника  
опухоли мозга  
болезнь Верльгофа

**31.При ановуляторном кровотечение в яичнике образуется ли желтое тело**

\*нет

да

**32.При ановуляторном кровотечение количество какого гормона повышается**

\*эстроген  
триотропные  
АКТГ  
СТГ

**33.При ДМК что наблюдается в эндометрии матки**

\*пролиферация  
регенерация  
десквамация  
регенерация секция

**34.В каком возрасте персистенции фолликул много встречается**

\*35-45  
8-10 лет  
12-16  
20-25

**35.Для медикаментозного кюретажа какой препарат применяется**

\*окситоцин  
фолликулин  
прогестерон

викасол

**36.Изменяется ли базальная температура при ановуляторном цикле**

\*Да

Нет

**37. Укажите причины дисфункциональных кровотечений?**

\*Гормональная недостаточность в яичнике

Опухоль головного мозга

Болезнь Верльгофа

Опухоли матки

**38. При ановуляторном цикле встречается ли кровотечение из желтого тела?**

\*Нет

Да

Все ответы верны

Нету правильного ответа

**39. При ановуляторном кровотечении какой гормон повышается?**

\*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**

\*46-50

8-10

12-16

20-35

**42. При дисфункциональном кровотечении медикаментозных контрацептивов какие лекарства применяются**

\*Прогестерон

Фолликулин

Викосол

Окситоцин

**43. В Ановуляторном цикле меняется ли базальная температура?**

\*Нет

Да

Все ответы верны

Нету правильного ответа

**44. Укажите лечебные процедуры при ювенильном кровотечении?**

А) Гормональный гемостаз,

Б) Эндометрит матки

В) Прогестерон

Г) Сокращающие препараты матки

Д) Ампутация матки

Е) Андрогены

Ж) Препараты

\*а г

б в

г д

д в

**45 Первичная помощь врача при климактерическом кровотечении**

А) 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 лютен

Гормоны лютен и стимулирующие

**49 Укажите первичные этапы помощи дисфункциональных кровотечений в возрасте детародтство?**

\*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 прегнандиол

Состояние цервикаль шейки матки

Феномен папоротника

Реакция эндометрия

**52 В каком уровне КПИ можно начать лечение при случаи выкидыша эмбриона?**

\* 10%

2%

5%

3%

**53 Когда делается гемостаз эстрогенами?**

\*При ювинильной кровотечение

При климактерии

Субмикозном узле миомы

Не полных абортах

**54.эстрогенный гемостаз используется?**

\*При ювинильном кровотечение

Субмикозном узле миомы

Не полных абортах

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 дицидуал

**58. Причины ювенильных кровотечений?**

\*Не развитие структуры гипофизарном гипоталамусе

Инфантилизм

Сосудистые заболевание

Наследственные заболевание

**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 опухала

внематочная беременности

Все ответы верны

**61 Главные причины климактерических кровотечений?**

\* инволюционные изменение в системе репродукции

Изменение в гипоталамо-гипофизарных систем

Не цикличность процесса

Органические изменение в половых органов

**62. С чем связано ювенильные кровотечения?**

\*атрезия не полностью развитых фолликулов

Киста яичника

Гиперэстроген

Персистенция желтого тело

**63. С чем связано климактерическое кровотечение?**

\*Персистенция желтого тело

Атрезия не развитых фолликул

Поликистоз в яичнике

Воспаление эндометрии

**64. Как действуют синтетические прогестероны в эндометрии яичника при долгих промежутках**

\*уменьшающие нарастание эндометрии

Стимуляторные

Не действуют

Понижает вырабатывании 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%до100%?**

\*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 изменение наблюдается при дисфункции яичника?**

\*отсутствие 2- фазы

Кровотечение

Образование выделение 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

Гиперсистенсия фолликул

Фолликулином гипосистенция 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 выкидыш
- б.миома матки
- в.трихомонадный кольпит
- г.рубцы на матке

а б

б в

**83.Укажите признаки угрожающего выкидыша**

- \*схваткообразные боли внизу живота
- кровотечение со сгустками
- мажущиеся кровянистые выделения
- гнойные выделения
- а.физико-психический покой
- б.синестрол
- в.прогестерон
- г.фолликулин
- д.седативное лечение

Проверять на крови эстрогенов

Нет ответа

**79. Причина кровотечений при укорочении фолликулярных фаз?**

\*Овуляторное кровотечение

Ановуляторные кровотечения

А и б

Нет ответа

**80. Частота Ювенильных кровотечений?**

\*20%

1-3%

3-5%

**81.Куда госпитализируется больная с инфицированным абортom**

- гинекологическое отделение
- дневной стационар
- родильное отделение
- инфекционная больница
- отделение патологии беременности

**82.Что является противопоказанием 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 начавшего**

- а. схваткообразные боли внизу живота
- б. раскрытие шейки матки
- в. нарушение функции соединительных органов
- г. кровянистые выделения из половых путей
- д. несоответствие между размерами матки и задержания менструации

**86. Тактика лечения позднего выкидыша (18-20 нед) причиной**

- а. физико-психический покой
- б. синестрол
- в. прогестерон
- г. токолитическая терапия
- д. наложение шва на шейку матки

**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. дорсанализация внизу живота
- д. массаж поясничной области

- а. неполный аборт
- б. киста яичника
- в. метроэндометрит
- г. ювенильное кровотечение
- д. плацентарный полип

**90. С какими заболеваниями можно дифференцировать начинающийся**

- а. пузырный занос
- б. киста яичника
- в. миома матки
- г. ювенильное кровотечение
- д. неразвивающийся беременность

**91. Как лечится истмико-цервикальная недостаточность во время беременности**

- а. наложением крутого шва
- б. швы не накладываются

**выкидыша**

- \* а б г
- а б
- б в
- а г
- г д

**которого является истмико-цервикальная недостаточность**

- \* а г д
- а б в
- б в г
- в г д
- а б д

- 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

**89. Какие осложнения не встречаются после аборта**

- \* б г
- а б
- в г
- г д
- в д

**выкидыши**

- \* а в д
- а б в
- а в г
- б в г
- в г д

- 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 развивающаяся беременность в матке

а.внутреннее кровотечение

б.схваткообразные боли в низу живота

в.обморочное состояние

г.кровотечение из половых путей

д.можущиеся кровянистое выделения

## **94.Характер боли при трубном аборте**

\*в прямой кишке

в пояснице

на шею

в эпигастриальной области

на ногах

## **95.Какие гистологические изменения происходят в эндометрии при внематочной беременности**

\*децидуальное изменение

железистая гиперплазия

поликистозное изменение

аденоматозные изменения

ворсин хориона в соскобе

## **96.Каков характер выделений из половых путей при нарушенной внематочной беременности**

а.не развивающаяся беременность

б.тубный аборт

в.донашивание беременности

г.разрыв трубы

д.неполный выкидыш

## **100.Укажите характер пунктата при нарушенной внематочной беременности**

\*не свертывающая кровь

сгустки крови

серозное содержимое

а.прогестероновая проба

б.УЗИ диагностика

б в

в г

г д

беременность в начале

шеечной беременности

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 кровянистые

кровянистые сгустками

гноевидное

слизистое

сукровичное

## **97.При каком виде трубной беременности иссекается маточный угол трубы**

\*интерстициальное расположение

ампулярной части

истмическое расположение

при всех видах

не в каком

## **99. Что не наблюдается при трубной беременности**

\*а в д

а б в

б в г

в г д

б г д

гноевидное содержимое

свертывающая кровь

## **101. Какие методы применяются при диагностике маточной беременности**

в.преднизолоновая проба

г.вагинальный осмотр

д.кульдоскопия

\*а б

а в

**102.Тактика врача при диагностики  
внематочный беременности**

\*экстренная тубэктомия

плановая тубэктомия

а.хронический аднексит

б.эрозия шейки матки

в.гастрит

г.патология яйцеклетки

д.кольпит

**104. Из каких патологических  
измененных клеток  
развивается трофоблас**

а.поверхностные клетки

б.синцитиальные клетки

в.цилиндрические клетки

г.трофобластические клетки

д.плоские клетки

**105. После чего может  
развиваться  
трофобластическая болезнь**

а.внематочный беременность

б.киста яичника

в.аменория

г.нормальный беременность

д.бесплодия

\*а б

б в

в г

а г

б д

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

тическая болезнь

\*б г

а б

б в

г д

а д

## **ХII. Темы рефератов**

**Акушерлик ва гинекология кафедрасининг талабаларнинг илмий ва уқув ишлари**

<b>№</b>	<b>Мавзунинг номи</b>	<b>Иктидорли талабалар И.Ф.О.</b>	<b>Гурух</b>	<b>Илмий рахбар</b>
<b>1.</b>	Анкетирование женщин после перенесших различных видов абортов	Рахимова Машхура	601-гурух	Ихтиярова Г.А.
<b>2.</b>	Течение беременности и родов у женщин с варикозной болезнью	Саидов Шавкат	705-гурух	Саркисова Л.В.
<b>3.</b>	Особенности течения преэклампсии на фоне хронической гипертензии	Узокова Нигора	606-гурух	Туксанова Д.И.
<b>4.</b>	Роль изучения почечного кровотока и концентрации мочевой кислоты в крови и моче в диагностике преэклампсии	Болтаева Нигора	603-гурух	Ахмедов Ф.К.

## **ХIII. 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 подготавливает 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 одно 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 – услубий қо`лланмалар**

№	Уқув – услубий кулланма	Нашр йили	Муаллиф
1	«Хомиладорликнинг муддатига этмаслиги ва муддатидан утиб кетиши»	Бухоро 2015 й	Ихтиярова Г.А.

2	«Нормал хайз сикли. Аменорея. Нейроэндокрин 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 кетишлар. 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	«Железодеефитситная 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 родилниц с преэклампсией тя желой степени»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.
9	«Дифференцированные 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 кетишлари»	Бухоро 2014 й	Ихтиярова Г.А.
12	«Хомиладорликнинг муддатига этмаслиги ва муддатидан утиб кетиши, тугрук индукцияси. Хомила пуфагининг маддутидан 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 родилниц»	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 танқислислиги анемияси»	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
18	«Прееклампсия и гипертензивные расстройства беременности »	Бухоро 2006 й	Ихтиярова Г.А.
19	«Бепуштлиқ »	Бухоро 2010 й	Ихтиярова Г.А.

### О`қув қўлланмалар

№	Уқув қўлланма	Нашр йили	Муаллифлар
1	«Сетринское дело в акушерстве»	Тошкент 2011 йил. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан лисензия берилган нашрётларда нашрга рухсат берилди. № 234-103	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н., Каримова Н.Н., Саркисова Л.В.
2	«Сетринское дело в гинекологии »	Тошкент 2011 йил. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан лисензия берилган нашрётларда нашрга рухсат берилди. № 234-103	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н. Каримова Н.Н., Саркисова Л.В.

№	Монография	Муаллифлар	Нашр йили
1	«Гемодинамические изменения у родившихся перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация»	Ихтиярова Г.А.	Бухара 2015 й
2	«Беременность и роды при пороках сердца»	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.	Тошкент 2009 й

## **ХВ. Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов**

Мустакил иши мавзуларига хос 10 та услубий 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 И.З., 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. СпетеЛит. 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 акушеров. 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 акушеров 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 клинимо-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 «Петрополис» СПб. 2003.
10. 8. Гйнесологй ин Примарй Гарё РОГЕР П .СМИТХ, М.О. Уиллиамс эт Уилқинс А. Ваверлй компанй 1996.
11. 9. УИЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США
12. 10. [Пелвис анд Перинеум](#). Братхеръс Уиллиамс. Университй оф Пхіладелпхй.2004.
13. 11. Ратсиональная 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. ЖХПНПЕГО, 2004.
19. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.
20. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Издание третье УНФПА 2004.
21. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции 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., Саидкариев Б.К. Перенашивание беременности / Метод. рекомендации. // Т., 2001.
26. Е.А. Чернуха. Родовой блок. М., 2001.
27. Савелева Г.М. Акушерство-М: Медицина 2000 .
28. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М: Медицина. 1997.

### ***Список монографий***

<b>№</b>	<b>Монография</b>	<b>Авторы</b>	<b>Нашр йили</b>
<b>1</b>	«Гемодинамические изменения у родильниц перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация »	Ихтиярова Г.А.	Бухара 2015 й
<b>2</b>	«Беременность и роды при пороках сердца »	Ихтиярова Г.А. Негматуллаева М.Н.	Тошкент 2009 й

### **Литература на сайте института Сайты «Интернета»**

[бухдти.уз](http://бухдти.уз)

[зиёнет.уз](http://зиёнет.уз)

[@висенна.уз](http://@висенна.уз)

**Акушерлик ва гинекология кафедраси сайти**

[www.obgynbuxmi.narod.ru](http://www.obgynbuxmi.narod.ru)

[www.меди.ру](http://www.меди.ру), [www.медлинкс.ру](http://www.медлинкс.ру), [www.обгйн.нет](http://www.обгйн.нет), [www.медскапe.com](http://www.медскапe.com),  
[www.медланд.ру](http://www.медланд.ру), [www.мед-либ.ру](http://www.мед-либ.ру), [www.спеслит.спб.ру](http://www.спеслит.спб.ру), [www.сочране.орг](http://www.сочране.орг),  
[www.ксмед.ру/пат/гйнecологй](http://www.ксмед.ру/пат/гйнecологй), [www.медсан.ру](http://www.медсан.ру), [www.медтм.ру/гйн.хтмл](http://www.медтм.ру/гйн.хтмл),  
[www.дир.русмедсерв.com/индекс/спесиалитй](http://www.дир.русмедсерв.com/индекс/спесиалитй), [www.хеалтхуа.com/партс/гйнаecологй](http://www.хеалтхуа.com/партс/гйнаecологй)

## **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 нарушении 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

**Научная степень:**

Кандидат медицинских наук

**Научное звание:**

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 гинекологии»  
Бухарского государственного медицинского института

1998-2000 гг.- г Бухара 7- поликлиника врач акушер-гинеколог

2000-2004 гг.- ассистент кафедры «Акушерство и гинекологии» 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 гинекологии» 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 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 семе, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»;
5. Постановление Кабинета министров № 365 от 25 августа 2003 года « О медитсинском освидетелствовании литс, вступающих в брак»;
6. Постановление Кабинета министров №1515 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 Натсиональной Программы фортификации 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 организатсионной 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 аҳолининг репродуктив саломатлигини мустахкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга этказиш 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 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.
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 Дедерлейна-даража

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 флора, анаэробные кокки, бациллы, встречаются единично трихомонады, масса лейкоцитов

## 2. Неправильные положения и аномалия развития женских половых органов.

Оценка знания студентов

86-100 отлично	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по оснровке кровотечения, собирает нужный инструментарий. Дает правльные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по оснровке кровотечения, , собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетворител ьно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения мероприятий по оснровке кровотечения, , , собирает нужные инструментарий, но при выполнение практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетворител ьно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения мероприятий по оснровке 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 инетересующие 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 влагалищеоттягивают 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 к 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 обследования гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.**

Оценка знаний 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 нужный инструментарий, но при выполнении 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 нужный инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетворительно	Плохо знает теоретические 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, вытягивают 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 к 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 знаний 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 удовлетворительно	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 выпухания заднего свода производят прокол пункционной иглой на глубину 1-2 см
7. жидкость собирают в пробирку и в зависимости от характера жидкости,ю 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 правльные 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 ощибки. Дает правльные 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 ощибки. Дает правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетвори тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, неможет 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 инетересующие 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 влагалищеоттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной порверхностью, 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 к 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 знаний 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 инструменты, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает.
55-70 удовлетворительно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, собирает нужные инструменты, но при выполнении практического навыка допускает не большие ошибки. Дает правильные рекомендации. Понимает, знает.
0-54 не удовлетворительно	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 к 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.Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

Оценка знания 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 исследованию 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 к 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 знаний 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 к исследованию 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 к 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 необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Цель: измерение длины матки

Инструменты: перчатки, зонд, гинекологический стол, ложкаобразные 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 манипуляции, собирает нужный инструментарий. Дает правльные рекомендации. Обобщает, оценивает, анализирует, применяет, понимает , знает.
71-85 хорошо	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Применяет, понимает , знает.
55-70 удовлетвори тельно	Правильно и поочередно выполняет практические навыки для проведения манипуляции, , собирает нужные инструментарий, но при выполнении практического навыка допускает не большие ощибки. Дает правльные рекомендации. Понимает , знает.
0-54 не удовлетвори тельно	Плохо знает теоритические основы выполнения практического навыка для проведения манипуляции, неможеть выполнить практические навыки.

Показания: обследование всех гинекологических больных

Инструменты: кресло, перчатки

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на инетересующие 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 влагалищеоттягивают заднюю стенку книзу, затем вводят указательный палец той же руки.
6. левую руку ладонной порверхностью, 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 к 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 знаний 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 удовлетворительно	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, 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 к 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

## Содержании

<b>I. Выписка из ГОС высшего образования о содержании дисциплины (стандарт учебной дисциплины)</b>	_____ стр
<b>II. Типовая программа (для дисциплин включенных в ГОС)</b>	_____ ст
<b>III. Рабочая программа (по утвержденной структуре)</b>	_____ ст
<b>IV. Методические рекомендации по выполнению практических и семинарских занятий (ЕМС)</b>	_____ стр
1. Роль анамнеза. Методы обследования гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.	_____ стр
2. Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструальной функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.	_____ стр
3. Дисфункциональные маточные кровотечения.	_____ стр
4. Внематочная беременность, пузырный занос, хорион эпителиома	_____ стр
5. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии.	_____ стр
6. Миома матки. Эндометриоз	_____ стр
7. Доброкачественные 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
<b>V. Сборник ситуационных задач и заданий для практических занятий.</b>	_____ стр
<b>VI. Перечень вопросов по видам контроля (ТК, ПК, ИК) .</b>	_____ стр
<b>VII. Перечень экзаменационных (общих) вопросов (включая ОСКЭ)</b>	_____ стр
<b>VIII. Раздаточный материал.</b>	_____ стр
<b>IX. Глоссарий.</b>	_____ стр
<b>X. Контролирующие материалы по дисциплине.</b>	_____ стр
а) - тесты текущего контроля знаний	_____ стр
б) - тесты промежуточного контроля знаний	_____ стр
с) - тесты итогового контроля знаний	_____ стр
<b>XI. Темы рефератов</b>	_____ стр
<b>XII. Материалы для НИРС и УИРС (СНО)</b>	_____ стр
<b>XIII. Инновационные образовательные технологии: перечень технических средств программного обеспечения и электронных обучающих материалов</b>	_____ стр
а) - электронные учебники	_____ стр
б) - прикладные компьютерные программы	_____ стр
с) – видеоматериалы	_____ стр
д) – аудиоматериалы	_____ стр
<b>XIV. Учебники, учебные пособия, учебно-методические рекомендации, курс лекций, конспект лекций, подготовленные разработчиком УМК</b>	_____ стр
<b>XV. Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов</b>	_____ стр
<b>XVI. Перечень практических навыков по каждой дисциплине</b>	_____ стр
<b>XVII. Список литературы по освоению предмета:</b>	_____ стр
а) - 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
<b>XVIII. Аннотация</b>	_____	стр
<b>XIX. Заключение, замечания, полезные советы, предложения</b>	_____	стр
<b>XX. Сведения об авторах</b>	_____	стр
<b>XXI. Нормативные документы Министерства высшего и среднего специального образования и Здравоохранения по образованию (приказы, распоряжения, письма и т.д.)</b>	_____	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